

Manual de sexología y terapia sexual

Francisco Cabello



Manual de sexología y terapia sexual

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



NO fotocopies el libro

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual de sexología y terapia sexual

Francisco Cabello Santamaría



EDITORIAL
SÍNTESIS

Ilustración de cubierta: *Fuera De Concepto*, Óscar Ferre Navarro

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Francisco Cabello Santamaría

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995850-0-0

Impreso en España- Printed in Spain

Índice

[Prólogo](#)

PARTE 1

ASPECTOS PSICOSOCIOBIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD

[1. Introducción a la sexología](#)

[1.1. Definiciones conceptuales](#)

[1.2. Sexualidad y salud](#)

[1.3. Ámbitos de intervención de la sexología](#)

[1.4. Derechos sexuales](#)

[2. Respuesta sexual femenina](#)

[2.1. Introducción](#)

[2.2. Activadores externos](#)

[2.3. Activadores internos](#)

[2.4. Cerebro y respuesta sexual](#)

[2.5. Respuesta vulvar](#)

[2.6. Respuesta vaginal](#)

[2.7. Respuesta uterina](#)

[2.8. Respuesta perivaginal](#)

[2.9. Respuesta mamaria](#)

[2.10. Respuesta extragenital](#)

2.11. Respuesta orgásmica

3. Respuesta sexual masculina

3.1. Estímulos sensoriales externos

3.2. Estímulos internos

3.3. Anatomo-fisiología de la erección

3.4. Endocrinología de la erección

3.5. Neuroendocrinología de la erección

3.6. Respuesta eréctil

4. Sexualidad y ciclo vital

4.1. Sexualidad en la infancia

4.2. La adolescencia

4.3. Sexualidad y menopausia

4.4. Sexualidad y envejecimiento

5. Variabilidad en la expresión de la sexualidad

5.1. Expresión individual de la sexualidad

5.2. Expresión compartida de la sexualidad

5.3. Parafilias

6. Orientación sexual.- homosexualidad, lesbianismo y bisexualidad

6.1. Homosexualidad

6.2. Lesbianismo

6.3. Bisexualidad

PARTE II

TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

7. Clasificación y evaluación de los trastornos de la sexualidad

7.1. Clasificación de los trastornos sexuales

7.2. La evaluación en salud sexual

8. Deseo sexual hipoactivo del hombre

8.1. Deseo sexual hipoactivo

Disfunción erectil

9.1. Concepto

9.2. Epidemiología de la disfunción eréctil

9.3. Etiología

9.4. Evaluación

9.5. Tratamiento

10. Eyaculación precoz

10.1. Introducción

10.2. Concepto

10.3. Epidemiología

10.4. Etiología y etiopatogenia

10.5. Formas clínicas de la eyaculación precoz

10.6. Evolución

10.7. Respuesta de la pareja

[10.8. Evaluación](#)

[10.9. Tratamiento](#)

[11. Trastornos del orgasmo masculino](#)

[11.1. Introducción](#)

[11.2. Concepto](#)

[11.3. Epidemiología](#)

[11.4. Etiología](#)

[11.5. Formas clínicas](#)

[11.6. Evolución](#)

[11.7. Respuesta de la pareja](#)

[11.8. Evaluación](#)

[11.9. Tratamiento](#)

[12. Deseo sexual hipoactivo de la mujer](#)

[12.1. Introducción](#)

[12.2. Definición](#)

[12.3. Epidemiología](#)

[12.4. Formas clínicas](#)

[12.5. Etiología](#)

[12.6. Evolución](#)

[12.7. Evaluación](#)

[12.8. Reacción de la pareja](#)

[12.9. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo](#)

[13. Aversión al sexo y trastorno de la excitación sexual de la mujer](#)

[13.1. Trastorno por aversión al sexo](#)

[13.2. Trastornos de la excitación sexual de la mujer](#)

[14. Trastornos por dolor: vaginismo y dispareunia](#)

[14.1. Introducción](#)

[14.2. Definiciones](#)

[14.3. Epidemiología](#)

[14.4. Formas clínicas](#)

[14.5. Etiología](#)

[14.6. Evolución](#)

[14.7. Evaluación](#)

[14.8. Tratamiento](#)

[15. Anorgasmia femenina](#)

[15.1. Concepto de anorgasmia](#)

[15.2. Epidemiología](#)

[15.3. Formas clínicas](#)

[15.4. Etiología de la anorgasmia](#)

[15.5. Evaluación](#)

[15.6. Tratamiento sexológico](#)

[15.7. Tratamiento farmacológico](#)

16. Sexualidad y enfermedad crónica

16.1. Introducción

16.2. Sexualidad y enfermedades cardiovasculares

16.3. Sexualidad y alteraciones neurológicas

16.4. Alteraciones hormonales

16.5. Sexualidad y trastornos metabólicos

16.6. Sexualidad en los trastornos genitourinarios y del suelo pélvico

16.7. La sexualidad en el cáncer y la cirugía

17. Afrodisíacos, drogas y sexualidad

17.1. Afrodisíacos

17.2. Alcohol

17.3. Tabaco

17.4. Cannabis

17.5. Cocaína

17.6. Anfetaminas

17.7. Éxtasis (MDMA)

17.8. Éxtasis líquido (GHB)

17.9. Mescalina

17.10. LSD

17.11. Heroína

18. Transexualismo

[18.1. Introducción](#)

[18.2. Trastorno de la identidad de género: conceptos](#)

[18.3. Características psicosexuales y ciclo vital](#)

[18.4. Etiología](#)

[18.5. Prevalencia](#)

[18.6. Tratamiento](#)

[Anexos](#)

[Bibliografía](#)

Prólogo

El estudio de la sexualidad sigue constituyendo un gran desafío para las ciencias modernas. La sexología, más que ninguna otra ciencia, está sometida a milenarias actitudes de rechazo por parte de la comunidad académica. Por ello, su inclusión en los títulos universitarios presenta grandes dificultades. Hoy en día, no se discute que la sexualidad en el pasado estuvo llena de tabúes, represión, dogmatismos e ignorancia. Afortunadamente, algunas de estas limitaciones se han superado gracias al conocimiento científico actual que ha destruido muchos mitos sexuales. También gracias a la liberación sexual de nuestros días se han superado bastantes actitudes negativas hacia la sexualidad, que han generado y generan un enorme sufrimiento humano. El conocimiento sexual y su difusión contribuyen a la transformación del modelo reduccionista de la sexualidad genitalizada por una visión humanista, concibiéndola como un valor que permite construir un modelo sexual basado en la ética relacional y el respeto a la igualdad sexual. Aunque parezca increíble, escribir un Manual de Sexología y Terapia Sexual sigue siendo, en los tiempos que corren, un acto de subversión, coraje y valentía. Todavía hablar de sexo significa desafiar creencias, cuestionar dogmas establecidos y luchar frente a las inequidades sexuales en defensa de la universalidad de los derechos sexuales.

En este sentido, es ineludible expresar mi respeto por el autor de este Manual, que ha seguido una trayectoria vital y profesional de militancia activa en defensa de la Sexología como ciencia, de la incorporación del conocimiento sexual como parte indispensable de la formación humana y en defensa de la Salud Sexual y Derechos Sexuales Universales. El Saber sexual es indispensable, y debería formar parte de nuestra cultura general. Por una parte, sabemos que la falta de conocimiento sexual es un factor etiológico que está en la base de la mayoría de las disfunciones sexuales que aquejan a hombres y mujeres. El autor, en este texto, nos habla de la prevalencia de las disfunciones sexuales, nos actualiza con los últimos estudios que arrojan cifras que nos llevan a la conclusión, hartamente probable, de que la mitad de nosotros podemos padecer algún problema sexual a lo largo de nuestro ciclo vital. Sin ninguna duda, presentar una disfunción sexual va a alterar nuestra calidad de vida y también la de nuestra pareja y entorno social y familiar. El tratamiento de las disfunciones sexuales va a repercutir en el estado de nuestra salud física y psicológica. Es innegable que la sexualidad está a favor de la vida, de la comunicación, del placer, de la intimidad y de la necesidad psicológica de formar vínculos que tenemos los seres humanos.

Mucho ha llovido en el campo del Saber sexológico desde que Augusto Comte en 1850 mencionó el término sexología por primera vez. Desde que en la segunda mitad del siglo XIX, Heinrich Kaan en 1844, y Krafft-Ebing en 1866, escribieron dos obras que llevaron el mismo nombre, *Psicopatía Sexualis*, la investigación sexológica y su difusión han dado muchos frutos que, afortunadamente, han revertido en un mejor conocimiento

sexual. Hemos andado un largo camino desde entonces. Según nos dice el Diccionario de la Lengua Española un Manual es un libro que compendia lo más sustancial de una materia. En otra de sus acepciones, el Diccionario reseña que un Manual alude a algo de fácil entendimiento. En este sentido, el Manual que nos presenta Francisco Cabello - que más bien parece un tratado- cumple perfectamente con su cometido: sus distintos capítulos hacen un recorrido por los temas más significativos y actuales de la ciencia de la sexología.

Francisco Cabello sabe de lo que escribe, su conocimiento del tema y su experiencia clínica se pueden palpar en cada página de esta obra. Se agradece su visión holística e integradora de la Sexología, cada capítulo merece un trato exquisito a nivel científico y de fácil entendimiento. Los que le conocemos sabemos que su preocupación siempre ha sido que el conocimiento sexual no pertenezca a un reducido grupo de iniciados que puedan convertirlo en algo esotérico o, peor aún, folclórico. Entiendo que uno de los puntos fuertes profesionales de Francisco Cabello es el enfoque bio-psico-socio-cultural que tiene del comportamiento sexual humano. Esta cualidad, basada en su extensa formación académica y experiencia clínica e investigadora, a mi modo de ver, es indispensable para un profesional de la sexología. El autor es un sexólogo - además de médico y psicólogo clínico-, pero también un terapeuta sexual que se ocupa desde hace veintiséis años al tratamiento de las disfunciones sexuales.

Conozco a Francisco desde hace mucho tiempo, he mantenido con él arduas discusiones; en ocasiones hemos discrepado y, en otras, hemos coincidido, pero siempre he encontrado en él una visión amplia, flexible e integradora al abordar los temas sexológicos. Es contrario a la intolerancia y al dogmatismo científico que, con cierta frecuencia, desgraciadamente señorea en nuestro campo de conocimiento. Gran parte de los capítulos del Manual están dedicados a la terapia sexual. El autor habla de disfunciones sexuales y de los distintos programas de tratamiento. Se nota que sabe de lo que escribe, por su consulta han pasado miles de casos clínicos, algunos de ellos muy frecuentes en la práctica clínica y, en otras circunstancias, casos realmente difíciles y extraños. En definitiva, escribe de sexología clínica un autor que se dedica a su práctica desde hace muchos años, lo cual solidifica la supremacía de este Manual frente a otros textos cuyos autores sólo poseen un referente teórico.

Masters y Johnson representaron un hito en la Terapia Sexual, cuando en 1970 publicaron su archiconocido libro Incompatibilidad sexual humana. En él presentaban catorce años de investigación de la función y disfunción hetero y homosexual. Ellos inauguraron la era de la Terapia Sexual como un trabajo terapéutico dirigido a las parejas como unidad y no al individuo. Desde entonces, la Terapia de Pareja ha ganado su puesto en la Terapia Sexual después de muchos años de desconocimiento e ignorancia de su práctica clínica por parte de muchos profesionales, que entendían la intervención en Terapia de Pareja como el mero acompañamiento de la pareja a la consulta. En definitiva, algo parecido a una terapia de segundo orden, subordinada a la Terapia Sexual.

Francisco Cabello - gran defensor de la Terapia de Pareja - tan inexorablemente unida al tratamiento de las disfunciones sexuales, no sólo ha divulgado entre la comunidad sexológica la importancia de la formación en la intervención en pareja para optimizar la Terapia Sexual, sino que ha generado sus propios modelos de terapia basados en su experiencia clínica y con un fuerte soporte empírico que hace que las estrategias de tratamiento que propone estén basadas en la evidencia científica. En este sentido ha sido un visionario y su marco de actuación en la sexología siempre ha sido global y multidisciplinar. Se lo agradezco profundamente.

Vivimos en una sociedad democrática, igualitaria y plural, donde los avances legales que hemos conseguido en materia sexual eran inconcebibles hace unas décadas. Sin embargo, aunque normativamente el respeto a lo diferente y a la variabilidad en la expresión de la sexualidad está garantizado, en el plano vivencial las actitudes negativas hacia la sexualidad diferente y sus múltiples expresiones, la homofobia, transfobia y bifobia, desgraciadamente siguen vigentes. En el plano de las relaciones entre géneros, las leyes promulgan la igualdad, pero todavía la realidad nos perturba con cifras escandalosas de violaciones, asesinatos y acosos sexuales perpetrados contra la mujer y los más débiles de la sociedad. Los mitos y tabúes que rodean a la sexualidad, todavía hoy en día son caldo de cultivo para la desigualdad y el abuso de poder del más fuerte.

El miedo y la ignorancia han lastrado profundamente el comportamiento sexual. A lo largo de la historia hemos observado el miedo al sexo, miedo a la mujer, miedo al embarazo, miedo a la homosexualidad, miedo al sida, miedo al deseo sexual..., el miedo ha sido siempre el gran instrumento para limitar la sexualidad.

Necesitamos libros como éste que nos aporten conocimiento, esclarezcan nuestras dudas ante lo que desconocemos y cumplan una función educativa esencial, dándonos información científica que nos ayude a desbancar los dogmas y las creencias erróneas que aún rodean a la sexualidad. Hemos avanzado..., pero no tanto. No es posible desarrollar una ética sexual sin conocimiento libre de supersticiones y temores alrededor del sexo. Bertrand Russell, quien hizo grandes aportaciones a la lógica, a las matemáticas y a la filosofía, abordó este tema considerando que sólo se puede cultivar una ética sexual con "toda libertad y sin temor a nada", libre de creencias erróneas, basada en argumentos demostrables.

Francisco Cabello persigue este reto con un lema que en sus múltiples presentaciones en congresos, seminarios y cursos académicos, reza en sus diapositivas: "El conocimiento sexual nos hará libres". Es una frase potente, a la cual sólo cabe responder: Que así sea.

Miren Larrazabal

Psicóloga especialista en Psicología Clínica y Sexóloga

Presidenta de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS)

Directora del Instituto Kaplan

PARTE I

ASPECTOS PSICOSOCIOBIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD

1

Introducción a la sexología

i.i. Definiciones conceptuales

No hace tanto tiempo, en 1909, Ivan Bloch definía la Sexología como ciencia; doce años más tarde, en 1921, se celebraba el primer congreso de sexología presidido por Magnus Hirschfeld. Desde entonces, la sexología, partiendo de la multidisciplinariedad, ha ido evolucionando y se ha desarrollado siguiendo un proceso muy similar al de otras disciplinas, habiendo acumulado un arsenal de conocimientos que se ve reflejado en infinidad de libros y revistas especializadas bajo el auspicio de gran cantidad de sociedades científicas.

Por tanto, la sexología es una ciencia relativamente joven que estudia el hecho sexual. Definirla es fácil, la dificultad radica en establecer un marco de estudio cuyos límites no marginen a sectores considerables del conocimiento y de la población que viven la sexualidad de manera muy diversa.

Existen una serie de términos conceptuales imprescindibles que conforman su corpus teórico: sexo, sexualidad, género, identidad de género, identidad sexual, erotismo, orientación sexual, vínculo afectivo y salud sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (2000), consensuó los términos tal como sigue:

- Sexo: se refiere al conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como "hembras y machos".
- Sexualidad: alude a una dimensión fundamental del ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien puede abarcar todos estos aspectos, no es imprescindible que se expresen todos. Sin embargo, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.
- Género: es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y

en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

- Identidad de género: define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de los dos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
- Orientación sexual: es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.
- Identidad sexual: incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el transcurso de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse en la sociedad conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.
- Erotismo: es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican con placer sexual. Se construye tanto a nivel individual como colectivo, con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.
- Vinculación afectiva: es la posibilidad humana de establecer lazos con otras personas que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

1.2. Sexualidad y salud

La sexología como ciencia aplicada, sin olvidar sus orígenes en las ciencias humanas, se adscribe en cuerpo y alma a las ciencias de la salud, bebiendo de múltiples fuentes y haciendo uso de la interdisciplinariedad hasta conformar una disciplina que, al igual que el resto de componentes de ciencias de la salud, desde un paradigma no organicista y holístico, debería cumplir una misión fundamental en cuanto a prevención y promoción.

Siguiendo un esquema similar al planteado en otras áreas (Martínez, León, Fernández y Barriga, 1990), la prevención debería establecerse en varios niveles:

- a) Nivel de Prevención Primaria: implica educación de la sexualidad, realización de estudios de prevalencia de trastornos sexuales, modificación de factores socioambientales que permitan una sexualidad más saludable e incrementar los recursos y habilidades personales en lo referente al erotismo.
- b) Nivel de Prevención Secundaria: conlleva el desarrollo de técnicas diagnósticas, la optimización de las estrategias de intervención junto con la creación y mejora de instituciones y centros de atención a la salud sexual que, en nuestro medio, apenas existen.
- c) Nivel de Prevención Terciaria: consistiría en la rehabilitación sexual de personas con necesidades físicas especiales, reeducación sexual en personas con necesidades psíquicas especiales y atención a la sexualidad en la enfermedad crónica.
- d) Promoción: en el campo de la salud general, desde un paradigma organicista, la promoción no se contempla. En el ámbito de la sexualidad sería ciencia-ficción, sin embargo, la promoción sistemática de la salud sexual conllevaría una mejor salud en general y por ende mejor calidad de vida.

En suma, estos niveles de intervención tendrían como finalidad velar por la salud sexual, que se define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es mera ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos" (OMS, 2002).

En la actualidad la salud sexual no está contemplada por el estado, de la misma forma que la sexología no está implantada a nivel institucional ni se tiene en cuenta de manera suficiente la educación sexual en la escuela. Para poner en práctica los niveles reseñados sería conveniente la realización de un Plan Estatal de Educación y Salud Sexual con Perspectiva de Género cuyos objetivos y actuaciones tendrían que dividirse en dos ámbitos, el educativo y el de la salud (Cabello-Santamaría, 2008).

- a) Intervención en el ámbito de la educación sexual. De forma resumida tendría que cubrir los siguientes aspectos:
 - Evaluación de las necesidades educativas a través de estudios que incluyan a la población a lo largo de todo el ciclo vital.

- Intervención educativa desde la escuela y a través de programas de actuación comunitaria y comunicación social acorde con la evaluación previa de la población para contribuir al desarrollo de una sexualidad sana, plena, placentera y responsable.
- Dotar de recursos científicos y formativos a las facultades de Ciencias de la Educación para formar al profesorado en este ámbito.
- Creación de un sistema de formación permanente a nivel de posgrado para la intervención socioeducativa en el ámbito de la sexualidad con una perspectiva de género.
- Promoción de la investigación acerca de la educación de la sexualidad, la intervención comunitaria y la comunicación social considerando la perspectiva de género y las distintas sensibilidades.
- Promover la educación de la sexualidad a través de los canales de comunicación social elaborando proyectos y programas de intervención acordes a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, que contribuyan al desarrollo de estilos de vida saludables.
- Evaluación sistemática de las intervenciones para mantenerlas afines a las concepciones teóricas y metodológicas actualizadas que sustenten la educación de la sexualidad, la intervención comunitaria y la comunicación social con una perspectiva de género.
- Supervisión de programas manteniendo una perspectiva de género y vigilancia de la homofobia, transfobia y bifobia.
- Evaluación sistemática de la eficacia y el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

b)Intervención en el ámbito de la salud sexual. Basada en las cuestiones siguientes:

- Diagnóstico del estado de salud sexual de la población a lo largo del ciclo vital en los diferentes niveles de atención: Primario, Secundario y Terciario.
- Organizar servicios integrales que respondan a los diferentes problemas de la sexología clínica desde los centros de salud.
- Generar protocolos de intervención y sistematizar la aplicación de procedimientos y estrategias terapéuticas, conformes al diagnóstico del estado de salud sexual, que contribuyan al bienestar de las personas y la mejora de la calidad de vida de quienes soliciten los servicios.

- Dotar de recursos científicos y formativos a las facultades de Ciencias de la Salud, Medicina y Psicología para formar en sexología clínica (asesoramiento y terapia sexual).
- Creación de un sistema de formación permanente de posgrado para el personal sanitario encaminado a la intervención en salud sexual con una perspectiva de género.
- Promoción de la investigación en salud sexual, teniendo presente la perspectiva de género y las distintas sensibilidades.
- Promover la salud sexual a través de los canales de comunicación social elaborando proyectos y programas de intervención, de acuerdo con las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, que contribuyan al desarrollo de estilos de vida saludables.
- Evaluación sistemática de la eficacia y el nivel de satisfacción de los beneficiarios.
- Supervisión de programas manteniendo una perspectiva de género y vigilancia de la homofobia, transfobia y bifobia.

Para la puesta en marcha y regulación de lo propuesto sería necesaria la elaboración de una ley de Salud Sexual.

1.3. Ámbitos de intervención de la sexología

Hasta hace unos veinte años hablar de sexología implicaba pensar en los dos ámbitos descritos educación y salud (sexología clínica).

La educación sexual consiste en la modificación, reforma, elaboración, suscitación, excitación e incitación, a la creación y cambio de actitudes humanizadas y comprensivas de la sexualidad.

Hoy día existe un acuerdo generalizado sobre quién es el responsable de la educación sexual y, a resultas de diferentes investigaciones, se sabe que la mejor manera de impartir educación sexual es a través de los pares o iguales y desde la escuela, con los maestros y maestras como agentes principales. Por tanto, en el campo educativo, la labor del sexólogo queda reducida a la compleja tarea de formar a los agentes educativos, proceso que se va a extinguir en un futuro, porque desde la pedagogía están surgiendo cada día nuevas estrategias y programas en este sentido.

El otro pilar de la sexología es la clínica. Para esclarecer en qué trabajan los sexólogos, se han analizado los motivos de consulta de las personas que acuden al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP). La distribución global de demandas,

sobre una muestra de 500 personas elegidas al azar que realizaron consultas entre 1986 y 1996, y otra muestra de 300, entre el año 2000 y 2002, se reparten tal como se apunta en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. Porcentaje de demandas en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología

<i>Demandas</i>	<i>IASP (1986-1996) N = 500</i>	<i>IASP (2000-2002) N = 300</i>
Disfunción eréctil	42,4	44,3
Eyacuación precoz	28,8	29,3
Anorgasmia	7,4	8
Deseo inhibido	8	9,3
Problemas de pareja	2,8	3,3
Tamaño del pene	2	0
Malestar por orientación sexual	1,8	0,3
Dispareunia y vaginismo	1,6	2
Celos	1	1
Parafilias	0,6	0,3
Trastornos orgasmo masculino	0,4	0,6
Agresiones sexuales	0,4	1,3
Otros trastornos sexuales	2,8	0,3

1.3.1. Disfunciones sexuales

Dada la alta prevalencia existente, las disfunciones sexuales constituyen el ámbito de intervención más importante de la Sexología Clínica. No obstante, las diferentes cifras proporcionadas por distintos autores dificultan la obtención de una idea más precisa de la realidad. Así, para Masters y Johnson (1970), en la década de los sesenta un 50% de parejas heterosexuales presentaban alguna disfunción sexual. Nathan, en los ochenta, mantenía unas cifras de hasta el 15% en hombres y 35% en mujeres. En los noventa, Laumann, Paik y Rosen (1999) fijaron una prevalencia del 31% para los hombres y 43% para las mujeres. Los datos más recientes apuntan a un 43,3% en hombres (Oksuz y Malhan, 2005) y pueden llegar a un 46% de las mujeres (Hayes, Dennerstein, Bennett y Fairley, 2008).

Un problema destacable al hablar de la prevalencia de las distintas disfunciones sexuales radica en que muchas investigaciones no especifican los criterios seguidos para catalogar de disfuncional una conducta sexual. También varían mucho los datos dependiendo de las escalas empleadas. Por ejemplo, el cuestionario Female Sexual Dysfunction combinado con el Female Sexual Distress Scale aportan unas cifras de prevalencia muy inferiores a otras escalas de medida. No obstante, casi todos los estudios indican una prevalencia muy elevada de disfunciones sexuales.

1.3.2. Terapia de pareja

En el cuadro 1.1, siguiendo a la disfunción eréctil, eyaculación precoz, anorgasmia y deseo sexual hipoactivo, aparecen los problemas de pareja. Se seleccionaron bajo este epígrafe aquellas peticiones donde el motivo radicaba en el conflicto de pareja, sin que existiera problema sexual alguno.

La terapia de pareja no tiene una larga tradición en España. Surge en épocas recientes como mecanismo paliativo del malestar de la pareja que ha dado lugar a un progresivo incremento de las separaciones. En España, la tasa de divorcios en 1984 era de 4,77 por cada 10.000 habitantes y de las 36.272 separaciones y los 23.191 divorcios que se registraron en 1990, se pasó en 1997 a 54.728 separaciones y 34.147 divorcios. Según datos del Consejo General del Poder Judicial se triplicó la tasa de rupturas en tan sólo 15 años. Revisando los datos del Instituto Nacional de Estadística se puede constatar que en 2005 se separaron en España 141.424 parejas y en 2007 se produjeron 137.510 disoluciones matrimoniales (la cifra desciende un 5,8% con respecto al año anterior, descenso que atribuyen los expertos a la crisis económica). De ellas, 125.777 (91,5%) fueron divorcios, 11.583 (8,4%) separaciones y 150 nulidades (0,1%). Se confirma que del total de los divorcios que se producen, el 26,6% lo hacen con una separación previa; el 63,3% son consensuados, mientras que el 36,4% no lo son. Asimismo hubo 59 rupturas de matrimonios homosexuales, de las que fueron 42 entre hombres y 17 entre mujeres.

El mayor número de rupturas tiene lugar entre los 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres, aunque la edad media es mayor en los hombres. La duración media de los matrimonios disueltos es de 15,6 años. Las disoluciones que se producen después de 20 años de matrimonio constituyen el 43,4% de las separaciones y el 29,5% de los divorcios. Destaca el incremento del 15,9% que se verificó en el último año en los divorcios de matrimonios con duración inferior a un año.

La intervención sobre las vivencias negativas experimentadas antes, durante y después de la separación hizo necesaria la aparición de esta parcela de la terapia, la cual no se debe separar del tratamiento de las disfunciones sexuales puesto que ambos aspectos están estrechamente vinculados. La mayoría de las disfunciones sexuales se tratan en pareja, con frecuencia cuando la relación comienza a ser conflictiva, pero además, en un porcentaje significativo de casos, son los problemas de pareja los responsables de la disfunción sexual (por ejemplo, el deseo sexual inhibido). De igual manera, en numerosas ocasiones, el mal funcionamiento de la pareja se atribuye a trastornos sexuales, cuestión más habitual entre varones. De todas formas, la demanda de terapia de pareja en España no alcanza las cifras de otros países de nuestro entorno, aunque está creciendo con celeridad.

Dentro del apartado de pareja, una de las situaciones por las que cada día se consulta más está relacionada con la infidelidad. De hecho, el 17% de los divorcios en EE UU son causados por la infidelidad según una encuesta de Associated Press. Pese a que el Centro

de Investigaciones Sociológicas ponga de manifiesto que el 90% de las parejas españolas mantienen relaciones de fidelidad, cada día aparecen en consulta más peticiones relacionadas con este asunto. Según Glass (2003), desde 1991 hasta 2000, en dos tercios de las 350 parejas que pasaron por su consultorio, uno o los dos integrantes vivió un affaire. En concreto suelen encontrarse tres tipos de posibilidades:

1. Quienes mantienen una relación estable y, al aparecer una tercera persona, solicitan consejo al respecto.
2. Quien sorprende a su pareja en una situación de infidelidad y requiere counseling o pretende una terapia de pareja.
3. Quienes a lo largo de una terapia por una disfunción sexual, manifiestan que mantienen relaciones paralelas y consultan por ello.

Es difícil establecer la incidencia general de la infidelidad. En EE UU en torno al 80% de los matrimonios estaba afectado por algún affaire de uno de sus miembros. Este cálculo se basaba en la estimación de que un 60% de los hombres y un 40% de las mujeres fue infiel alguna vez (Vaughn, 2003). En España el 22% de ellos y el 9,9% de ellas afirman haber sido infieles (Malo de Molina, Valls y Pérez, 1988). No existen trabajos basados en la evidencia científica que expliquen el alto nivel de discrepancia entre los datos españoles y los norteamericanos, pero no escapa a la lógica que el diferente nivel de vida, el distinto grado de incorporación de la mujer al mercado laboral y, probablemente, una menor presión religiosa de la que se vivió en España hasta épocas recientes tengan algo que ver en el asunto. Todo ello, sin contar con la posibilidad de que la menor tradición española de responder a encuestas sobre cuestiones íntimas, puede haber facilitado unas contestaciones menos veraces en los cuestionarios en la dirección de manifestar una infidelidad inferior a la real.

Otra cuestión a la que se hace ineludible dar respuesta son los celos. Cada día acude más gente a consulta aquejada de este problema que deteriora la relación de pareja. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, con respecto al número total de demandas, la incidencia se halla alrededor del 1%, repartido entre un 0,6% de mujeres y un 0,4% de hombres. Es típica la situación en que acude una pareja solicitando alguna solución, porque un miembro de la misma se pasa la vida asediando a preguntas y vigilando de forma injustificada al otro. El tratamiento no es fácil, los celos se mueven en un continuo que va desde el lógico miedo a la pérdida de la pareja con motivos justificados, hasta el delirio tipo celotípico (según la nomenclatura del DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), de complicada solución. Los celos pueden constituir una señal que indique que algunos aspectos de la relación deben clarificarse y trabajarse más a fondo en pareja, mientras que en otras ocasiones se trata de un cuadro puramente psiquiátrico.

1.3.3. Homo fobia

La homosexualidad merece mención especial, dejó de catalogarse como enfermedad en 1974, y desde entonces sólo quedan recogidas en el último manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) aquellas situaciones que generan un "malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual". En este sentido -al margen de que la comunidad profesional vaya siendo más consciente del error histórico de haber considerado en el pasado a la homosexualidad como una enfermedad mental - resulta sorprendente el hecho de que todavía hoy día, un destacado porcentaje de las demandas en consulta las realizan homosexuales que desean cambiar su orientación sexual.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, en 1996 la cifra alcanzaba el 1,8% repartido entre un 1,4% de hombres y un 0,4% de mujeres (sin contabilizar los padres que acuden con sus hijos solicitando un cambio de orientación). Con el transcurrir de los años esta cifra ha disminuido al 0,3%, quizás porque, en parte, el paso del tiempo está facilitando un menor nivel de homofobia. De igual manera, la reciente modificación del Código Civil para permitir que las personas del mismo sexo puedan contraer matrimonio, también va a facilitar que decrezca el malestar en torno a la orientación sexual, aunque en las "Conclusiones de la trobada de lesbianes de Catalunya 2005" se señala que "La aprobación de una ley que reconoce el matrimonio de parejas del mismo sexo puede ser vista como un éxito en la medida que favorece la no discriminación por la opción sexual de las personas. Pero al mismo tiempo es una derrota porque contribuye a reducir la pluralidad de relaciones posibles para supeditarlas a la racionalidad de la pareja heterosexual, casada, tradicional".

En todo caso la realidad está ahí y todavía algunas personas acuden a consulta debido al gran sufrimiento ocasionado por su orientación. La sexología clínica aborda el tema desde la perspectiva de contribuir a una mejor aceptación de la propia orientación sexual sin estar de acuerdo, en absoluto, con las terapias aversivas, por entender que no son lógicas, efectivas ni aceptables desde el punto de vista ético.

1.3.4. Parafilias

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología tanto las cuestiones relacionadas con la homofobia como las parafilias suponen aproximadamente de un 0,3 al 0,6% de las intervenciones. La prevalencia real de estos procesos es muy difícil de conocer. De hecho, gran parte de los datos provienen de las detenciones y procesos judiciales derivados del ejercicio de las conductas parafilicas. Un claro ejemplo de ello es que algunos autores clasifican la intensidad de las parafilias en relación al tipo y número de infracciones legales cometidas.

No se debe confundir las parafilias con las conductas de sumisión-dominación, donde quienes participan en dichas prácticas pueden tener relaciones sexuales "normativas" pero utilizan los encuentros sado-maso a modo de juego de rol, como una opción más de

expresión de la sexualidad. Aproximadamente el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres han participado en encuentros de este tipo y la gente entrevistada (19.307 personas) no presentó mayor infelicidad o ansiedad que los grupos control (Richters, De Visser, Rissel, Grulich et al., 2008).

1.3.5. Agresiones sexuales

Las agresiones sexuales, catalogadas como desviaciones sexuales por algunos autores, presentan una prevalencia muy elevada. Los delitos contra la libertad sexual se han incrementado en nuestro país en un 32% (9.587 frente a 7.237) según datos de la Memoria de la Fiscalía General del Estado.

Otros datos de interés, recogidos por el Instituto Andaluz de la Mujer, señalan que el 1,5% de las mujeres manifiestan haber sufrido algún intento de violación, habiendo sido agredidas 1,66 de cada 10.000 mujeres y violadas 1,28 de cada 10.000. Para terminar con las cifras, un 2,3% de los chicos y un 3,2% de las chicas de enseñanzas medias han sido víctimas de algún tipo de agresión sexual (Cabello-Santamaría, 1994).

La solución a este problema estriba en una intervención preventiva con la creación desde la infancia de un ambiente sexualmente positivo, una educación sexual integral y programas de prevención de la violencia sexual; y con respecto a los infractores, la solución apuntaría al tratamiento más que al castigo.

Por último, a las consultas de sexología acuden multitud de personas cuya sexualidad está alterada como consecuencia de haber sido víctimas de una agresión. Tal como se ha mencionado, esto supone del 0,4 al 1% del total de consultas realizadas al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Esta relevante incidencia hace necesario que el sexólogo clínico posea un conocimiento exhaustivo acerca del tratamiento del estrés postraumático, porque además, un gran número de pacientes cuya demanda es distinta a la agresión presenta antecedentes de agresión sexual determinantes del trastorno por el que acuden a consulta.

1.3.6. Transexualidad

En el apartado señalado en el cuadro 1.1 como "otros trastornos sexuales" están recogidas, entre otras, las demandas relacionadas con el trastorno de identidad sexual, la sexualidad de las personas con necesidades físicas especiales, y las peticiones de asesoramiento o peritación judicial.

Para el DSM-IV-TR (2000), el trastorno de la identidad sexual consiste en "la identificación intensa y persistente con el otro sexo, con el deseo de ser, o la insistencia en que uno es del otro sexo, existiendo pruebas de malestar persistente por el sexo asignado".

No se conoce con exactitud la prevalencia, ya que varía mucho de unos estudios a otros. En España los datos no son en absoluto fiables, entre otras cosas por la ausencia de registros unificados, pero se estima que en total debe haber 2.087 transexuales, 1.480 de hombre a mujer y 607 de mujer a hombre (Becerra, 2006).

En la mayoría de los casos, la calidad de vida mejora con la intervención quirúrgica para reasignar el sexo, siempre que se haya hecho un adecuado diagnóstico diferencial.

1.3.7. Sexualidad y enfermedad crónica

Un capítulo que por sí mismo haría necesaria la sexología clínica es la enfermedad crónica. La sexualidad no desaparece hasta la muerte aunque se manifieste de forma distinta a lo largo del ciclo vital, y la intensidad y motivación sea diferente cuando confluyen otros procesos. Por ejemplo, una persona diabética puede sufrir una serie de trastornos sexuales derivados de su desorden metabólico, pero no por ello su sexualidad desaparece. Incluso puede suceder que una enfermedad ocasione un problema sexual irresoluble; en este caso, la labor del sexólogo es optimizar la respuesta sexual en la medida de lo posible. La optimización de la sexualidad en la enfermedad crónica no sólo permite mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, sino que también facilita la adherencia a los tratamientos prescritos para la patología de base. Por ejemplo, se ha comprobado cómo los diabéticos diagnosticados de disfunción eréctil comienzan a ser más precisos con la dieta y a tomar de forma más reglada los antidiabéticos orales con el fin de mejorar su erección.

Dentro de la enfermedad crónica es de destacar la discapacidad física. Hasta ahora se le ha prestado poca atención a la sexualidad de las personas con discapacidad. Por fortuna a partir de la década de los ochenta surge de repente un mayor interés por el tema, de forma que, sólo a lo largo de 1980, se organizaron ocho reuniones científicas internacionales para tratar el asunto. Lo cierto es que tal vez por el reconocimiento actual de la sexualidad como un derecho natural, por las propias reivindicaciones de personas discapacitadas organizadas, por la alta incidencia (1.000 nuevos casos anuales de lesionados medulares en España), o en parte debido a un creciente interés profesional, se han considerado los siguientes derechos sexuales de las personas con necesidades físicas especiales:

1. Derecho a recibir información sobre sexualidad.
2. Derecho a recibir educación sexual.
3. Derecho a expresarse sexualmente.
4. Derecho a la maternidad/paternidad.

5. Derecho a tener acceso a servicios de ayuda.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes se quejan del escaso asesoramiento que reciben a nivel sexual, pese a que del 71 al 91% de los hombres, y del 56 al 72% de las mujeres consideran que los trastornos sexuales que presentan constituyen uno de los problemas que más les influyen en la calidad de vida (Dupont, 1995). En el mismo sentido, se observa que sólo un 45% de los lesionados medulares reciben información sobre sexualidad, de los cuales, sólo al 48% les resulta suficiente la atención recibida. La probabilidad de no recibir información sexual es dos veces mayor si se trata de mujeres (Tepper, 1992).

Habrá que ir concienciando, por tanto, a los responsables sanitarios para la universalización de la atención sexual a todas las personas con necesidades físicas especiales, que constituyen un 7% de la población mundial según datos de la OMS. Por fortuna, algo se ha avanzado en este terreno. Desde la fundación en 1944 del primer centro para lesionados medulares, a cargo de sir Luwig Guttman, hasta nuestros días ha llovido bastante. En la actualidad todos los centros responsables donde se atiende a lesionados medulares cuentan con equipos multidisciplinares para el abordaje de la sexualidad.

1.3.8. Peritaje y asesoramiento jurídico

Por último, como se ha mencionado en el apartado de las parafilias, algunos autores las clasifican en función del número de detenciones policiales. Para el DSM-IV-TR, uno de los criterios diagnósticos de las parafilias consiste en "comportamientos sexuales con niños o personas que no consienten", y por tanto, supone infringir la ley. Pero no son las parafilias la única justificación de la presencia de un especialista en Sexología en los juzgados. Con mucha frecuencia se lleva a juicio a personas cuyos delitos tienen un móvil relacionado con la sexualidad. Se conoce de igual manera la escasa preparación que psicólogos y psiquiatras no especializados tienen en el campo de la motivación sexual. Por ello, se hace imprescindible la presencia de peritos con experiencia en sexología clínica para aquellos casos relacionados con la sexualidad.

1.3.9. Investigación

Sobra mencionar que una ciencia se sostiene sobre las bases de la investigación. A diferencia de años no tan lejanos, actualmente la investigación sobre sexualidad humana es tan profusa que resulta casi imposible estar al día de todo lo que se publica. Baste señalar que sólo en la base de datos Medline existen 39 publicaciones distintas, de carácter periódico, referidas de forma exclusiva a la sexualidad humana.

Otra forma de explicar los conocimientos y las investigaciones realizadas es a través de congresos, jornadas y otras reuniones de carácter científico. Estudiando las

presentaciones de los catorce últimos congresos de sexología (cinco mundiales, cinco latinoamericanos y cuatro españoles), se observa que la mayor parte de la investigación se dedica a aspectos clínicos, seguida de los aspectos educativos de la sexualidad. Aspectos sociológicos, antropológicos y culturales, investigación sobre pareja, agresiones sexuales, fisiología de la respuesta sexual y cambios de la sexualidad a lo largo del ciclo vital siguen en frecuencia a la educación de la sexualidad. A partir de ahí, a bastante distancia de lo anterior, la investigación estaría centrada en aspectos relacionados con la orientación sexual, anticoncepción, trastornos de identidad, celos, parafilias, profesión y bioética, e investigación con animales de laboratorio (cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Temas presentados en congresos de sexología recientes

<i>Área temática</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Aspectos clínicos y terapéuticos	31,4
Educación de la sexualidad	15,4
Aspectos sociológicos, antropológicos y culturales	12,5
Pareja (terapia y vínculos afectivos)	10,1
Agresiones sexuales	6,8
Respuesta sexual humana	5,7
Cambios de la sexualidad a lo largo del ciclo vital	5,1
Orientación sexual	2,6
Anticoncepción	2,0
Trastornos de identidad	2,0
Celos	1,6
Parafilias (excepto paidofilia)	1,5
Sexología como disciplina, profesión y bioética	1,5
Difícilmente clasificables	1,1
Aspectos sexológicos con animales como modelos	0,2

En suma, se puede concluir que los ámbitos de intervención de la Sexología Clínica son:

- Disfunciones sexuales
- Parafilias y agresiones sexuales
- Terapia de pareja
- Asesoramiento en el malestar en torno a la orientación sexual
- Asesoramiento en el trastorno de la identidad sexual
- Optimización de la sexualidad en personas con necesidades físicas especiales

- Asesoramiento jurídico y peritaje
- Promoción de la salud sexual: educación de la sexualidad
- Investigación

Todos los ámbitos citados son elementos de estudio para quienes quieran trabajar en sexología. En los últimos años, la importante prevalencia de las disfunciones sexuales y el soporte mediático dado a la aparición de fármacos eficaces para la disfunción eréctil, han favorecido la toma de conciencia para pedir ayuda profesional. Esto ha facilitado que aumente el trabajo en las consultas de sexología. La demanda está servida, sólo queda homogenizar la formación e institucionalizarla, lo cual parece que no se está haciendo con la celeridad y eficacia que la sociedad necesita, a pesar de que hace ya unos años se hiciera la declaración mundial de los derechos sexuales (Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong), los cuales son derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

1.4. Derechos sexuales

La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- 1.El derecho a la libertad sexual. Ésta abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- 2.El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad para tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3.El derecho a la privacidad sexual. Involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- 4.El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las

formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

- 5.El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6.El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- 7.El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- 8.El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fertilidad.
- 9.El derecho a información basada en el conocimiento científico. Implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- 10.El derecho a la educación sexual integral. Éste es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- 11.El derecho a la atención de la salud sexual. Ésta debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

2

Respuesta sexual femenina

2.1. Introducción

Sería posible establecer una analogía entre Piaget y Masters y Johnson, teniendo en cuenta que los estadios que marcó el primero respecto al ciclo vital no han sido superados en lo esencial; igual ocurre con la respuesta sexual descrita por los segundos y publicada en 1966 en un libro que se agotó a los tres días de su publicación. En los últimos años se han hecho múltiples aportaciones gracias, en parte, a la incorporación de ciertos aparatos de medida para el estudio electrofisiológico de la sexualidad, pero el esquema básico sigue siendo el adoptado por los mencionados autores.

Con Masters y Johnson se asumió que la respuesta sexual humana constaba de varias fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Más tarde Kaplan (1979), basándose en su experiencia clínica, constató que había pacientes que no encajaban en los trastornos de la excitación o del orgasmo, y tuvo la brillante idea de aportar a la ciencia el deseo como primera fase de la respuesta sexual, pero no sin tener en cuenta que cuando una persona se excita el deseo no queda necesariamente atrás y desaparece, sino que continúa. Fue Schnarch (1991) quien estableció que la respuesta sexual no se puede representar en una curva de dos ejes sino de tres, es decir, el deseo ocuparía un eje zeta tridimensional, o dicho menos geoméricamente, cuando hay excitación también existe deseo (eje z) y durante la meseta o el orgasmo el deseo persiste, incluso, en raras ocasiones, es posible mantener el deseo inmediatamente después o durante la resolución, especialmente en mujeres.

Hasta ahora se había asumido este último modelo, pero Basson (2002), apoyándose en estudios donde se afirma que más del 50% de las mujeres con una sexualidad satisfactoria nunca o rara vez piensan en sexo, defiende que aquéllas cuya relación de pareja no es novedosa, comienzan las relaciones sexuales sin tener deseo y sólo se activan en una situación de intimidad sin que exista deseo previamente.

Al hablar de intimidad se hace referencia a la comunicación, al respeto hacia la pareja, la buena predisposición a lo que dice o hace, la participación, la confianza, el compromiso, la admiración y otras actitudes que no tienen nada que ver con el enamoramiento pero que le dan solidez a la relación.

En el esquema de Basson (2002), partiendo de la intimidad, (entendida como una interacción íntima en un estado sexual neutro), se puede comenzar a estimular a la mujer

y el procesamiento de estos estímulos provocará excitación e inmediatamente aparecerá el deseo, conduciendo a una respuesta satisfactoria que obviamente favorecerá la intimidad cerrando el ciclo.

En parejas de larga duración este modelo se corresponde con la realidad en la mayoría de las ocasiones, y no se ajusta a la respuesta del varón. El hombre es más frecuente que comience el ciclo por el estadio de deseo, pasando a la excitación, cuanto más excitabilidad consiga mayor será la satisfacción, lo que puede dar lugar a mayor intimidad o más deseo, o ambos juntos.

Por experiencia propia, los varones que acuden a consulta por falta de deseo suelen tener problemas de excitabilidad probablemente porque no estén funcionando correctamente los inductores externos del deseo (por ejemplo el atractivo físico de la pareja) y pese a todo, es probable que la intimidad con su pareja sea la adecuada. Por el contrario en el deseo sexual hipoactivo femenino es común encontrar mujeres con conflictos de pareja, cuyos compañeros no las escuchan, que se sienten infravaloradas, etc., en suma con problemas de intimidad.

La respuesta sexual femenina, partiendo de una predisposición psicofisiológica adecuada, se activa a través de estímulos internos y externos.

2.2. Activadores externos

Para el desencadenamiento de la bioquímica de la pasión y la sensualidad es necesario que los sentidos se encuentren en buena disposición, ya que constituyen el canal de entrada a cualquier tipo de información que posteriormente conlleve una respuesta.

2.2.1. Vista

La visualización de otra u otras personas que se ajusten a los cánones de belleza que rigen en la época puede iniciar la respuesta. En este sentido, se ha comprobado con una muestra de 126 andaluzas entre 19 y 45 años que las mujeres, en teoría menos excitables a través de la vista, suelen fijar la mirada en unas nalgas marcadas, las expresiones de la cara y el pecho, a diferencia de las americanas que se fijan preferentemente en un vientre liso, nalgas y ojos. No obstante, parece que los componentes de la belleza no se hallan totalmente ligados a la cultura. Así, se ha encontrado un elevado nivel de coincidencia en los parámetros de belleza expresados por sujetos de distintas razas ante la observación de fotos. En la misma línea, se ha visto que los bebés permanecen más tiempo mirando caras estéticamente más bellas y juegan más rato con muñecos de caras menos feas.

Aunque no sólo la cultura influye en la belleza que provoca la respuesta erótica, las modas inciden de una forma resolutiva; basta observar el éxito actual de mostrar la piel sin vello, lo que está contribuyendo a que muchos hombres se depilen, cuestión

impensable hace unos años.

Siguiendo con el sentido de la vista, la mujer es más excitable ante la visión de una relación de pareja heterosexual, seguida de una relación grupal y por último un encuentro homosexual masculino o femenino (Rubinsky, Eckerman, Rubinski y Hoover, 1987).

Siempre se ha pensado que el mundo femenino se excita más con la visualización de escenas o películas sugerentes, poco explícitas en cuanto a las relaciones sexuales, frente a escenas predominantemente genitalistas. Sin embargo, se ha demostrado que a nivel subjetivo, las mujeres manifiestan afectos más positivos hacia películas eróticas especialmente diseñadas por mujeres para mujeres y cierto rechazo a películas eróticas dirigidas por hombres y pensadas para éstos. Sin embargo, la respuesta vasocongestiva vaginal, medida por fotopletismografía, no presenta diferencias de un tipo de películas a otras (Laan, Everaerd, Van Bellen, Hanewald, 1994). Al mismo tiempo al comparar qué miran hombres y mujeres ante fotos de sexo explícito, se ha constatado que los hombres miran primero la expresión de la cara excitada, mientras las mujeres observan en primer lugar los genitales (Wallen, 2009).

2.2.2. Olfato

Los estímulos olfativos también son sumamente importantes; las feromonas, sustancias olorosas descubiertas por Jean Henri Fabré, son esenciales para iniciar la motivación sexual en los mamíferos. Así, si un ratón macho suelta unas gotas de orina con feromonas, cualquier hembra de una jaula próxima iniciará su ciclo de celo.

No se conoce con certeza la posible influencia de sustancias feromónicas en la excitabilidad humana, pero a nivel cultural se está potenciando constantemente la relación de los olores con la sexualidad, no hay más que observar los anuncios televisivos próximos a cualquier festividad, para comprender que los estímulos olfatorios deben tener más relación con los guiones sexuales previos que con aspectos biológicos. Parece que en el antiguo Egipto se usaron feromonas para la fabricación de perfumes, empleando el sudor de hombres seleccionados para este trabajo y depositado en tinajas para luego ser mezclado con fragancias. Al parecer, los egipcios habían descubierto que el sudor contenía sustancias afrodisíacas para el ser humano, sobre todo sudor de personas físicamente sanas y vigorosas.

En Grecia y algunos países balcánicos aún persiste la costumbre de llevar pañuelos en las axilas, que los hombres ofrecen a las mujeres en los bailes, de igual forma entre los Kanumirebe del sur de Nueva Guinea, cuando dos amigos se separan se tocan las axilas para impregnarse del olor del otro.

Investigadores de la Universidad de Chicago demostraron que podían sincronizar las menstruaciones de mujeres que vivían en casas distintas sólo con la exposición diaria, en

la nariz, de la transpiración de las axilas, sin que entre ellas existiera ningún otro tipo de contacto o relación.

Por otro lado, es de destacar la mayor capacidad olfativa de la mujer, tal como se demuestra en un trabajo realizado por National Geographic basado en la identificación de seis olores, donde se afirma que el olfato femenino es 2.000 veces más sensible que el olfato masculino, siendo más agradables para ellas los olores de menor intensidad.

Cualitativamente el olfato de la mujer varía en el embarazo, donde se muestra menos sensibilidad hacia los olores del almizcle, plátano y androsterona, lo que orienta acerca de la relación entre hormonas y olfato.

En la actualidad se intentan fabricar perfumes masculinos y femeninos con feromonas sintéticas, lo difícil será demostrar qué parte de la capacidad de seducción y activación pertenece al sujeto y cual corresponde al perfume, si es que sirve para algo. En todo caso, parece que uno de los perfumes estrella, a modo de feromona, es el bourgeonal, compuesto sintético que imita el olor de los lirios.

En 2003, investigadores de las Universidades de Ruhr (Alemania) y California (EE UU) demostraron que las células sexuales masculinas utilizan al menos un receptor odorífero para no perderse en su viaje por el tracto reproductor femenino hasta el óvulo. El receptor, llamado hOR17-4, también se activa en células olfatorias de la nariz humana y detecta las mismas moléculas, siendo muy sensible al bourgeonal.

2.2.3. Oído

Las señales acústicas también son muy significativas. A nivel motivacional no tienen la misma importancia que el canto en los pájaros o el bramido del ciervo, que llega incluso a influir en el desencadenamiento de la ovulación de la hembra, pero el oído humano interviene de forma relevante, no sólo en función de lo que se nos diga en el momento (por ejemplo, ¿quieres ducharte conmigo? o ¡Cuánto te quiero!), sino por el interés erótico que puede despertar cierto ritmo de voz, la audición de susurros, etc. En suma, la paralingüística tiene un papel esencial, especialmente en los procesos de seducción.

2.2.4. Gusto

El sentido del gusto destaca en algunas especies inferiores, pero no parece que tenga especial relevancia en los humanos, si bien el mal sabor podría ser un freno en las frecuentes prácticas bucogenitales. De hecho, el 90% de las parejas menores de 25 años practican el sexo oral.

El representante humano del gusto podría recaer en el beso, más sensitivo que gustativo pero a caballo entre los dos sentidos. El beso es un elemento fundamental de la

respuesta sexual femenina. Algunos estudios resaltan cómo un beso con un desconocido aumenta los latidos justo al inicio, pero el ritmo cardíaco de ella baja mientras el del hombre sube. Si el beso continúa las pulsaciones de ella siguen bajando y llegado un momento comienzan a bajar las pulsaciones de él. Cuando se detiene el beso, las pulsaciones de ambos suben de nuevo.

La tensión arterial también sube, especialmente entre parejas que se conocen. No obstante, el beso no es un activador universal sino que está sometido a importantes influencias culturales. De tal forma que, antes de la occidentalización, el beso no era frecuente en la cultura balinesa, y tampoco era usado como práctica sexual por los lepcha de la India.

2.2.5. Tacto

El tacto es el sentido por excelencia a la hora de iniciar una respuesta sexual. Muy ilustrativa sobre la incidencia del tacto en los afectos es la demostración de cómo los clientes de un supermercado recordaban mejor a la cajera si ésta les tocaba al devolverles el cambio. Otra prueba de la importancia sería la cantidad de escritos existentes, desde culturas milenarias, acerca de las distintas formas de tocar, junto con mapas eróticos que señalan aquellos puntos que pueden resultar más sensuales.

Hoy día se sabe que los mapas sensitivos dependen mayoritariamente de las experiencias previas y del entorno cultural; si bien, existen unas zonas de máxima excitabilidad, coincidentes con un mayor despliegue de terminaciones nerviosas encargadas de recoger la sensibilidad. En una muestra del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, utilizando la estimulación manual, las zonas que puntuaban más en cuanto a mayor excitabilidad, por orden de frecuencia, eran: clítoris, labios menores, mayores, mamas, labios, cara interior de muslos y monte de Venus, seguidas de lejos por otras partes del cuerpo.

Esta activación de los sentidos, realizada en el momento adecuado, estimulará el deseo y/o la excitabilidad que puede abrir paso a la elaboración de fantasías, potenciando a su vez el deseo inicial.

2.3. Activadores internos

Los activadores internos más importantes de la respuesta sexual femenina son los sueños y las fantasías eróticas. Tal como sugieren Jones y Barlow (1990), cabe distinguir entre pensamientos sexuales generados internamente, que para estos autores serían las fantasías propiamente dichas y los pensamientos sexuales provocados externamente de forma espontánea. Los hombres presentan un mayor nivel de los segundos sin hallar diferencias significativas en cuanto a fantasías.

Al menos a nivel cuantitativo el mecanismo parece funcionar de distinta forma entre hombres y mujeres. Las mujeres que inician la excitación con rapidez, manifiestan tener facilidad para elaborar fantasías. Es común, por tanto, que ante un estímulo erótico se inicie la excitación y de forma concomitante la elaboración de fantasías, que serán empleadas durante el desempeño sexual; proceso que no es tan frecuente en los hombres que, una vez activados, pasan fácilmente a la relación sexual sin utilización de las mismas. La capacidad para fantasear es una herramienta importantísima a la hora de la motivación sexual, ya que la fantasía erótica es la elaboración de un constructo mental que puede representar el objeto puntual de nuestro deseo.

Masters y Johnson (1979) distinguían entre fantasías de fluctuación libre y fantasías a corto plazo. Las primeras son de aparición espontánea mientras las segundas son una especie de "muletilla" que viene a incrementar la motivación cuando la sexualidad está apagada o bien para ampliar la excitación.

Siguiendo a estos autores, entre las fantasías espontáneas (de fluctuación libre), las más frecuentes en mujeres heterosexuales son el reemplazo de la pareja establecida, seguida del ataque sexual (ser atacada por alguien a quien se desea). Estas fantasías varían con la orientación sexual, así entre mujeres que se consideran lesbianas, las fantasías más frecuentes serían en primer lugar ataques sexuales y a continuación el idilio con la pareja establecida.

Las fantasías femeninas conllevan mayor implicación afectiva y son menos visuales, por lo que un 81% de hombres se concentra en imágenes sin sentimientos, frente al 43% de las mujeres. El 59% de las mujeres americanas, frente al 28% de los hombres, afirman que sus fantasías se centran en personas con las que tienen algún tipo de afecto.

Otra diferencia radica en que el hombre, con mayor frecuencia que la mujer, tiene fantasías de dominación, por el contrario, en la mujer son más habituales las fantasías relacionadas con la sumisión.

El tiempo necesario para completar una fantasía eficaz, según se ha registrado midiendo el flujo sanguíneo vaginal con fotopletismografía, oscila entre tres y diez minutos. Considerando que el orgasmo supone el 100% de la vasocongestión en el fotopletismógrafo, durante las fantasías se alcanza un 16 y un 82% en los episodios interorgásmicos.

Las fantasías, personalidad, actitudes y emociones dependen en gran medida de la historia de socialización y culturización de cada individuo, es decir, del guión sexual, el cual de forma imbricada y en plena interacción con las estructuras biológicas constituye la piedra angular de la motivación sexual.

2.4. Cerebro y respuesta sexual

Tanto estímulos internos como externos van a impresionar el córtex y se dirigen al sistema límbico, conectando con los afectos y emociones para pasar al hipotálamo, donde parece encontrarse el centro integrador de todos los estímulos sexuales. De ahí salen las eferencias, que a través del haz medial anterocefal y pedúnculo talámico inferior provocan la respuesta genital. La investigación humana de estos aspectos es dificultosa, no obstante se conoce que las lesiones neuroquirúrgicas del área medial preóptica y núcleo ventromediano provocan disminución del deseo. No obstante, con las debidas precauciones, se puede considerar de bastante consistencia la idea de que el área preóptica, la parte lateral del hipotálamo, el tegumento del mesencéfalo y el gyrus cingular forman parte imprescindible de la mecánica sexual. De hecho, casi todas las mujeres con problemas a nivel hipotalámico e hipofisario manifiestan haber tenido problemas sexuales. Recientemente, con el uso de la resonancia magnética, emisión de positrones y el flujo sanguíneo regional cerebral se ha puesto de manifiesto que la respuesta orgásmica se correlaciona con un alto nivel de actividad en la región insular anterior izquierda (Ortiguea, Grafton y Bianchi-Demichelic, 2007).

A nivel bioquímico hay una implicación activa o pasiva de los distintos neurotransmisores. Siempre se ha dado por supuesto, extrapolando de estudios animales, que la serotonina actúa inhibiendo la respuesta mientras la dopamina la activa. Pero no se sabe con certeza en qué medida funciona la serotonina sobre los distintos subtipos de receptores que posee. Sí parece estar constatado que en los humanos, para la excitación es fundamental la inhibición de los alfa-2 adrenoreceptores. agonismo 5HT1 y/o antagonismo 5HT2.

Una vez procesados los datos en las áreas referidas, se produce una respuesta a distintos niveles del organismo que es conducida a través de la médula espinal interviniendo dos centros de forma especial, el centro dorsolumbar formado por los niveles D-11, D-12, L-1 y L2, de predominio simpático que llega a los plexos hipogástricos y el centro sacro, compuesto por los niveles metaméricos S-2, S-3, S-4 de predominio parasimpático que conforman el nervio de Eckhard y envían los estímulos a la vagina y clítoris (ver figura 2-2).

2.5. Respuesta vulvar

Ante la percepción de un estímulo erótico, según Masters y Johnson (1966), se produce una intensa vasocongestión a nivel genital y un aumento generalizado de la tensión muscular que repercute en toda la vulva (figura 2.1)

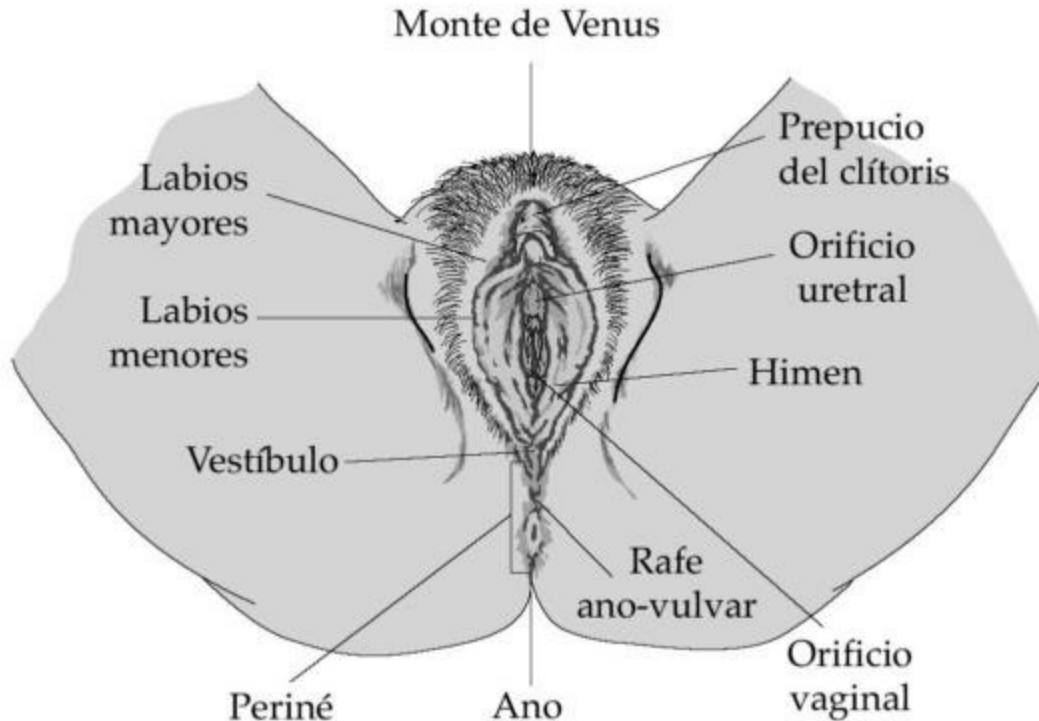


Figura 2.1. Representación esquemática de la vulva y demás componentes de los genitales externos femeninos y del suelo pélvico, estructuras implicadas en la respuesta sexual femenina.

Los labios mayores suben hacia arriba y tienden a abrirse aplanándose. Los labios menores aumentan de grosor y longitud, alargando el canal vaginal hasta un centímetro. Sin embargo, lo más destacable es el cambio de coloración que experimentan, pasando a un color rojo brillante (nulíparas) o rojo vinoso (multíparas). Este cambio de coloración se denomina "piel sexual" y si se alcanza en la fase de meseta es señal de que el orgasmo es inminente. Si el estímulo cesa, la coloración vuelve rápidamente al estado inicial. De la misma manera, en la fase de resolución se pierde el color en los 10 a 15 segundos siguientes al orgasmo.

En los labios menores se encuentran las glándulas vulvovaginales de Bartolino, que al inicio de la excitación no presentan actividad secretoria, pero que durante la fase de meseta segregan de una a tres gotas de líquido que puede servir para lubricar el introito. Parece que una función más importante sería la de reducir la acidez vaginal para crear un ambiente menos hostil a los espermatozoides.

El clítoris con la excitación aumenta de tamaño, ingurgitándose de forma paralela a los labios menores. No obstante es difícil apreciar esos cambios. Se ha medido el flujo sanguíneo clitorideo que acompaña a la presión ejercida en la vagina, habiéndose

comprobado que presiones en el tercio externo de la vagina, comprendidas entre 20 y 160 mm de Hg incrementan el flujo de 4 a 11 veces sobre el estado de reposo en un intervalo de 0,1 a 9,5 segundos (Lavoisier, Aloui, Schmidt y Watrelot, 1995). Por tanto, en el supuesto lógico de que exista alguna relación entre la ingurgitación del clítoris y la excitación sexual, éste sería un argumento más para desmontar el mito del tamaño del pene, puesto que incluso las grandes diferencias de tamaño (20 mm de Hg equivaldría a un pene del grosor aproximado de un lápiz y 160 mm de Hg, el grosor de un puño), no superan el amplio rango de presiones aplicadas.

La tumefacción del glande se produce antes por estimulación del monte de Venus que durante el coito, siendo el decúbito supino la postura que permite una respuesta más rápida. La estimulación exclusivamente psíquica, es decir por medio de lecturas o fantasías sin contacto directo, conlleva una respuesta de tumefacción mucho más tardía.

Al llegar a la fase de meseta, la contracción de los músculos isquiocavernosos provoca una retracción del clítoris que es máxima inmediatamente antes del orgasmo. El mecanismo de la erección clitoridea va estar influenciado, al igual que en el caso del hombre, por la presencia de óxido nítrico. En la fase de resolución, la retracción cede en cinco a diez segundos, aunque la tumefacción puede durar de 15 a 30 minutos después del orgasmo.

El clítoris ha sido el protagonista de la respuesta orgásmica, especialmente en la década de los 70. Durante este tiempo, todos los investigadores, con Masters y Johnson a la cabeza, basaban el orgasmo en la estimulación directa o indirecta del mismo. Años más tarde, estudios sobre la sensibilidad vaginal y la aparición del punto G, volvieron a dar a la vagina un papel relevante en el proceso. Durante esta evolución, un trabajo de dudosa calidad científica, pero desde luego impactante, hacía su aparición, la autora, Hanny Lightfoot-Klein (1983) revelaba cómo el 90% de las mujeres sudanesas, víctimas de la clitoridectomía, tenían capacidad para alcanzar el orgasmo. Sería una prueba más de que el clítoris, aunque sea sumamente importante en el proceso de excitación y orgasmo, no es totalmente indispensable. Lo cierto es que anatómicamente el clítoris está compuesto por el bulbo y las ramas crurales, no sólo está limitado al glande, por ello la sección del glande en la clitoridectomía no tiene por qué acabar definitivamente con el placer, dado que durante la penetración las citadas partes anatómicas son presionadas y pueden proporcionar satisfacción. Así lo han puesto de manifiesto Catania y colaboradores (2007), quienes demuestran la presencia de orgasmo en el 86% de las mujeres clitoridectomizadas.

2.6. Respuesta vaginal

La vagina es una cavidad virtual que se encuentra cerrada por la acción del tono activo de la musculatura que la circunda. Está irrigada por muchos vasos y rodeada por un importante plexo venoso.

Ante un estímulo erótico eficaz, la concentración de sangre alrededor de la vagina es de tal intensidad que se produce, por el exceso de presión, una trasudación. Por eso, pese a carecer de glándulas en sus paredes, entre 10 y 30 segundos después del estímulo aparece la trasudación y el suero se filtra por las paredes vaginales. El producto liberado, es rico en potasio y dobla los niveles plasmáticos de urea, lo que ha desorientado a algunos autores que han podido confundir una lubricación abundante con la incontinencia urinaria (Darling, Davidson y Conway-Welch, 1990). Los niveles de urea vaginales vuelven a estar por debajo de los plasmáticos en la fase de resolución. Por tanto, es posible que más que un fenómeno de transudación se trate de una diálisis de membrana. En este proceso debe intervenir el óxido nítrico ya que se ha detectado en vagina la óxido nítrico sintasa, enzima responsable de su producción.

Cuantitativamente, el flujo se ve disminuido en la fase de meseta y orgásmica (Darling, Davidson y Conway-Welch, 1990), por lo que una penetración prolongada, aunque la excitación persista, provocará fácilmente irritación de las paredes.

Es probable que la intensidad del flujo sanguíneo vaginal tenga que ver con la excitabilidad, ya que se ha encontrado una amplitud del pulso vaginal mayor en mujeres que refieren tener orgasmos frente a mujeres que no lo experimentan. Previamente se había demostrado que el promedio de volumen sanguíneo vaginal era mayor en mujeres funcionales frente a disfuncionales. Sin embargo, se ha visto que la cantidad de lubricación no se correlaciona con la excitabilidad (Cabello-Santamaría, 2005). De hecho, en ocasiones una mujer puede estar muy excitada con una lubricación discreta y otras veces lubricar abundantemente sin demasiado placer. Además se ha observado que las mujeres no perciben con claridad el nivel de lubricación durante la respuesta sexual.

La amplitud del pulso vaginal aumenta ante la visualización de películas eróticas y en la fase REM del sueño, por lo que su medición podría ser un buen mecanismo de evaluación de la funcionalidad vaginal.

En estado de reposo la mucosa vaginal se encuentra engrosada y discretamente plegada, pero ante la estimulación se estira permitiendo un adelgazamiento y alargamiento de la vagina. Igualmente, los fondos de saco se dilatan pudiendo alcanzar un diámetro de 5,75 a 7,25 cm.

Al mismo tiempo, el color rojo púrpura habitual, se va tornando más oscuro a medida que transcurre la fase de meseta, para volver al estado original en la fase de resolución pasados de 2,5 a 15 minutos.

Si el estímulo erótico es adecuado y se alcanza la fase de meseta, la vasocongestión del tercio externo vaginal comporta una tumefacción del mismo que estrecha la luz del canal vaginal a su entrada, como queriendo abrazar la posible entrada del pene. A esta adaptación funcional se le denomina plataforma orgásmica, la cual desaparece de forma

rápida tras el orgasmo, pero si éste no se produce puede durar hasta 20 o 30 minutos.

Existe una controversia importante acerca de la sensibilidad excitatoria de la vagina. Para algunos autores, la sensibilidad es muy baja, similar a la que tiene el hombre en los testículos. Una prueba indirecta de la posible baja sensibilidad vaginal radica en que la inserción de dedos u objetos es muy poco utilizada por las mujeres como mecanismo de masturbación, así Elberdín (1999), apunta que sólo un 3,7% llega al orgasmo con estimulación digital de la vagina.

En la década de los 80, la polémica se acentúa con la reaparición de discusiones en torno a la existencia del denominado punto G. Así llamado por haber sido descrito, en primer lugar, por Grafénberg, sería una zona especialmente sensitiva de la pared anterior de la vagina. Ladas, Whipple y Perry (1982) lo describen como "una estructura funcional del tamaño de un guisante que tras su estimulación alcanzaría el tamaño de una moneda de diez centavos".

Otros autores, a través de cuestionarios, encuentran un punto de especial sensibilidad en la zona, en el 65,9% de las 1.172 mujeres encuestadas (Darling, Davidson y ConwayWelch, 1990).

En realidad no se trata de un punto sino de una zona que probablemente forma parte del suelo donde se apoyan, por encima, las glándulas parauretrales y los conductos de Skene, que seguramente aumentan de tamaño durante la excitación. Por tanto, aquellas mujeres que mantienen tener un punto G, simplemente poseen una estructura glandular parauretral más desarrollada.

En todo caso, independientemente de modas y de la sensibilidad de sus paredes, la vagina cumple una misión esencial desde la perspectiva del placer, ya que a nivel psicológico, la sensación de mezcla y fusión con el otro cuerpo genera afectivamente una suma de sensaciones positivas. De ahí que, pese a que los distintos aparatos de medida detecten mayor intensidad en los orgasmos conseguidos por autoestimulación, las mujeres manifiesten mayor satisfacción cuando el orgasmo ha sido conseguido durante el coito.

2.7. Respuesta uterina

El útero también sufre notables variaciones a lo largo del ciclo de respuesta sexual. Siguiendo a Masters y Johnson (1966), ante el proceso de excitación, el útero asciende en la pelvis, alcanzando una elevación máxima en la fase de meseta. Una vez en fase de resolución el útero desciende rápidamente cayendo en el recipiente seminal formado por el fondo de saco posterior vaginal. No obstante, la aposición del cuello con la pared posterior no acontece hasta pasados 5 a 10 minutos.

El cuello uterino no presenta ningún cambio a lo largo de la respuesta, salvo una ligera dilatación justo después del orgasmo, que puede acompañarse de la expulsión del tapón mucoso, probablemente para favorecer la reproducción. En este sentido, parece que el orgasmo puede facilitar en alguna medida la fecundación, pues la mujer expulsa el 35% del espermatozoides a la media hora de la inseminación y si tiene un orgasmo, solamente expulsaría el 30%.

A nivel del cuerpo uterino, la excitación conlleva una mayor irritabilidad de las paredes, pero sólo se producen contracciones fuertes entre dos y cuatro segundos después del orgasmo. Cabe destacar que exclusivamente los orgasmos que conllevan un período refractario intenso después del mismo, van acompañados de fuertes contracciones uterinas, mientras que en orgasmos múltiples el útero apenas se contrae.

La histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) puede conllevar alguna alteración a nivel sexual, ya que la cicatrización hace que la vagina sea menos expansible y además la disminución de tejido va acompañada de una disminución de la vasocongestión (véase sexualidad e histerectomía en el capítulo 16, dedicado a la enfermedad crónica).

2.8. Respuesta perivaginal

También sufren cambios durante la respuesta sexual el recto y el ano. La fase inicial de excitación va acompañada de una ligera contracción muscular del esfínter anal y del elevador del ano, además de una mayor tensión en la región glútea. Si la estimulación continúa hasta el orgasmo, se producen contracciones involuntarias anales, siendo éstas más frecuentes e intensas en los orgasmos por automanipulación (Masters y Johnson, 1966).

No está del todo claro el papel que tienen el meato urinario y la vejiga de la orina en la respuesta sexual femenina. Schubach (1996) analiza la orina de mujeres que se están masturbando con una sonda introducida en vejiga y comprueba que tras un vaciamiento vesical, y posterior comienzo de la autoestimulación, se recogen de 90 a 900 ml de orina con una composición menor en urea y creatinina. De ser ciertos los resultados obtenidos (la muestra era sólo de seis mujeres), quedaría patente que la vejiga urinaria o todo el sistema excretor intervendría, al menos colateralmente, en el proceso de la respuesta sexual.

Otro punto posible de intervención de la uretra es por el polémico fenómeno de la eyaculación femenina. Se sabe de la existencia de mujeres que emiten gran cantidad de fluido en el momento del orgasmo. Tradicionalmente desde la Ginecología y Urología se ha sostenido que tal fluido era producto de una incontinencia urinaria. Sin embargo, durante el orgasmo se debe cerrar el esfínter vesical y no permitir el paso de orina, y esto es así, de forma que incluso mujeres que tienen incontinencia durante actividades como bailar, hacer gimnasia, toser, etc., presentan menos pérdida durante el coito (Vierhout y

Gianotten, 1993).

Se han publicado una treintena de investigaciones en las cuales se analiza el porcentaje de mujeres que emiten fluido, cantidad de fluido emitido, diferencias en la emisión entre lesbianas y heterosexuales, relación con la facilidad para alcanzar el orgasmo, cambios de color del fluido tras ingerir tabletas que colorean la orina, cambios de olor en relación a la orina tras ingerir espárragos, relación entre el tiempo de estimulación y la aparición del fluido, relación entre expulsión de fluido y fuerza de la musculatura pélvica, aspectos antropológicos y, muy especialmente, la composición bioquímica del fluido. Varios autores han encontrado una bioquímica diferente a la orina y compatible con secreciones prostáticas. Siguiendo esa línea, nosotros hemos analizado los niveles de antígeno prostático específico (PSA) en la orina pre y postorgásmica, por ser el marcador prostático más fiable, encontrando que el 75% de la muestra emitía PSA en la orina posterior al orgasmo no presentando PSA en la orina previa, lo que significa que las glándulas uretrales, parauretrales y de Skene (compuestas histológicamente de tejido similar al prostático) no son ajenas a la respuesta sexual y emiten alguna cantidad de fluido probablemente para contribuir a la lubricación. Es probable que aquellas mujeres que emiten grandes cantidades, pueda ser a causa de una estructura glandular quística o hipertrófica.

A tenor de la investigación citada se puede romper con el mito de que algunas mujeres eyaculan. Es de suponer que la inmensa mayoría de las mujeres (no unas pocas), emiten fluido a través de la uretra y las glándulas de Skene, pero en tan pequeña cantidad, que es inapreciable durante las relaciones sexuales.

2.9. Respuesta mamaria

En la fase de excitación lo primero que ocurre es la erección del pezón que puede aumentar en longitud de 0,5 a 1 cm. Si el estímulo persiste, aumenta de tamaño la mama por acumulación de sangre, llegando a ocultar parte de la erección previamente conseguida, quedando manifiesta, a nivel subcutáneo, la red venosa mamaria.

Durante el orgasmo no se visualizan cambios, volviendo la mama a su estado habitual de cinco a diez minutos después del mismo (Masters y Johnson, 1966). Todos esos cambios son más fácilmente identificables en las mamas de mujeres nulíparas. En quienes han amamantado, los cambios mamarios son prácticamente inapreciables.

2.ro. Respuesta extragenital

En la piel se observan algunos cambios durante la respuesta sexual. Existe un enrojecimiento de la misma durante la excitación sexual así como un aumento de la temperatura. Este enrojecimiento se va concretando en la aparición de una erupción eritematosa de tipo maculopapular (manchas rojizas parecidas a las del sarampión) que

aparecen en el epigastrio (región superior del abdomen) y se extienden luego hasta la mama. Con el orgasmo, esta erupción se podría extender hacia los muslos, región glútea y dorso.

El enrojecimiento correlacionaría en intensidad con el orgasmo, desapareciendo bruscamente después del mismo en orden inverso. Para Masters y Johnson (1966), las manifestaciones cutáneas acontecen en el 75% de los casos estudiados.

Nosotros hemos evaluado a través de cuestionarios la aparición de la secuencia descrita y, de entre 126 mujeres, sólo un 2% manifestó tener una reacción parecida.

Con la resolución aparece una sudoración profusa por toda la piel, cuya intensidad va en relación con la desplegada en la actividad sexual y en correlación con el orgasmo. Si el orgasmo no se produce no hay respuesta sudoral salvo en las palmas y plantas.

Durante la práctica sexual se produce un aumento de la frecuencia respiratoria que alcanza un máximo durante el orgasmo donde se llegan a las 40 respiraciones por minuto. Parece que el ritmo respiratorio aumenta en función de la intensidad orgásmica.

La misma secuencia acontece con el ritmo cardíaco que llega a alcanzar de 110 a 180 latidos por minuto, pudiendo ser mayor la frecuencia con autoestimulación. La tensión arterial también se ve aumentada de 30 a 80 mm Hg.

2.11. Respuesta orgásmica

Desde el punto de vista del placer, el orgasmo constituye el culmen de la respuesta sexual, y si el conjunto de estímulos que habían puesto en marcha la excitación persisten adecuadamente, llegado un momento, el placer se incrementará de forma cuantitativa y cualitativa y, a modo de descarga, comenzará una oleada de contracciones en el tercio externo de la vagina.

En el ámbito cerebral acontece una especie de minicrisis epiléptica en septum, amígdala y núcleos tálamicos y una compleja estructura nerviosa, en parte ya mencionada, interviene en el proceso. La sensibilidad del clítoris y capuchón es recogida a través de las terminaciones sensitivas de Krause-Finger por el nervio dorsal del clítoris, rama del pudendo interno, con fibras desde los niveles S2, S3, S4. Este mismo nervio recoge sensibilidad estereoceptica de los tegumentos, propioceptivas de los cuerpos eréctiles clitorideos y es motor para los músculos del periné.

La inervación de los cuerpos eréctiles clitorideos parte de la zona anterior del plexo hipogástrico donde se forma el nervio cavernoso que pasa por la cara lateral de la vejiga y atraviesa el elevador del ano penetrando por último en el clítoris.

El plexo hipogástrico está constituido por fibras procedentes de los niveles D10, D11, D12, L1, L2, y por fibras medulares sacras S2, S3 y S4.

Desde el plexo mesentérico inferior provienen los dos nervios de Latarjet o presacros que inervan la vejiga. Estos nervios están relacionados con el orgasmo interviniendo poco en la retracción del clítoris.

De los niveles sacros S2, S3, S4 surgen los ya mencionados nervios de Eckardt, clásicamente parasimpáticos, en los que se han descubierto fibras simpáticas procedentes de los niveles S3 y S4. Estas estructuras permiten las contracciones orgásmicas y una lubricación refleja en la que intervienen los niveles medulares sacros, así como una lubricación psicógena producida fundamentalmente por niveles dorsolumbares con eferencias centrales.

Se ha de diferenciar entre lubricación refleja, es decir, aquella producida por la estimulación directa de los genitales externos y lubricación psicógena, producida por fantasías y demás sentidos, que una vez procesados a nivel cerebral, el impulso bioeléctrico resultante, es enviado a los genitales a través de los nervios mencionados.

Siguiendo este esquema, desde una perspectiva neurológica se puede hablar de un orgasmo psicógeno y un orgasmo reflejo. Obviamente esta clasificación es estrictamente didáctica puesto que si las vías nerviosas se encuentran íntegras intervendrán conjuntamente.

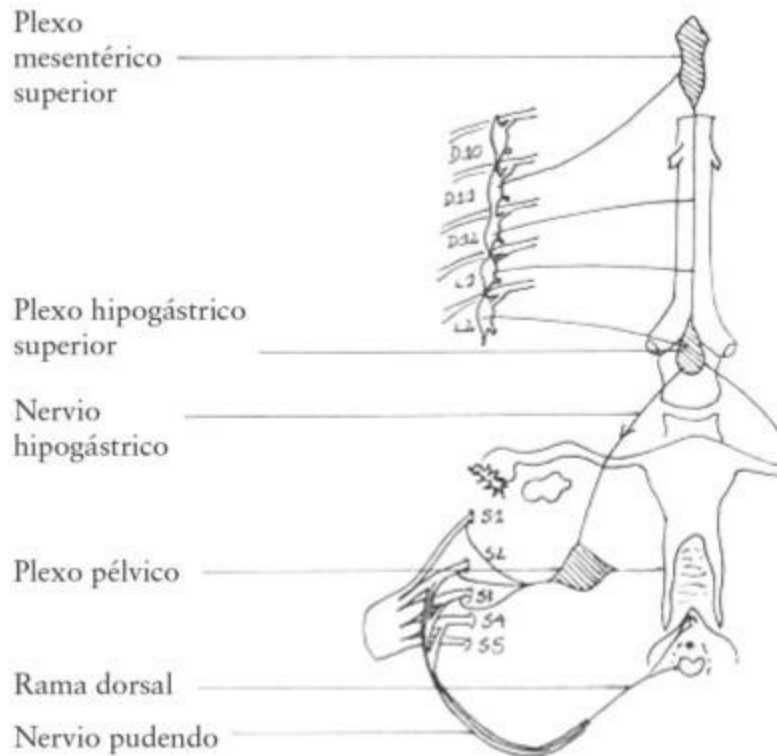


Figura 2.2. Inervación genital.

Tordjman (1981) clasificó el orgasmo en superficial (niveles sacros S2, S3, S4) y profundo (niveles D10, D11, D12, L1, L2) según hubiera una mayor intervención del mecanismo reflejo o del psicógeno respectivamente, rompiendo las tesis de Masters y Johnson sobre la existencia de un orgasmo único. Efectivamente, a lo largo de la historia, la respuesta orgásmica ha pasado por distintas fases. En principio, defendido fundamentalmente por científicos de corte psicodinámico muy en línea con el principal promotor, Freud, se describieron dos tipos de orgasmos, el clitorideo y el vaginal, entendiéndose el primero como síntoma de inmadurez femenina. Posteriormente, con Masters y Johnson a la cabeza, se defendió la existencia de un único orgasmo con distintas puertas de entrada.

Más tarde, Perry y Whipple (1982), describen dos tipos de orgasmo, uno vulvar y otro uterino. El primero sería el habitual descrito por Masters y Johnson y el segundo, puesto de manifiesto por electromiografía, se provocaría por estimulación del punto G y se correspondería con el orgasmo profundo descrito por Torjdman (1981).

Otros autores han hecho referencia al orgasmo uterino, haciendo responsable del mismo a la yuxtaposición del glándula peneana y del cuello del útero, fenómeno que han denominado "reflejo succionador coital", pero no han aportado ninguna evidencia demostrativa del mecanismo.

Desde un punto de vista integrador, aunque un porcentaje considerable de mujeres, observan diferencias sustanciales entre orgasmos producidos por una u otra vía, y no es menos verdadero, que gran cantidad de mujeres perciben el orgasmo a veces más superficial y en ocasiones más profundo, lo cierto es que las vías de entrada (i. e., estimulación del clítoris, penetración, sueños eróticos, fantasías, etc.) serán distintas pero la respuesta fisiológica será común a todas ellas. Evidentemente el orgasmo es bastante más complejo que simples contracciones musculares y calambres cerebrales. Los aspectos cognitivos y afectivos que bañan esa respuesta serán sin duda los que proporcionen a la mujer la percepción de profundidad, superficialidad, intensidad, multiplicidad y todos los adjetivos que se quieran añadir, sobre una más que probable respuesta común de los circuitos cerebrales y medulares.

2.11.1. Fisiología orgásmica

La investigación de la fisiología orgásmica presenta múltiples complicaciones. La primera de ellas y muy significativa es localizar una muestra representativa, pues parece poco creíble que la respuesta de personas que se ofrecen voluntarias para ser investigadas en el momento del orgasmo y son capaces de alcanzar el mismo en condiciones de laboratorio (unas veces son observadas directamente, en otras ocasiones tienen insertos distintos aparatos de medida, o como mínimo, están en contacto a través de interfonos con otra habitación donde están los investigadores) sea extrapolable al resto de la población. Otro de los grandes problemas en este tipo de investigación, radica en que hay que guiarse, en la mayoría de los casos, por la percepción subjetiva del sujeto experimental (por ejemplo, el momento de máximo placer ante la realización de una fantasía) y, como más importante, tampoco es seguro que los actuales aparatos de medida realmente midan lo que sus diseñadores pretenden. Así, termistores, fotopletismógrafos y electrodos medidores de PO₂ por citar algunos, son de suma utilidad en la investigación, pero la interpretación de las mediciones que aportan debe hacerse con suma cautela, cuestión que por desgracia no suele ser costumbre en un importante número de investigadores.

Pese a los inconvenientes mencionados, se ha avanzado mucho en la comprensión de la fisiología del orgasmo. Se sabe que las contracciones de la plataforma orgásmica se producen a intervalos de 0,8 segundos (Masters y Johnson, 1966) con marcadas diferencias en cuanto al número total según distintos autores. Respecto a la lubricación vaginal, parece variar poco con respecto a la fase de excitación, y tal como se ha descrito con anterioridad, no aumenta.

En teoría, el flujo sanguíneo vaginal alcanza un nivel máximo durante la respuesta orgásmica, no habiéndose encontrado diferencias en función de la intensidad de la misma (Levin y Wagner, 1985). Del mismo modo, no hay un mayor incremento del flujo por una mayor duración del orgasmo.

En cambio parece existir una correlación entre la percepción subjetiva de intensidad

orgásmica y los niveles plasmáticos de oxitocina. También la oxitocina interviene en la intensidad de las contracciones orgásmicas pero no en su duración.

Cuando se mide el consumo de oxígeno a nivel vaginal se observan marcadas diferencias en el gasto de oxígeno y el flujo sanguíneo vaginal entre las fantasías y el orgasmo, de tal forma que, en el momento del orgasmo, el flujo sanguíneo vaginal y el gasto de oxígeno alcanzan sus cotas máximas. Entre orgasmos secuenciales (orgasmos seguidos separados por una discreta vuelta a la fase de meseta) las diferencias no son significativas en cuanto a PO₂ (presión parcial de oxígeno), pero el flujo sanguíneo vaginal sí varía disminuyendo en los períodos interorgásmicos.

Respecto a la duración del orgasmo, son muchos los estudios realizados sin que los autores se pongan de acuerdo (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Investigaciones sobre el tiempo de duración del orgasmo

Dickinson (1949): 12 a 15 segundos.
Kinsey (1953): 4 minutos
Masters y Johnson (1966): 20 a 60 segundos.
Jobaris y Money (1976): menos de 10 segundos.
Geer y Quartaro (1976): 7,5 a 25 segundos.
Maccarey (1978): 3 a 10 segundos.
Gebhard y Johnson (1979): 9 minutos
Bohlen (1982): 7,4 a 107,6 con una media de 35,6 segundos.
Levin y Wagner (1985): 26 más/menos 14,6 segundos.
Alzate (1985): 3 a 4 minutos
Carmichael <i>et al.</i> (1994): 21,9 más/menos 6,4 segundos.

La variedad en las cifras no sólo obedece a la lógica variabilidad de la respuesta sexual femenina, sino también a los diferentes métodos de medida empleados. Algunos autores lo establecen basándose en la percepción subjetiva de la mujer, otros emplean diferentes aparatos de medida como la fotopletismografía vaginal o anal, los anillos medidores de consumo de oxígeno y los transductores de disipación de calor.

Tampoco resulta interesante medir el tiempo de latencia orgásmica, es decir, el tiempo medio que se tarda desde un estado basal a tener la excitación suficiente para acceder al orgasmo (cuadro 2.2).

Cuadro 2.2. Investigaciones sobre latencia orgásmica

Kinsey (1953): 4 minutos
Gebhard y Johnson (1979): 9 minutos
Levin y Wagner (1985): 5,8 minutos.
Alzate (1985): 3 a 4 minutos

En una muestra del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se cronometró el tiempo necesario para alcanzar el orgasmo con autoestimulación y se obtuvo un tiempo medio mínimo de 6 minutos.

Los mecanismos anteriormente expuestos parecen no estar igual de engrasados en todas las mujeres y por diversos motivos, existe un gran número de mujeres que no perciben el orgasmo con ninguna conducta sexual, tal como se verá en el capítulo de las disfunciones sexuales femeninas.

2.11.2. Multiorgasmia

Uno de los interrogantes en el estudio del orgasmo, que constituye un notable rasgo diferencial con respecto a la respuesta orgásmica masculina, es el mecanismo de la multiorgasmia.

Esta aptitud consistente en la capacidad de alcanzar varios orgasmos durante la misma respuesta sexual, acontece solamente en un pequeño porcentaje de mujeres, variable según distintos autores (cuadro 2.3).

Cuadro 2.3. Porcentaje de mujeres multiorgásmicas según distintos autores

14% (Kinsey, 1953).
16% (Athanasidou *et al.*, 1970).
42,7% (Darling *et al.*, 1990).
? o 1/3 de las mujeres (Masters, Johnson, Kolodny, 1994).

Entre mujeres españolas, con estimulación exclusiva del clítoris, tienen orgasmos múltiples "casi siempre" el 10,5% de las mujeres de nivel sociocultural medio-alto, con coito y masturbación simultánea el 14,1%, y con coito exclusivamente el 7,2% (Aluja, Gallart y Torrubia, 1992).

Hasta ahora no existen hipótesis explicativas claras que permitan establecer el mecanismo por el cual se produce este fenómeno. Tanto Masters y Johnson (1966) como Hite (1976) distinguen dos modalidades distintas. Los primeros, diferencian entre status orgásmico y orgasmo repetido, denominando status a una serie de orgasmos seguidos entre los cuales no se baja a la fase de meseta. En el orgasmo repetido, por el contrario, sí hay espacios de meseta interorgásmicos.

Para Hite (1976) "orgasmo múltiple" se corresponde con el "estatus" de Masters y Johnson, y orgasmo secuencial sería el equivalente al orgasmo repetido.

Una vez que cede el estímulo erótico por saciación (con o sin orgasmo) o por cesación, comienza la fase de resolución donde la vasocongestión desaparece y los genitales retornan al estado de reposo.

En suma, la respuesta sexual comienza por la fase de deseo (Kaplan, 1979), por la excitación (Masters y Johnson, 1966) o por una situación neutra que es activada por la intimidad (Basson, 2002), a continuación iría una fase de meseta que no todos los autores comparten (por ejemplo, para Kaplan la excitación sería progresiva hasta alcanzar el orgasmo) seguida del orgasmo y por último la resolución donde se vuelve al equilibrio inicial.

Recientemente se ha estudiado a qué modelo de respuesta se ajusta mejor un grupo de 580 mujeres y se ha visto que el 28,26% comienza por la excitación, el 28,36% por el deseo, el 22,23% comienza por la intimidad y todavía queda un 10,27% que no se ajusta a ninguno de los modelos anteriores. Es necesario, por tanto, seguir investigando para elucidar otras posibilidades de respuesta, que no dejen fuera a ninguna de las mujeres estudiadas.

3

Respuesta sexual masculina

Es sabido que la ciencia no es neutra y la variable género está implícita en la conducta e intereses de los investigadores, quizás por esto, el estado actual del conocimiento de la fisiología de los genitales femeninos es notablemente inferior al conocimiento de los mecanismos responsables de la erección. Sin embargo, se conocen con mayor precisión los activadores externos de la respuesta femenina con respecto a la masculina.

La respuesta sexual masculina y la erección, como componente de la misma, es posible gracias a la interacción de factores anatómicos, nerviosos y hormonales en combinación con estímulos externos e internos.

3.1. Estímulos sensoriales externos

Para el desencadenamiento de la erección es necesario algún estímulo que active los sentidos, interviniendo todos en mayor o menor medida y variando en función de aspectos culturales; por ejemplo, mientras la mayoría de los hombres occidentales se activan con la visualización de unas mamas firmes, los Azande de Sudán y los Ganda de Uganda, las prefieren colgantes (Beach y Ford, 1969).

En el varón las señales visuales suelen iniciar la activación sexual. En este sentido, se ha demostrado que el varón se centra fundamentalmente en la observación de genitales femeninos, pechos y nalgas; sin embargo, las mujeres, como se vio en el capítulo anterior, suelen fijar la mirada preferentemente en unas nalgas firmes, vientre liso o las expresiones de los ojos. Es presumible que esto forme parte de la herencia filogenética; entre los simios, el contacto sexual sólo es posible si tras mirar el macho a la hembra, ésta le devuelve la mirada, cuestión que ocurre habitualmente en período periovulatorio.

Atendiendo a elaboraciones explícitamente sexuales, el hombre se excita más ante la visualización de dos mujeres practicando el sexo, seguido de una relación grupal y en tercer lugar una relación de pareja (Rubinsky, Eckerman, Rubinsky y Hoover, 1987).

Los estímulos olfativos también son importantes para la excitación, aunque con menor intensidad que en la mujer. Se ha demostrado que al colocar en una jaula al macho del macaco rhesus, durante doce sesiones, junto a una hembra castrada (por tanto sin feromonas), intenta seis cópulas. Pero si se pincelan los genitales de la hembra con feromonas, el macho realiza 52 cópulas, consiguiendo eyacular en doce ocasiones.

Las señales acústicas también influyen de forma considerable, aunque a nivel excitatorio no tienen la importancia que en la mujer. En este caso, el contenido del lenguaje, especialmente centrado en la admiración del hombre, va a resultar más excitante que la paralingüística de la que se habló en la respuesta femenina.

El gusto es primordial en la respuesta sexual del hombre, que en nuestra cultura está muy centrado en actividades orales, y con mayor preferencia que la mujer por el sexo bucogenital. Por ejemplo, los hombres son proclives a relacionar el gusto con el sexo, siendo los más aficionados al uso de cremas y ropa interior comestible.

Sin embargo, es menos proclive al beso y la respuesta fisiológica al mismo es diferente respecto a la mujer, tal como se vio en el capítulo anterior.

3.2. Estímulos internos

En la activación de la respuesta sexual masculina, además de los estímulos externos, resultan de vital importancia los estímulos internos que se relatan a continuación.

3.2.1. Fantasías

Otro elemento de suma trascendencia para el desencadenamiento de la respuesta eréctil es la fantasía erótica que estará construida sobre una experiencia o conjunto de experiencias de las que, dependiendo del estado afectivo, se elige la imagen más representativa en ese momento para reequilibrar el impulso. Esa imagen simbólica no constituye una representación analítica de las experiencias vividas, no es ajustable de forma precisa a lo que entendemos como formalismo proposicional; sino más bien como un formalismo analógico, sin repudiar por ello las relevantes características proposicionales que posee. Así, por ejemplo, la fantasía también es abstracta, si bien es una abstracción matizable y tiene unas reglas explícitas de formación, no siendo portadoras de valores de verdad (dentro del formalismo proposicional resulta indispensable que las proposiciones sean verdaderas o falsas, cosa que lógicamente no ocurre en las fantasías eróticas) ni teniendo carácter analítico ya que la fantasía implica una relación de isomorfismo con la experiencia.

Por tanto, la experiencia personal propia condiciona la fantasía (siguiendo las tesis analógicas, existe una correspondencia directa entre la fantasía y lo que ésta representa, sea o no factible en la realidad) y la estimulación sexual es función directa de la calidad y cantidad de las mismas.

Ya se comentó que los hombres acceden con mayor frecuencia que las mujeres a fantasías espontáneas, siendo las más frecuentes el reemplazo de la pareja establecida, ataque sexual y la observación de la actividad sexual.

Las fantasías eróticas tienen un papel relevante en el deseo sexual y, de paso, en la erección, que puede ser sostenida por fantasías, de tal forma que constituyen una de las herramientas básicas para el tratamiento de la disfunción eréctil psicógena.

3.2.2. Sueño

Por mecanismos aún sin esclarecer, durante el sueño es normal que aparezcan erecciones cada hora y media, con una duración de 20 a 30 minutos, habiendo de tres a cinco erecciones a lo largo de la fase REM. Además, la fase REM del sueño acompaña las erecciones con una latencia entre la aparición de los movimientos oculares rápidos y la erección, que va disminuyendo a lo largo del sueño (Mann, Pankok, Connemann y Roschke, 2003).

Hoy se piensa que las erecciones nocturnas tienen un papel relevante en el mantenimiento del endotelio de las arterias peneanas facilitando su remodelación y elasticidad.

3.2.3. Personalidad

Además de la activación sexual externa a través de los sentidos, la mayor o menor facilidad para el desencadenamiento de la respuesta sexual va a depender notablemente de aspectos psicológicos como la personalidad y la capacidad imaginativa. Así, la excitabilidad resultará más fácil para personas con puntuaciones bajas en neuroticismo y altas, en extraversión y búsqueda de sensaciones (Costa, Fagan, Piedmont, Ponticas y Wise, 1992).

Siguiendo en esta línea Fisher, Byrne, White y Kelley (1988) definieron un nuevo constructo de personalidad, la Erotofilia-Erotofobia, que sería la disposición a responder ante los estímulos sexuales a lo largo de una dimensión positiva-negativa de afecto y evaluación. Las personas tendentes a la erotofilia responden con emociones positivas ante la estimulación sexual, mostrando una mayor disposición a la búsqueda de sensaciones y estímulos sexuales. Por el contrario, quienes tienen tendencias erotofóbicas, responden con emociones negativas evitando, en mayor o menor medida, muchos estímulos sexuales.

Esta disposición se aprende y desarrolla durante los procesos de socialización sexual. La erotofilia correlaciona positivamente con mayor actividad autoerótica, facilidad para las fantasías, más parejas sexuales y sexualidad más satisfactoria, habiéndose demostrado que las diferencias en el grado erotofilia-erotofobia en la pareja predicen el nivel de insatisfacción sexual (Carpintero y Fuertes, 1994).

3.3. Anatomo-fisiología de la erección

Los genitales masculinos tienen como función específica la formación de espermatozoides, la producción de hormonas necesarias para el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios así como del deseo sexual y, por último, la colocación de los espermatozoides dentro del canal vaginal con vistas a la reproducción de la especie. Para la inserción de los espermatozoides en la vagina, es necesario el desarrollo de la respuesta eréctil, lo cual requiere unas estructuras anatómicas complejas que componen el pene.

El pene es un órgano muscular multifuncional, pues tiene como misión la eliminación urinaria, la función reproductora y una función placentera. Se encuentra situado en la parte inferior del abdomen, por encima del escroto y los testículos. Su interior es atravesado por un conducto, la uretra, por el que pasan la orina o el semen en su camino de salida al exterior. Está constituido por tres cuerpos cilíndricos de tejido eréctil: dos cuerpos cavernosos y uno esponjoso. El tejido eréctil está formado por una red irregular y esponjosa de espacios vasculares, arterias y venas; en el momento de la excitación, ésta se empapa y aumenta de tamaño, grosor y dureza, lo que constituye el mecanismo de la erección. Cada uno de los cuerpos cilíndricos va cubierto de una capa fibrosa de tejido, la túnica albugínea, de la que los anatomistas comentan que, pese a ser una estructura delgada, es la más resistente del organismo. Por encima de la albugínea se sitúan los vasos arteriales y venosos más importantes del pene, los cuales están cubiertos a su vez por otra estructura laminar, menos resistente que la anterior, denominada fascia de Busck (ver figura 3.1).

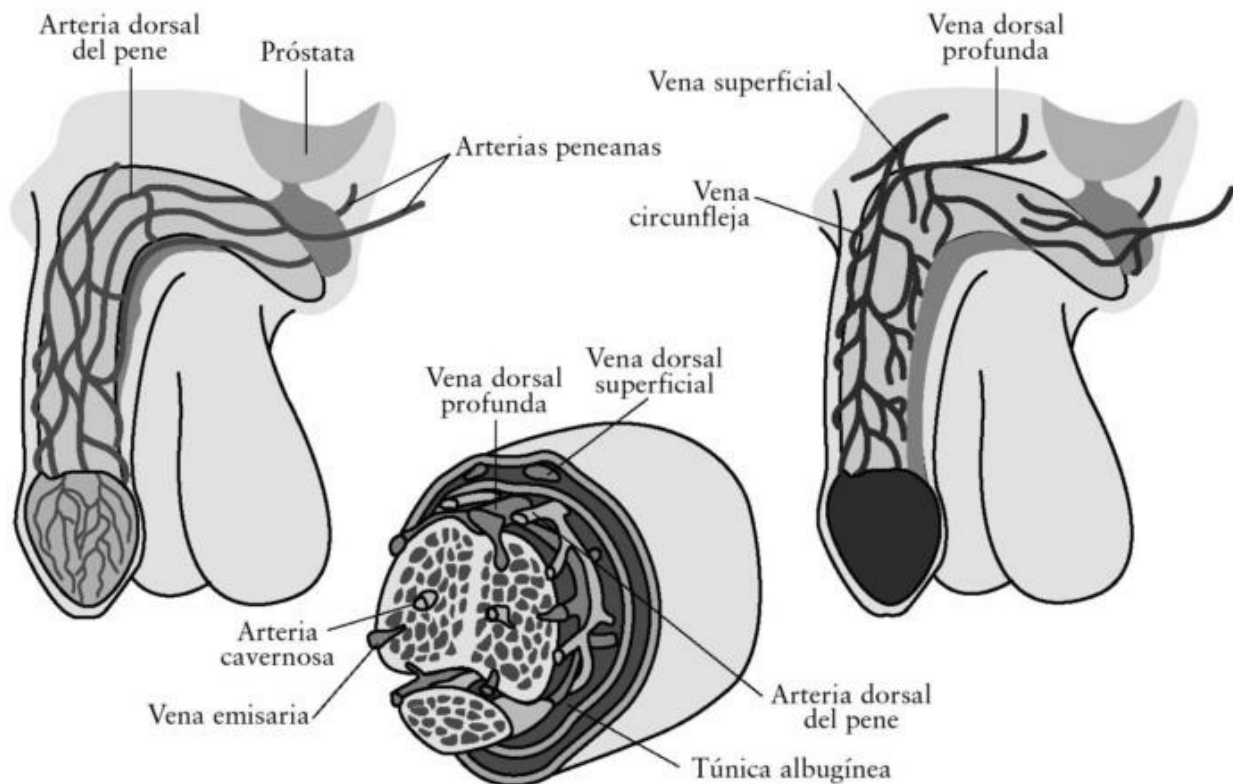


Figura 3.1. Vascularización del pene y representación de la túnica albugínea, elementos componentes del aparato eréctil.

La porción distal del cuerpo esponjoso se expande para formar el glande del pene, también denominado balano, que está protegido por una piel fina, movable, llamada prepucio, el cual es la prolongación de la piel que recubre todo el órgano.

En la base del pene, los cuerpos cavernosos se separan para formar los cuerpos crurales, que se unen firmemente al pubis y al isquion. El aporte de sangre al pene procede de las ramas terminales de las arterias pudendas internas.

Las terminaciones nerviosas parasimpáticas y simpáticas existentes en los cuerpos cavernosos son imprescindibles en el desencadenamiento de la respuesta eréctil, existiendo unos canales intercelulares ("gap junctions") que permiten la transmisión de iones de potasio y calcio, además de mensajeros intracelulares (AMPc, GMPc,) entre células adyacentes, lo que permite la relajación o contracción celular. El deterioro de estos canales provoca alteraciones de la erección.

El sistema neuroefector alfa-adrenérgico tiene un papel crítico en la función eréctil. Los nervios adrenérgicos constituyen la mayor fuente de norepinefrina, cuya liberación desde las fibras simpáticas de los cuerpos cavernosos es modulada por los receptores alfa-2 presinápticos y nervios colinérgicos. La contracción de las fibras musculares va a depender de la acción postsináptica alfa-1 y alfa-2 de la norepinefrina. De hecho, in vitro se ha comprobado que el antagonista alfa-1, prazosin y el antagonista alfa-2, yohimbina producen cambios paralelos en la concentración de norepinefrina. Los receptores beta-2, producen la relajación de la musculatura cavernosa.

El mecanismo último de la erección consiste en:

1. Una dilatación de las arterias cavernosas y helicinas del pene, con lo que aumenta el flujo sanguíneo hacia los espacios lacunares. La expansión de los espacios lacunares contra la túnica albugínea comprime los canales de drenaje venoso, lo que dificulta progresivamente el flujo de salida. Los cambios en el flujo sanguíneo del pene están mediados bioquímicamente por la liberación de óxido nítrico a partir de las neuronas postsinápticas parasimpáticas y, en menor cantidad, por las células endoteliales (ver figura 3.2).

También se deben a la inhibición de las neuronas alfa-adrenérgicas, que inervan la musculatura lisa arterial y trabecular, que además promueve la acción de la Rhokinasa (ver figura 3.2). El óxido nítrico se une a la enzima guanilatociclasa, estimulando la conversión de GTP (guanosín trifosfato) a GMPc (guanosín monofosfato cíclico), que contiene la expresión de mRNA en los receptores alfa-1 y alfa-2 adrenérgicos de las células musculares lisas arteriales y trabeculares, relajando

a estas células. La erección del mismo se conservará en la medida que se mantenga la relajación de la musculatura lisa del pene, produciendo más GMPc (por liberación de nuevas cantidades de óxido nítrico) o impidiendo que el GMPc sea degradado por acción de la enzima GMPc fosfodiesterasa. Cuando la musculatura lisa se contraiga (en ausencia de estímulo nervioso), dejará de entrar sangre arterial y el sistema de drenaje venoso ya no estará bloqueado, con lo que los cuerpos cavernosos perderán la mayor parte de su contenido en sangre, contrayéndose el pene y perdiendo su turgencia.

2. Relajación del músculo liso cavernoso, que provoca un efecto de succión atrayendo sangre al pene. Para la relajación de la musculatura es necesaria una reducción de la concentración de calcio citosólico, el cual impide la interacción actinmiosina, de tal forma que todos los mecanismos que actúen influyendo en el nivel de calcio citosólico controlan la contractibilidad del músculo liso cavernoso. Las enzimas fosfo diesterasas presentes en el tejido cavernoso hidrolizan respectivamente AMPc y GMPc, disminuyendo la concentración intracitosólica de calcio, lo cual es provocado por el aumento de los niveles de óxido nítrico, activando la erección. El óxido nítrico es un radical libre con múltiples funciones, tales como la regulación del tono vascular y la regulación de la neurotransmisión, que se sintetiza a partir de la L-arginina.

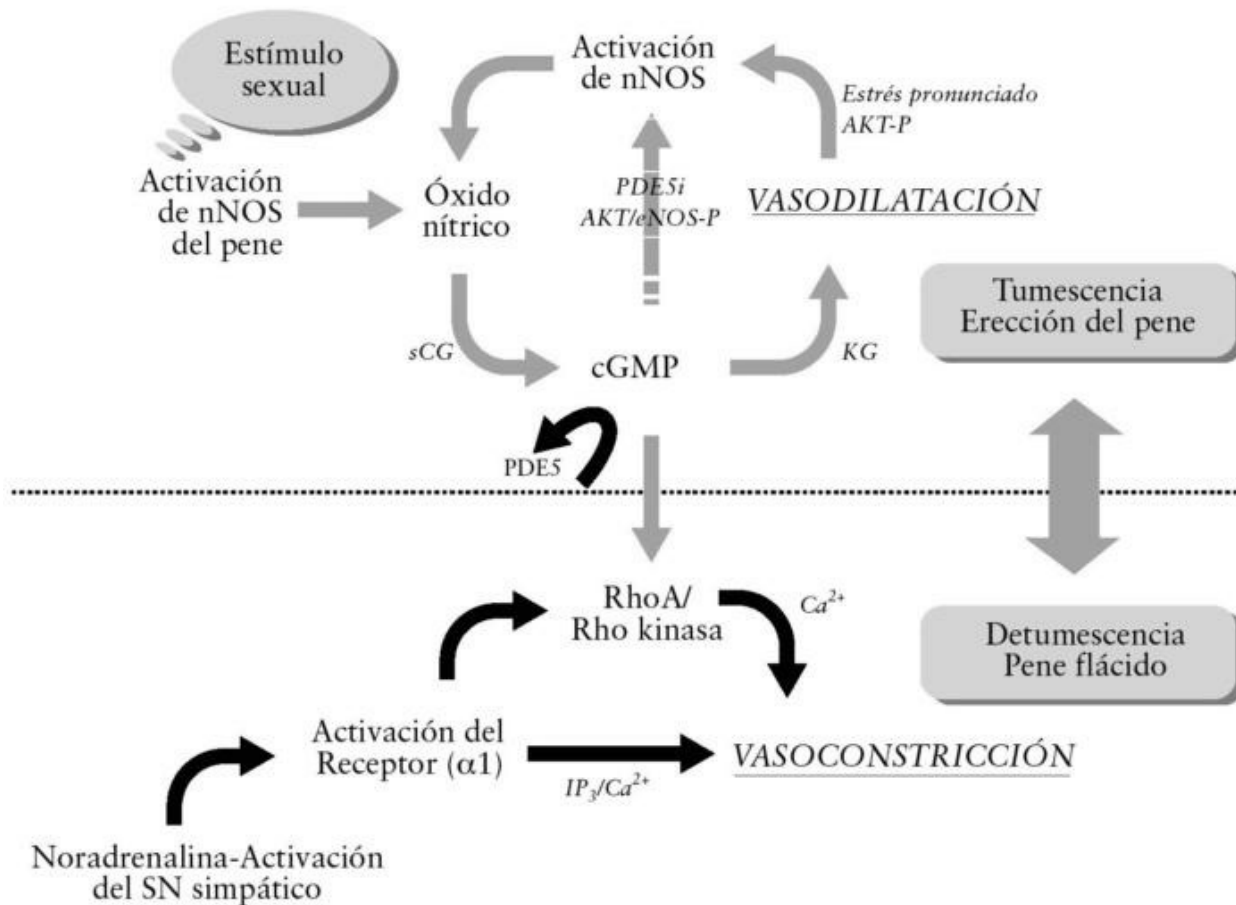


Figura 3.2. Fisiología de la erección. Un estímulo sexual adecuado activa la óxido nítrico sintasa neuronal del pene (nNOS) con la consiguiente producción de óxido nítrico que facilita el paso del guanosín trifosfato (GTP) a guanosín monofosfato cíclico (GMPc) responsable de la vasodilatación e indirectamente de la activación de la óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS) e inhibición de la Rho-kinasa. En sentido opuesto la activación simpática a nivel de receptores alfa-1 produce vasoconstricción y activación de la Rho-kinasa con la consiguiente vasoconstricción.

En la relajación y contracción de la musculatura lisa cavernosa intervienen otros muchos elementos cuya función no está del todo clara, así por ejemplo, se sabe que la bradiquinina intracavernosa favorece la relajación de los cuerpos cavernosos, mientras que la angiotensina II y la endotelina -1, facilitan la contracción, por lo que deben tener alguna función en el complejo mecanismo de la erección (Becker, Uckert, Stief y Machtens et al., 2001). Hasta hace poco tiempo, se le daba mucha importancia al VIP (polipéptido intestinal vasoactivo), pero recientes hallazgos le han restado relevancia, pues apenas se encuentran diferencias entre los niveles plasmáticos e intracavernosos durante el proceso de rigidez, observándose incrementos intracavernosos precisamente al iniciarse la detumescencia.

3.4. Endocrinología de la erección

Las hormonas son imprescindibles para la respuesta sexual masculina. Existe un acuerdo bastante consistente sobre la influencia de la testosterona en el deseo sexual y, está demostrado, que ante la reposición de testosterona sintética, cuando por cualquier patología ha habido una disminución de sus niveles, la conducta sexual se incrementa.

También se ha comprobado que los andrógenos facilitan la expresión de las óxido nítrico sintasas endotelial y neuronal, además de la fosfodiesterasa cinco, enzimas necesarias para la erección. Al mismo tiempo, la testosterona contribuye al crecimiento y diferenciación de las fibras musculares de los cuerpos cavernosos y participa en la diferenciación del estroma hacia células miogénicas frente a adipogénicas (Traish y Kim, 2005).

Recientemente se han analizado los niveles de testosterona a nivel intracavernoso, habiéndose comprobado que aumentan con el comienzo de la rigidez del pene y descienden con la detumescencia. A nivel plasmático, la testosterona sigue el mismo ciclo pero menos pronunciado. Se ha podido comprobar que los cambios son similares en pacientes con disfunción eréctil, pero sin embargo, la relación entre testosterona periférica e intracavernosa en el período de detumescencia de individuos sanos es del 30%, mientras en la disfunción eréctil sólo sería del 13%, lo que sugiere que la densidad de receptores es menor en pacientes con disfunción eréctil.

La prolactina también tiene un papel relevante en la sexualidad masculina. Así, altos

niveles producen una disminución de la respuesta y cuando se baja administrando carbegolina (0,5 mg) aumenta el deseo y la percepción de un menor período refractario (Tillmann, Krüger, Haverkamp y 2003).

Las dificultades de la experimentación con humanos por razones bioéticas hacen que tampoco existan pruebas definitivas sobre la influencia de las hormonas hipofisarias en la conducta sexual humana. No obstante, la experimentación animal apunta en la dirección de una influencia importante.

Se piensa que es fundamental la acción de la LH (hormona luteotropa). De la misma manera, parece que la GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas) produce un efecto facilitador, efecto que puede ser inhibido por la dopamina y por las betaendorfinas. La noradrenalina, por el contrario, es estimulante de la GnRH.

La hormona de crecimiento está relacionada directamente con la erección, probablemente influenciando la producción de GMPc, de tal forma que al inicio de la erección los niveles plasmáticos aumentan, declinando progresivamente en el período de detumescencia (Becker et al., 2002). Actualmente se está estudiando el uso en el tratamiento del trastorno del orgasmo masculino.

La oxitocina, que tiene un papel importante en la respuesta multiorgásmica femenina, parece influir también en el proceso erectivo. Así, se ha puesto de manifiesto que al inicio de la erección los niveles plasmáticos e intracavernosos de oxitocina aumentan. Al persistir el estímulo erótico, el pene adquiere la erección completa incrementando sus niveles intracavernosos de oxitocina mientras, a nivel plasmático, los niveles no sufren alteraciones. Parece que la liberación de oxitocina desde neuronas oxitocinérgicas del núcleo paraventricular del hipotálamo es secundaria a la activación de la óxido nítrico sintasa, produciéndose a continuación la liberación de oxitocina extrahipotalámica (Melis y Argiolas, 2003).

La vasopresina, que es un potente vasoconstrictor, también podría estar implicada en el proceso de regulación de la erección, de hecho, sus niveles bajan en plasma justo al inicio de la excitación, sin embargo no se han demostrado cambios significativos a nivel intracavernoso durante el proceso de excitación (Becker et al., 2003).

En resumen, se puede afirmar que en interacción con otras instancias, las hormonas desempeñan un papel primordial en todo tipo de expresividad sexual. Sirva como ejemplo que incluso a la hora de elegir pareja, los monos Rhesus, en igualdad de condiciones, unos machos eligen cortejar a una hembra y otros a otra, dependiendo de los niveles hormonales propios (Pomerantz, Rey y Goy, 1988).

3.5. Neuroendocrinología de la erección

Existe una relación entre los centros nerviosos superiores y las glándulas endocrinas (responsables de la producción hormonal) mediada por el hipotálamo. Esta organización anatómo-fisiológica articula el mecanismo por el que las sensaciones pueden convertirse en emociones. El área medial preóptica será fundamental para el hombre y el núcleo ventromedial para la mujer, sobre todo la porción ventrolateral de dicho núcleo, ya que la zona ventromedial ejerce otras funciones no relacionadas con la sexualidad.

El sistema límbico, a través de sus conexiones hipotalámicas, interviene en el deseo y otras funciones relacionadas con la reproducción, siendo el responsable de conectar con la memoria.

Además de los centros cerebrales y su neuromodulación hormonal, la erección está influenciada por un estado bioquímico favorecedor o inhibidor de la misma. De forma sucinta, estos factores son los siguientes:

a) Neurotransmisores:

1. Acetilcolina: actuando sobre receptores muscarínicos, estimula la erección del pene aumentando la vasocongestión en la zona genital, por inhibición del sistema simpático. Por otro lado, activa la óxido nítrico sintetasa neuronal y la óxido nítrico sintetasa endotelial, estimulando la liberación de óxido nítrico en las células endoteliales de los cuerpos cavernosos del pene.
2. Dopamina: sobre receptores D1 favorece y sobre receptores D2 inhibe la vasocongestión genital.
3. Noradrenalina: a nivel central inhibe la vasocongestión tanto en receptores alfa-1 como en alfa-2. Cuando la erección comienza, se produce un descenso pronunciado de noradrenalina a nivel intracavernoso, que es algo menos marcado a nivel plasmático, proceso que no ocurre en pacientes con disfunción eréctil (Becker et al., 2002).
4. Serotonina: Sobre receptores 5HT1B estimula, sobre 5HT2 y 5HT1A facilita o inhibe la tumescencia genital dependiendo de los niveles. Cuando la serotonina actúa directamente sobre tejido cavernoso, se produce una contracción del mismo (Uckert et al., 2003). La disminución de serotonina en el cerebro y el incremento de la neurotransmisión dopaminérgica pueden desinhibir o promover la conducta sexual. Por otro lado, el aumento de la actividad serotoninérgica central o la inhibición de los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo puede disminuir la conducta sexual en algunas especies de mamíferos masculinos. Uno de los efectos de la testosterona en la mediación de la conducta sexual en los mamíferos masculinos consiste en el enriquecimiento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y la inhibición de la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos en los núcleos hipotalámicos.

5. Óxido nítrico: Estimula la producción de GMPc y éste a su vez influye en que se produzca la relajación del músculo liso cavernoso y de las arterias del tejido eréctil de los cuerpos cavernosos. El importante papel que desempeña el óxido nítrico como neurotransmisor no adrenérgico-no colinérgico, liberado en el sistema nervioso y también en el endotelio vascular, ha supuesto un cambio revolucionario en el conocimiento de la fisiología de la erección (Sáenz de Tejada y Kim, 1992).

b) tidos

Entre ellos, Corticotropin-releasing factor (CRF), encefalinas y ácido gamma-aminobutírico, inhiben la respuesta sexual.

En última instancia, la erección se produce por una estimulación local refleja o una estimulación cortical, que son denominadas erección psicógena y erección refleja.

La erección psicógena presenta un mecanismo muy complicado no del todo conocido. De forma didáctica, se puede diferenciar la erección debida a estímulos sensoriales (sobre todo visuales y auditivos), la erección subsiguiente a estados oníricos y la producida por fantasías eróticas. Dependiendo del estímulo, entrará en funcionamiento una u otra vía neurológica, pero en todo caso actuará como modulador el hipotálamo, sobre todo, a través del área medial preóptica y el núcleo dorso mediano, a los que llegará información desde el núcleo talámico, rinencéfalo, estructuras límbicas, hipocampo y áreas corticales frontales y temporales.

Las eferencias hipotalámicas, a través de la médula, llegan al centro simpático toracolumbar, cuyas terminaciones hacen sinapsis en el plexo hipogástrico inferior, de donde surgen los nervios hipogástricos que contactan más abajo con el plexo pélvico, de donde salen los nervios cavernosos que se introducen en los cuerpos eréctiles. Esto provoca una disminución del flujo de salida simpático y un aumento del flujo parasimpático desde la médula espinal hasta el pene (Kerfoot, Park y Schwartz, 1993).

La erección refleja se produce al estimular la sensibilidad del pene, que a través del nervio dorsal y pudiendo, envían los estímulos al centro parasimpático sacro (S2, S3, S4). Una vez hecha la sinapsis, las fibras eferentes llegan al tejido eréctil a través del propio pene y de los nervios cavernosos, previa sinapsis en plexo pélvico. Esta sinapsis puede modular la respuesta refleja con información procedente de los centros superiores. Las estructuras nerviosas que intervienen son las siguientes.

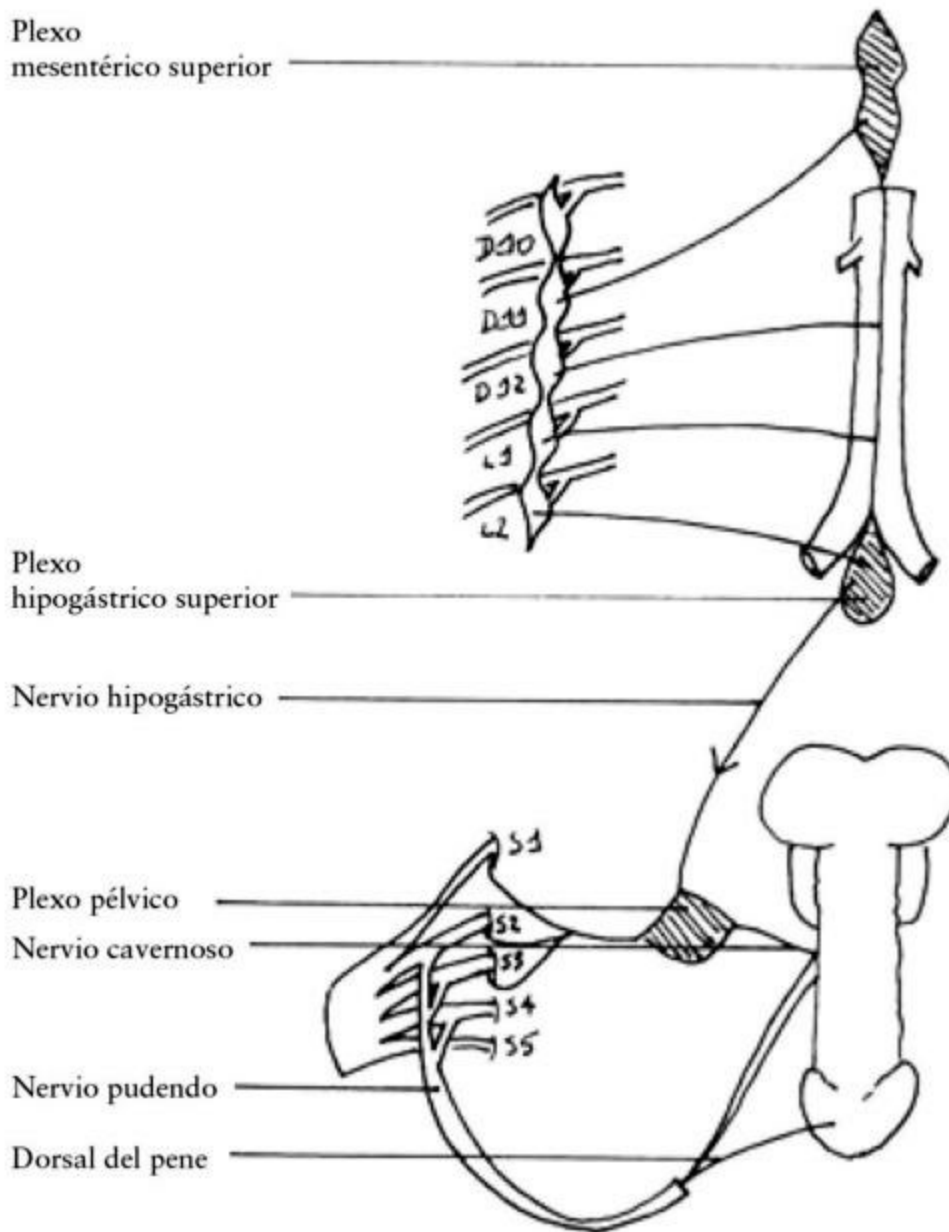


Figura 3.3. Esquema nervioso de la erección refleja y psicógena.

En primer lugar, la sensibilidad del pene es recogida por el nervio dorsal del pene, rama del pudendo interno con fibras desde los niveles S2, S3, S4. Este mismo nervio recoge sensibilidad esteroceptiva de los tegumentos, propioceptiva de los cuerpos eréctiles y es motor para los músculos del periné (ver figuras 3.3 y 3.4). La inervación de los cuerpos eréctiles parte de la zona anterior del plexo hipogástrico (constituido por fibras procedentes de los niveles D10, D11, D12, L1, L2, y por fibras medulares sacras S2, S3 y S4) donde se forma el nervio cavernoso que pasa por la cara lateral de la vejiga y de la próstata, se sitúa a cada lado de la uretra prostática y membranosa, atraviesa el

elevador del ano y penetra en los cuerpos cavernosos. Desde el plexo mesentérico inferior, provienen los dos nervios de Latarjet o presacros, que inervan las vesículas seminales, canales deferentes, vejiga y próstata. Estos nervios están relacionados con la eyaculación y el orgasmo, no siendo determinantes para la erección.

De los niveles sacros S2, S3, S4 surgen los nervios erectores de Eckardt, clásicamente parasimpáticos, en los que últimamente se han descubierto fibras simpáticas procedentes de los niveles S3 y S4, cuya función no está totalmente determinada.

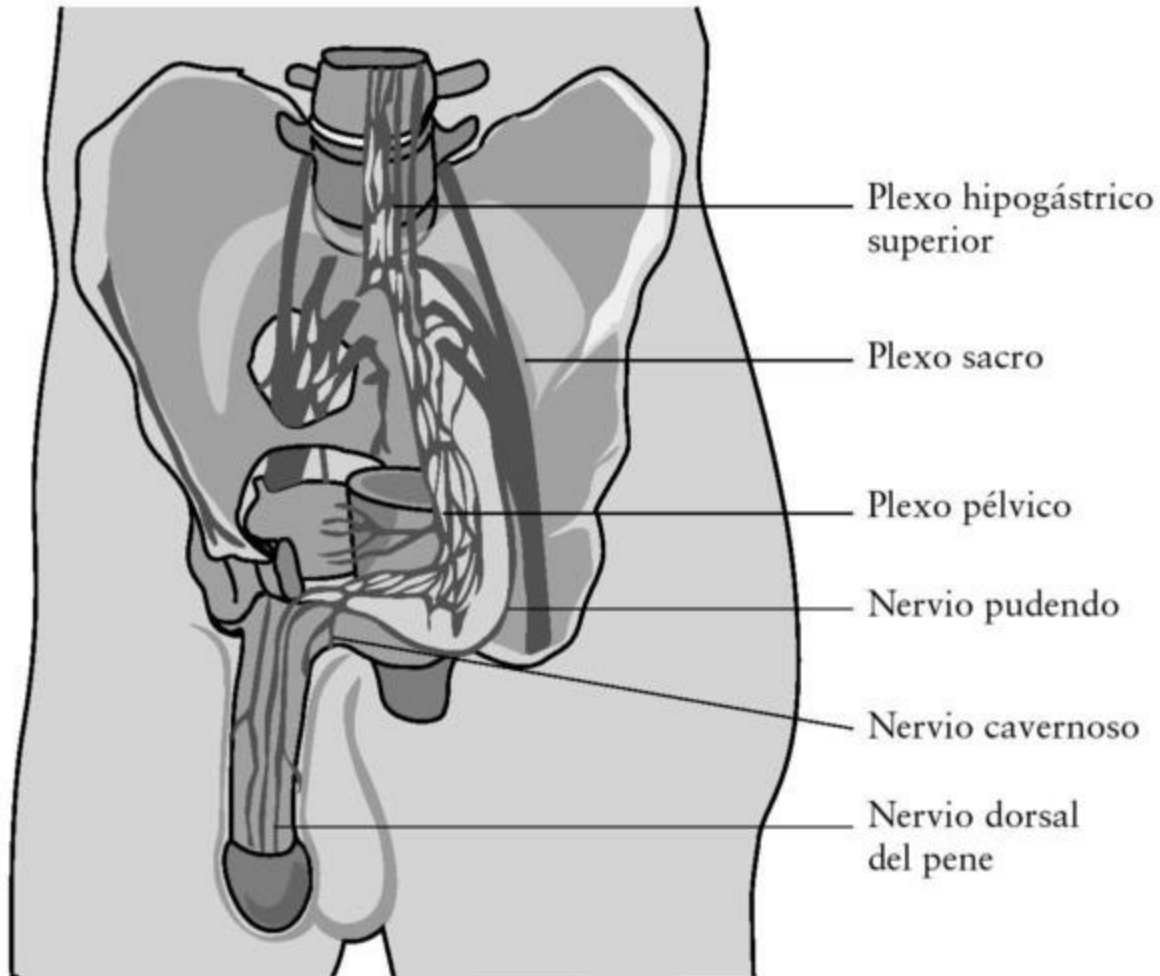


Figura 3.4. Inervación de los genitales masculinos.

3.6. Respuesta eréctil

Siguiendo las fases establecidas por Masters y Johnson (1966), la puesta en marcha de la erección evoluciona como se expone a continuación.

3.6.1. Excitación

El primer síntoma de la excitación sexual es la erección. Tras un estímulo erótico externo o interno, se inicia la relajación del músculo liso arteriolar y del músculo liso cavernoso mediado por la secreción de óxido nítrico, produciéndose una elevación de los niveles de GMPc. Esto origina una hiperpolarización de la célula muscular, con salida de calcio al espacio extracelular y disminución de los niveles de calcio intracelular ocasionando la relajación del músculo liso cavernoso. Este aumento de flujo arterial junto con la relajación de las trabéculas (espacio hueco rodeado de endotelio en cuerpos cavernosos y bulbo esponjoso) producen un aumento de volumen que comprime progresivamente las venas de retorno, iniciándose el fenómeno de venooclusión (Sáenz De Tejada, Goldstein y Krane, 1988).

Además de los cambios penianos, alrededor de un 40% de los hombres experimentan una erección de los pezones durante la excitación sexual. El escroto aumenta de tamaño y asciende pegándose al abdomen. El ritmo cardíaco se acelera, la presión sanguínea se eleva, produciéndose un incremento generalizado de la tensión neuromuscular en todo el cuerpo (Masters y Johnson, 1966; Masters, Johnson y Kolodny, 1994).

3.6.2. Meseta

En esta fase existe un alto grado de excitación sexual mantenida durante un tiempo. Fisiológicamente, los cambios que comenzaron durante la fase de excitación se intensifican y el aumento de volumen peniano continúa. La venooclusión aumenta progresivamente por la compresión creciente de las venas circunflejas y la presión intracavernosa crece hasta aproximadamente el 90% de la presión sistólica.

Si persiste un estímulo erótico adecuado, se contraerán los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso de forma que la presión intracavernosa llega a alcanzar niveles por encima de la presión sistólica, provocando una erección rígida y el glande incrementa su tamaño adquiriendo un aspecto cianótico.

Los testículos se hinchan de un modo característico, aumentando entre un veinticinco y un cincuenta por ciento respecto de la situación de reposo (Masters, Johnson y Kolodny, 1994) y continúan elevándose para acercarse más al cuerpo, hasta que su superficie trasera queda presionada contra el perineo.

La fase de meseta es más consistente cuando se prolongan los juegos eróticos, pero cuando transcurre poco tiempo entre la excitación y el orgasmo, no puede considerarse gráficamente como tal.

3.6.3. Orgasmo

Si la vasodilatación y la miotonía aumentan lo suficiente en intensidad, al continuar la estimulación sexual, la tensión neuromuscular puede alcanzar el umbral del orgasmo. En

este punto se activan una compleja serie de reflejos, tanto en los órganos sexuales como en el resto del cuerpo, que constituyen la respuesta orgásmica. Alcanzada esta fase se suele conseguir la erección más rígida de todo el proceso, justo en el momento que se producen las contracciones rítmicas de la glándula prostática, las vesículas seminales y los conductos deferentes, que comienza a intervalos de 0,8 segundos e impulsan el semen hasta la base de la uretra.

Durante el orgasmo se producen aumentos en el ritmo cardíaco, el respiratorio y la presión sanguínea (ver apartado de sexualidad y enfermedades cardiovasculares del capítulo 16). Además, los músculos de todo el cuerpo se tensan en consonancia con las contracciones rítmicas de la respuesta orgásmica y el cuerpo puede ponerse momentáneamente rígido en el punto inmediatamente anterior al clímax. En ocasiones, la respuesta orgásmica se acompaña de calambres en las manos y los pies, o muecas faciales involuntarias.

3.6.4. Resolución

Se denomina resolución al retorno a las pautas del estado de no excitación. También se conoce como período refractario. La rápida pérdida de la erección es resultado directo, por un lado, de las contracciones orgásmicas que bombean la sangre a otras zonas del cuerpo y, por otro, de la contracción muscular lisa trabecular mediada por estimulación simpática. El flujo de salida venoso queda rápidamente restablecido y se produce una vuelta a la fase flácida, en la cual, el músculo liso trabecular está semicontraído y el resultado será un flujo de entrada mínimo y un flujo venoso de salida rápido, a lo que pueden contribuir las prostaglandinas, endotelinas y angiotensina II.

En general, el período refractario es más corto en los varones jóvenes y se alarga considerablemente en los que tienen más de 50 años de edad. También puede ser más corto si no ha habido ninguna eyaculación durante los días anteriores; por el contrario, si ha habido una o más eyaculaciones en las últimas veinticuatro horas, el período refractario tiende a alargarse.

Aunque el período refractario puede ser muy corto, unos minutos, lo más habitual es que oscile de los treinta minutos a varias horas. Para los hombres de más edad, este período puede comprender un día o más tiempo.

Llegado este momento, los testículos se encogen con rapidez hasta su tamaño en reposo y cuelgan alejándose del cuerpo con la misión de recobrar un grado de temperatura más bajo que el resto del organismo.

4

Sexualidad y ciclo vital

Somos seres sexuados e, independientemente de la edad, los humanos sentimos y expresamos la sexualidad. Pero existen diferencias a lo largo del ciclo vital cuyo conocimiento es especialmente importante manejar para saber cómo intervenir desde el punto de vista de la educación y la salud.

Dado que en casi todo el libro se hace referencia a la sexualidad de la persona adulta, será obviada en este capítulo, dedicado íntegramente a la sexualidad en la niñez, adolescencia y envejecimiento.

4.1. Sexualidad en la infancia

No son demasiados los estudios llevados a cabo acerca de la sexualidad infantil y los existentes carecen en general de una adecuada metodología. No obstante se puede poner de manifiesto que ya en la etapa prenatal existen manifestaciones genitales propias de la activación sexual, lo que indica que la respuesta sexual es funcional desde la vida intrauterina aunque sea de forma refleja. Algunos han llegado más lejos, así Giorgi y Siccardi (1996) refieren masturbaciones clitorideas a las 32 semanas de gestación y Meizner (1987) describe 15 minutos de masturbación en un niño de 28 semanas por ultrasonografía.

De la misma manera, justo después del parto se pueden observar erecciones clitoricas y peneanas. Durante la lactancia, el baño y demás cuidados, los bebés experimentan sensaciones placenteras observables a través de la respuesta genital. Más tarde comienzan a frotar sus genitales mientras adoptan expresiones de placer y movimientos de cadera similares a los comportamientos de monta de otros mamíferos.

Es bien conocido que el contacto con los padres será determinante en el desarrollo del bebé, tal como se ha puesto de manifiesto al estudiar las diferencias psicológicas entre los niños que son acariciados frente a quienes carecen de esta posibilidad.

Hacia los dos años experimentan una intensa curiosidad por los genitales y probablemente asocian el contacto genital con el placer, por lo cual se observan diferentes conductas de frotamiento manual y con objetos diversos.

A los tres años son capaces de manifestar verbalmente el placer y, algunos niños, pueden llamar la atención de sus progenitores cuando obtienen erecciones. En esta etapa

es importante que los padres no traten los genitales de forma diferente al resto del cuerpo y no confundan a la descendencia con multitud de palabras distintas. Así, si la oreja es definida como oreja, la vulva no puede ser "almejitita", "chumino", "totito", etc., lo que muestra un tratamiento especial. Tampoco se debiera ser especialmente insistente en la limpieza del área genital, con ciertos límites, generando sensación de que los genitales son sucios.

Siguiendo a Martinson (1981), a los cuatro años los niños se preocupan por los aspectos reproductivos de la sexualidad y comienzan a preguntar de dónde vienen los bebés. También es una etapa un tanto escatológica, donde disfrutan y mantienen un elevado interés en las funciones emuntorias y se recrean con el lenguaje asociado a la defecación y micción, si bien es cierto que durante esta etapa, la preocupación por todo lo relacionado con la orina va in crescendo para los niños, mientras las niñas van perdiendo el interés progresivamente.

A los cinco años prestan especial atención a las manifestaciones sexuales de los adultos y comienzan, sin entender, a hacer bromas sobre sexo.

Entre seis y ocho años conocen las diferencias entre los genitales de ambos sexos. Es posible que, junto con el modelaje de los padres, ésta sea una de las causas fundamentales de la aparición del pudor, lo que por otra parte propicia la transgresión de exponer y curiosear con los genitales, por ejemplo "jugando a los médicos". En esta época se puede experimentar tanto con niños del propio como distinto sexo. Según Kolodny (1980), a través de entrevistas con los padres, el 73% de las niñas y el 83% de los niños entre seis y siete años había tenido algún tipo de juego erótico infantil. No se debe olvidar que para los niños de estas edades los juegos eróticos son justamente eso, juegos, por lo que padres y demás educadores no debieran patologizar a los menores con respuestas desmedidas o discriminativas (no darle importancia o potenciar los juegos de los niños mientras se reprimen o moralizan los de las niñas).

Para muchos niños los juegos eróticos constituyen la señal de salida para el comienzo de la práctica masturbatoria, mientras otros acceden de forma intuitiva. Así, Langfeldt (1990) estima que el 10% de niños entre cuatro y 10 años se masturban pudiendo tener orgasmos secos (sin eyaculación). Hite (1994) afirma que el 45% de las niñas experimentan orgasmos sobre los siete años y más del 60% a la edad de doce, defendiendo que las niñas ejercen estas conductas antes que los niños: cinco a siete años frente a diez y doce.

La aparición del orgasmo es una de las importantes controversias en este campo y mientras algunos autores niegan la existencia del orgasmo prepuberal otros parecen demostrar su presencia desde incluso antes del nacimiento (Gordon y Schroeder, 1995). Kinsey (1948) profundizó en el asunto y estableció seis tipos de orgasmo en preadolescentes.

Haciendo referencia a menores de nuestro entorno, López Sánchez (2001) señala que el 9,4% de los jóvenes creen haber tenido orgasmos antes de la pubertad, 5,4% de las niñas y 18% de los niños.

A partir de los siete años hasta la adolescencia, la búsqueda y experimentación sexual no cesa, aunque está tamizada por las reglas de los adultos, por lo que no será ostensible a la vista de los mismos. Cualquier actividad sexual va a ser llevada a cabo con discreción. Comienza aquí, para algunos, la época de masturbaciones colectivas y entrenamiento sexual con compañeros del propio sexo, que no tienen nada que ver con la homosexualidad, siendo muy frecuentes las experiencias sexuales entre hermanos. Finkelhor (1981) encuentra que un 13% ha tenido relaciones sexuales con un hermano y un 27% había mantenido esta práctica al menos durante un año.

Es lógico pensar que las conductas sexuales del menor no pueden tener el mismo significado que para el adulto y lo que pudiera parecer erotismo, en ocasiones, sólo será imitación o curiosidad acerca de los genitales, ya que en la infancia se produce el proceso de identidad sexual y de género como se verá en el capítulo 18.

En todo caso lo más importante del estudio, siempre dificultoso, de la sexualidad infantil radica en la importancia que puede tener para la sexualidad futura. Así cuando un niño se abraza a la madre no necesariamente lo hace por erotismo como se ha postulado desde el psicoanálisis ni tampoco exclusivamente por seguridad postura defendida desde la teoría del apego. Podría tratarse de una mezcla de goce y seguridad que desde luego estructurará el modelo de apego y por ende los vínculos futuros así como la capacidad erótica, y tal como ha sido puesto de manifiesto por los teóricos de esta corriente, la sexualidad y especialmente la forma de vincularse en pareja variará dependiendo de si se trata de un apego seguro, un apego evitativo o un apego ansioso ambivalente.

Según los planteamientos de Bowlby (1969, 1980), en el tercer cuatrimestre del primer año el niño se vincula a la figura de apego para mantener un grado de proximidad que le permita tener sensación de seguridad.

El apego está configurado por cuatro componentes: búsqueda de proximidad, protesta por la separación, base de seguridad (en contacto con la figura de apego el niño explora e interactúa con el medio) y puerto de refugio (acude cuando está triste o en situación de peligro), que según sean manejados dan lugar a unos de los siguientes tipos de apego.

Apego seguro: Supone entre el 65 y 70% de los niños. Se caracteriza porque en presencia de la figura de apego exploran el medio. En su ausencia, la exploración decae y se angustian. Cuando la madre vuelve los niños se tornan alegres y recuperan la exploración. Al llegar a la adultez viven las relaciones afectivas con alegría y emociones positivas, confían en el otro, mantienen relaciones afectivas más duraderas, tiene un nivel alto de deseo sexual y aceptan mejor los defectos de la pareja.

Apego ansioso ambivalente: Integran este grupo entre el 10% y 15% de los niños. Aquí la exploración del entorno en presencia de la figura de apego es escasa. Cuando la madre se va la angustia por la separación es muy intensa y al volver pueden reaccionar con intensa alegría o seguir mostrando enfado (ambivalencia). Son los niños que no quieren separarse de la madre y están pegados a ella. De adultos son muy celosos, están hipervigilantes ante cualquier síntoma que ponga en peligro la relación porque no resisten la soledad y suelen tener poco deseo sexual junto a una sexualidad complaciente, es decir, tienen sexo por mantener a la pareja, no por satisfacción personal.

Apego evitativo: Lo componen un 20%. Estos niños manifiestan escasa ansiedad ante la separación y evitan el contacto cuando la figura de apego vuelve. Tienen pobres respuestas afectivas y con los extraños no manifiestan ansiedad. De mayores tienen dificultades para intimar, no se atreven a depender de nadie y son muy reacios a cuidar a la pareja. Sólo tienen deseo sexual cuando no hay que intimar con la otra persona.

4.2. La adolescencia

Es habitual entre los antropólogos entender como índice del desarrollo de un pueblo la atención que se les presta a los jóvenes. En el ámbito científico, se han considerado múltiples teorías para explicar las características peculiares que acompañan a la siempre envidiable edad que abarca la juventud. Así, Hall hablaba de "la recapitulación de la ontogénesis en la filogénesis"; para él, la infancia es un estado salvaje y la adolescencia supone la integración en el estado civilizado. Como ésta, infinidad de teorías han analizado las características de la adolescencia desde múltiples puntos de vista, muchas de ellas entendiéndola como una etapa especialmente crítica, sin embargo, desde épocas recientes se tiende a considerar que "la adolescencia no es un caos ni una crisis, es una etapa más" (Cruz Romero, 1991).

La sexualidad presente y manifiesta de distintas formas desde la infancia, se expresa de forma abrupta al inicio de la pubertad afectando al individuo hasta la más íntima de sus fibras y convirtiéndose en la máxima preocupación a estas edades.

Es la etapa más crítica en cuanto a cambios de todo tipo, los adolescentes no sólo tienen cuerpos distintos, sino que piensan, juzgan y actúan de forma diferente. Comienza con la pubertad pero su finalización no es tan clara, aunque se considera que termina al acceder al estado de adulto con la formación de una familia o incorporación al mundo laboral (Oliva, Serra y Vallejo, 1993).

La adolescencia es la etapa de redefinición sexual, cambia el cuerpo, los vínculos afectivos y relación con los demás, la forma de pensar y un largo etc., que se va viendo mediado por factores biológicos, socioculturales e interpersonales. Es por tanto una etapa crítica muy propia de nuestra cultura, que en la mayoría de los casos se afronta de forma adecuada (Elmen y Offer, 1993) aunque existe la idea generalizada de que la

adolescencia es una etapa convulsa de grandes riesgos y peligros.

4.2.1. Factores personales

La pubertad es el concepto referido a los cambios biológicos que convierten a la persona en efectiva para la reproducción. La activación gonadotrópica es la causa directa que inicia el proceso. Las gonadotrofinas están aumentadas en la época neonatal, bajando progresivamente hasta niveles mínimos en el período prepuberal, momento en el que el impulso sexual se sostiene por la producción hormonal de las glándulas suprarrenales. En esta etapa los niveles son bajos en vigilia para aumentar en el sueño, donde pueden observarse picos de LH (Tejero, 1996). La frecuencia de estas descargas aumenta a lo largo del período prepuberal hasta mantener un ritmo más constante.

Parece ser que es la liberación de GnRH, que a su vez provoca la liberación de gonadotrofinas, la responsable de la maduración sexual. El inhibidor más potente de la GnRH es el GABA, por tanto, la inhibición de los impulsos gabaérgicos puede ser importante. También neurotransmisores como la noradrenalina, NPY, y L-glutamato activan la GnRH. Además, intervienen factores de crecimiento como el TGF-alfa.

La pubertad se pone en marcha a través de señales somáticas tales como la menarquia y el peso corporal. La adquisición de peso reduce la sensibilidad hipotalámica a los estrógenos. Desde hace tiempo, esta hipótesis fue cambiada por la relación entre masa magra y masa grasa, de ahí que la mejor nutrición adelante la menarquía, mientras que la malnutrición y el ejercicio atlético la retrasan. La hormona de crecimiento no parece influir directamente, como tampoco lo hace la adrenergia.

La maduración gonadal requiere unos tres años de rodaje en la chica que termina con la producción de ciclos regulares ovulatorios, cerrando antes que el varón sus epífisis óseas.

Los incrementos de testosterona que aparecen, se reflejan en:

- Respuestas espontáneas de lubricación y tumefacción.
- El físico de otras personas se convierte en un estímulo excitante.
- Aparición de fantasías y sueños eróticos.
- Necesidad de masturbarse o buscar pareja.

El tiempo de maduración va a influir de forma que los varones que maduran precozmente suelen tener un mejor autoconcepto, mientras que con las chicas sucede el fenómeno contrario. Así, cuando un chico, que tiene cierto retraso en el desarrollo se ve en la obligación de compartir vestuario en la clase de educación física o en el gimnasio,

viendo pavonearse a los especialmente desarrollados, sufrirá una fuerte frustración.

Ellos están preocupados por el tamaño del pene, la asimetría fisiológica de los testículos, desviación del pene a derecha o izquierda, la zona perlada de la corona del glande, la ausencia o presencia de vello corporal. Ellas se preocupan por el tamaño de los pechos y por su capacidad para atraer a los chicos.

Para ellos se pone en marcha el cronómetro que marcará la llegada de la primera relación sexual, la cual anhelan como rito iniciático para adquirir prestigio social entre sus pares. Ellas esperan enamorarse de alguien, proceso en el que va incluido el sexo, generalmente unos años mayor.

Hay diferencias notables entre desarrollarse cubriendo los estereotipos televisivos, con respecto a alejarse de los mismos. En el primer caso es más frecuente un mayor autoconcepto, aunque éste dependa de la percepción que tenga el sujeto de sí mismo y no sólo de su apariencia física. Pero los adolescentes no han desarrollado aún una noción lo bastante amplia de autoestima, basada en sus logros, que equilibre su percepción del propio atractivo (Masters, Johnson y Kolodny, 1994), lo cual empeora si los padres no refuerzan su trabajo y les exigen un rendimiento mayor del que son capaces.

Una de las primeras manifestaciones fisiológicas sexuales que marca un hito en el desarrollo es la menstruación. Hasta épocas recientes, eran muchas las adolescentes que tenían la primera menstruación sin el más mínimo conocimiento previo de lo que iba a acontecer. En épocas pasadas, la represión sexual alcanzó tales cotas a nivel educativo, que incluso los más indispensables conocimientos higiénicos fueron negados. De ahí que se desconociera o al menos el conocimiento fuera incierto, acerca de todo lo relacionado con el asunto. Un buen día una chica era sorprendida por el sangrado menstrual mientras jugaba o estaba en el colegio, con el consiguiente miedo. En este contexto era común que la experiencia fuera asumida de forma negativa.

En la actualidad las cosas han cambiado, pero no tanto como sería deseable y, en muchas ocasiones, la información es inconcreta. Lo cierto es que la primera menstruación suele tener un significado muy importante para toda la familia y generalmente con una buena información previa, supone mayor madurez y prestigio. En caso contrario, la adolescente tiende a esconder su menstruación, toma las medidas para que, excepto la madre que le proporciona las compresas o los tampones, nadie se entere del proceso. Esta cuestión puede ser el inicio del alejamiento del padre, al cual le comenzará a omitir todo lo relacionado con el tema.

Una prueba de que no se vive de una forma totalmente natural es que los jóvenes son poco proclives a mantener relaciones sexuales durante la menstruación (el 74% no realizarían el coito en esa etapa del ciclo), época bastante segura en cuanto a evitar la fecundación y un 25,6% del total desconocen que en los días previos a la menstruación

la fecundación es difícil (Cabello-Santamaría, 1994).

Un punto digno de estudio es la utilización de tampones que, en nuestro medio, suele ser por iniciativa propia de la adolescente y menos frecuentemente, impulsada por la madre. A veces, es la primera vez que se toma contacto con los genitales y, por motivos no empíricamente claros, en nuestro medio el empleo es menor que en el resto de Europa. De la misma forma, nuestras jóvenes son reacias a la utilización del condón femenino, lo que lleva a pensar en ciertas reticencias socioculturales a la manipulación intravaginal.

Otro hito, en este caso para los chicos, es la primera eyaculación. Cada día quedan menos adolescentes sin información previa al respecto. Los compañeros y amigos mayores junto a las revistas y películas pornográficas han servido de adelanto imaginario de la primera eyaculación que, en muchos casos, ha sido precedida por "orgasmos secos" (el 73,1% de los jóvenes ha utilizado en alguna ocasión revistas o películas pornográficas como estímulo masturbatorio). La cantidad del eyaculado es un nuevo mito emergente propiciado por el porno, las ingentes cantidades de fluido que se ven en la pantalla no se corresponden con la respuesta del joven, que a veces se siente frustrado. Lo mismo ocurre con la erección posteyaculatoria, fenómeno casi exclusivo de la pornografía, que angustia a muchos jóvenes poco informados. De cualquier modo la eyaculación se vive como un paso agradable hacia la adultez, incluso por aquellos jóvenes que aún hoy carecen de información sobre la primera respuesta eyaculatoria y que a pesar de la sorpresa - común en un duermevela a modo de polución nocturna o tras autoestimulación - se ven reforzados por la contingencia con el placer.

El 81,1% de los jóvenes se ha masturbado, con una cifra superior para los chicos 98% frente a las chicas 64,2% (Real, Oliva, Serrano y Suárez, 2003). Los chicos suelen iniciar la masturbación entre 11 y 14 años, casi sin excepciones, con una frecuencia mínima de dos o tres veces a la semana, asumiéndolo como una experiencia muy positiva pero entendida como sustitutoria de una posible relación de pareja. Por el contrario, las chicas mantienen, en general, actitudes más negativas. Son pocas las que defienden la autoestimulación como forma no sustitutiva de acceder al goce, siendo lo más habitual el rechazo a la sexualidad individual, reservando el placer a la relación de pareja. Un porcentaje nada despreciable (35,8%), rechaza cualquier tipo de autoestimulación, defendiendo su postura en pos del romanticismo.

A pesar de que la mayoría de los jóvenes vive la masturbación de una forma positiva y placentera, el 10% experimenta sentimientos de culpa (Heras y Lara, 2009).

Por lo general la masturbación va precedida de la aparición de fantasías eróticas espontáneas, situación que tiene mucho que ver con los niveles de testosterona. Sin embargo es muy común que el tipo de fantasías que en capítulos anteriores fueron denominadas "a corto plazo", se pongan en marcha después de las primeras experiencias

masturbatorias o en pareja.

Entre los 15 y los 18 años manifiestan tener fantasías eróticas alrededor del 80% de los adolescentes, con un nivel discretamente inferior por parte de las chicas. En cuanto al contenido, ellos suelen hacer fantasías explícitamente genitalistas y ellas recurren a secuencias más noveladas y románticas. A mayor experiencia sexual, las fantasías suelen ser dentro del aspecto imaginario, más ajustadas a una posible realidad; mientras que quienes no tienen experiencias sexuales, se centran más en actores cinematográficos y situaciones menos reales.

El hito más importante, en todo caso, es el comienzo del desempeño de alguna conducta sexual con otra persona. Dieciséis años es la edad media de inicio del petting, practicado por el 81,3% de los jóvenes (Real et al., 2003). Constituye la primera experiencia sexual en pareja y genera estatus de adultez pero siguen existiendo inequidades de género importantes, de forma que, salvo un pequeño grupo de chicas que asumen la iniciativa en la práctica de heteromasturbación, masaje, felatio, etc., como iniciativa propia, la mayoría, sigue las directrices de sus compañeros con el fin de complacer al otro. En algunos casos, se observan posiciones que se podrían denominar reivindicativas, entre chicas que coleccionan chicos para practicar juegos eróticos, pero sin la más mínima tendencia a llegar al coito del que están alejadas por el insalvable foso del amor (en una ocasión una madre me trajo a consulta a su hija de 15 años porque la jefa de estudios del colegio le había comentado que había practicado la felación con casi todos los chicos de su clase. Al ser preguntada si le gustaba y por qué no tenía relaciones sexuales con penetración, afirmó que todos los chicos le debían favores y que el coito lo reservaba para cuando tuviera "novio de verdad").

El coito alcanza el rango de preciado trofeo entre los chicos y no merece la más mínima selección en las primeras experiencias que se viven como un examen de grado, necesario de superar lo antes posible para alcanzar el estado de adulto. Una vez superada la prueba, es aireada a los cuatro vientos y se accede a un nuevo estatus dentro del grupo social en que se desenvuelve el joven.

Algunas chicas entran dentro del mismo esquema, es decir, la necesidad de superar el examen para acceder al mundo de la "mujer" es lo que empuja a unas primeras relaciones, poco selectivas en cuanto a la elección de pareja. Cuando se accede a la sexualidad por el mero hecho de mantener cierto prestigio social frente a un grupo de la clase, se le denomina síndrome de "Ready Teddy". Este tipo de acceso al sexo nada tiene que ver con el erotismo sino con la necesidad de prestigio o de sentirse querida.

Lo más habitual entre las chicas consiste en entender la primera relación como una cuestión natural a la que se debe acceder sin presiones y con la pareja elegida mirando al futuro. De hecho, el 96% de las chicas piensan en casarse con quien mantienen relaciones sexuales, frente al 5,5% de los jóvenes (Sáez y Guijarro, 2000).

Dentro de ciertos sectores concurre la tendencia, aupada por la ideología, de mantener la virginidad hasta el matrimonio, aunque en estos casos se vislumbra, desde la clínica, que suelen existir otros motivos de mayor peso que los meramente políticos o religiosos.

Desde la perspectiva de la teoría del apego, los jóvenes con apego seguro acceden a sus primeras relaciones sexuales por amor, entre los ansiosos ambivalentes el acceso a la sexualidad tiene como fin retener a la pareja y entre los evitativos el móvil es perder la virginidad (Tracy, Shaver, Albino y Cooper, 2003).

En nuestro entorno se inician las relaciones sexuales coitales alrededor de los 16 años, de forma que han tenido relaciones coitales casi tres de cada cuatro jóvenes menores de 20 años (ESHS, 2003). No obstante, las cifras son muy variables dependiendo de la zona geográfica, por ejemplo en 1993 habían tenido relaciones coitales el 45,9% de los jóvenes de Málaga (Cabello-Santamaría, 1994) y diez años más tarde habían tenido relaciones sexuales en el mismo corte de edad el 28,9% de los jóvenes de Sevilla (Reina et al., 2003). Una vez que se ha experimentado la primera relación, el 38,9% de los chicos y el 33,4% de las chicas no se sienten capaces de proponer una relación sexual sin coito, pese a carecer en ese momento de algún método anticonceptivo.

4.2.2. Factores psicológicos

Existen gran variedad de puntos de vista, pero se referirán aquí las teorías integradoras de aspectos sociales y afectivos como la propuesta por Elkind (1967): "A lo largo de toda la vida existe un egocentrismo intelectual, que es más marcado en la adolescencia. El egocentrismo intelectual del adolescente se caracteriza por una confianza excesiva en las ideas propias". Esto repercute manifestándose en dos fenómenos:

- Audiencia Imaginaria: el adolescente se cree el centro de atención y se preocupa más por lo que piensen los demás que por él mismo.
- Fábula Personal: piensa que sus experiencias son únicas e incomprensibles para los demás y, por tanto, incomunicables. Además participan de la creencia de que no les va a ocurrir nada.

Siguiendo el esquema de Piaget, en la adolescencia se pasa del pensamiento concreto a la adquisición del pensamiento formal, caracterizado porque lo real es concebido como un subconjunto de lo posible, por su carácter hipotético-deductivo y proposicional (permite convertir las operaciones directas en proposiciones y operar a su vez sobre ellas, es decir, realizar operaciones sobre operaciones).

Con estos logros, al poder razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible, el adolescente puede poner en tela de juicio todo lo que hasta ahora era inamovible:

familia, escuela, sociedad (Oliva, Serra y Vallejo, 1993).

En plena época de desarrollo imaginativo, el adolescente configura en fantasías sus objetos sexuales y la forma de expresión con los mismos y así va forjando su sexualidad. En este momento se suele consolidar la orientación sexual sobre la base de las propias experiencias, no obstante, según algunos autores, un 10,7% de adolescentes entre 12 y 20 años no están seguros de su orientación sexual (Remafedi, Resnick, Blum y Harris, 1992). A esta confusión contribuye la alta incidencia de prácticas de tipo homoerótico, sobre todo en la primera etapa de la adolescencia y últimos coletazos de la infancia.

Aquellos adolescentes con una orientación homosexual clara se sentirán aislados, ya que en la adolescencia, la pandilla se manifiesta especialmente homófoba. De hecho, a estas edades sólo admiten una orientación homosexual un 0,4% de los jóvenes, siendo la aceptación mayor por parte de las chicas (Cabello-Santamaría, 1994).

Es la hora de desarrollar un sistema de valores acerca de la sexualidad, entendiéndola como una expresión de la intimidad, como gratificación del momento o algo reservado para las relaciones de amor (Master, Jonhson y Kolodny, 1994), teniendo buen cuidado con las formas dado que es una época de intensa curiosidad sexual pero con una fuerte asimilación deformante, por lo que cualquier dato es sesgado por la reflexión del adolescente de tal forma que manifiestan menos facilidad para distinguir los deseos y sentimientos sexuales de otras emociones. Algunos adolescentes asumen la relación sexual como símbolo de libertad (López Nodarse, 1993).

4.2.3. Factores interpersonales

Entre los factores interpersonales destacan la familia, amistades y pareja junto con la interacción de todas las variables.

A) Familia

La sexualidad del adolescente dependerá, en cuanto a la familia se refiere, de los siguientes factores:

- Características de los padres.
- Configuración de la familia.
- Experiencia de la familia.
- Actitudes, normas y valores de la familia.

Resulta muy significativo el modo en que los padres promueven la autonomía y la responsabilidad personal de sus hijos. En la adolescencia la sexualidad parece no existir

para los padres, sólo para los propios adolescentes, entrando en una etapa donde resulta más marcada la existencia de un doble código. Por un lado los chicos piensan permanentemente en sexo, mientras los padres hacen una huida del tema, alcanzando probablemente las cotas más altas de incomunicación a lo largo del ciclo vital. Es un período donde los padres exigen cumplimiento de responsabilidades de adulto pero premiando y reforzando como si fueran niños.

Las relaciones sexuales tempranas aparecen asociadas a la existencia de un menor control parental, a la ausencia de expectativas de madurez y logro, a la existencia de un clima familiar menos afectuoso, a la falta de disponibilidad de los padres y a las interacciones coercitivas (Fuertes, 1996).

Aún a principios de los 70, las primeras exploraciones sexuales del adolescente suponían la etapa más crítica para algunos adultos, al punto que algunos padres estaban menos preocupados por el consumo de drogas y alcohol que por la sexualidad. Actualmente las cosas han cambiado y los padres se sienten más seguros con los adolescentes en casa y controlando a las posibles parejas. De ahí que muchas familias permitan las exploraciones sexuales de los hijos en la intimidad de sus dormitorios, lo cual aporta la seguridad de tener a los jóvenes menos tiempo expuestos a los males callejeros ("alcohol, drogas, pandillas", etc.). Estos nuevos hábitos están dando lugar a familias integradas por las parejas del adolescente que viven prácticamente adoptadas y participan de la vida familiar, con el consiguiente duelo de toda la familia cuando la relación se rompe.

Desde diversos estudios se puede inferir que la sexualidad cierra una puerta entre el adolescente y sus padres. Al mismo tiempo el adulto potencia esta situación posiblemente debido a su propio aprendizaje anterior cuando a su vez era adolescente. Por otro lado, el adulto sólo asume una concepción preventiva de la educación sexual (prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual), que si bien es importante, no siempre está en el punto de interés del adolescente.

La adolescencia suele coincidir en el tiempo en que la familia está pasando por su momento más centrífugo, lo cual no es provocado exclusivamente por la presencia del joven. Es un período de reevaluaciones en cada generación; el adulto entra en un proceso de transición y el adolescente en problemas de identidad (Combrinck-Graham 1988). En esta época son frecuentes importantes cambios en la vida como el inicio de negocios nuevos, desplazamientos de vivienda y divorcio. Toda la familia se centra fundamentalmente en actividades extrafamiliares.

Por otro lado, en esta fase, padre, madre o ambos entienden que la empresa familiar debe seguir adelante hasta que el adolescente alcance la edad de adulto. Cuando la desarmonía conyugal es importante, puede haber un acercamiento de algún padre al adolescente con el intento de hacerlo cómplice de futuro. Algunos autores establecen que

la sexualidad emergente del adolescente estimula la sexualidad del adulto favoreciendo la infidelidad (Combrinck-Graham, 1988), pero parece más lógico que al estar en una etapa centrífuga de la vida, cuando ha pasado el tiempo suficiente para la aparición de cierto tedio en la relación de pareja, la infidelidad tenga más relación con otras causas.

B) Amistades

El adolescente se emancipa de la familia y el grupo de iguales es el que adquiere mayor relevancia. La familia incide indirectamente sobre la sexualidad adolescente, pero la influencia de los pares es la más importante, ya que pasan a ser puerto de refugio, aunque los padres siguen manteniendo el estatus de base de seguridad. Para el adolescente el grupo de pares es el mecanismo que le permite salir del ámbito familiar e ingresar al ámbito social de una forma adecuada y, en cierta manera, protegida, ya que el grupo se convierte en un espacio donde puede actuar, reflexionar, ensayar conductas, generar habilidades e ir elaborando su identidad. El grupo le da al joven una sensación de pertenencia y es ahí donde va recopilando a sus amigos. Entre ellos, unos amigos apoyarán e incluso inducirán a la experimentación sexual, mientras otros favorecerán comportamientos más proclives a las conductas "permitidas". En todo caso, los amigos son la primera fuente de información en los temas relativos al sexo.

C) Parejas

Tener pareja supone el foco de máxima atención para la inmensa mayoría de adolescentes, se encubra o no, la demanda.

La formación de parejas es un estímulo esencial para la experimentación sexual y viceversa. Al principio de la adolescencia sólo existen amigos del mismo sexo, después se pasa a la pandilla de chicos y chicas, y generalmente se sale de ahí por la formación de pareja.

Resulta más habitual en las chicas poner todo el peso de la sexualidad en el terreno afectivo, relacionando sexualidad con el binomio amor/pareja, de forma que a estas edades es mayor el número de chicas que tiene pareja estable, 33,3%, frente a los chicos, 20,4% (Sánchez y Cabello, 1999). Casi diez años más tarde, en 2008, un 38,8% de los menores de 20 años tenía pareja estable. El 44,8% eran mujeres frente al 29,3% de varones (Injuve, 2008). Por el contrario, los chicos apuntan más hacia la dirección del placer genital y, en ocasiones, la pareja es el móvil para experimentar las primeras relaciones sexuales. Los datos refuerzan la hipótesis dado que, entre quienes han tenido relaciones sexuales durante los últimos doce meses, el 84,6% de las jóvenes lo ha hecho con una misma persona (para los hombres es el 61%) y sólo un 3,1% de las mujeres reconoce haber tenido relaciones sexuales con cuatro personas o más, porcentaje que alcanza el 12,1% cuando se trata de hombres (Injuve, 2008).

Además, a medida que acrecienta la edad, el porcentaje de hombres con más de una pareja sigue aumentando, mientras las mujeres a los 29 años se estabiliza en el 43,1% (Informe FIPSE, 2003).

4.2.4. Factores socioculturales

Ejercen una influencia fundamental. En lo que a sexualidad se refiere existen muchas normas diferenciadas en función del sexo. Los medios de comunicación no cesan de enviar mensajes implícitos y explícitos acerca de distintos modos de acceder a la sexualidad y del supuesto éxito en dicho acceso, orientado desde una perspectiva de consumo.

Como se ha visto, el incremento de andrógenos tanto en los chicos como las chicas provoca el interés sexual, pero ellos tienen un fuerte deseo por acceder al coito, mientras en las chicas la actividad coital no es tan imperiosa. Obviamente, algo tendrá que ver en esto la influencia sociocultural, en especial los materiales curriculares, el contexto escolar y la influencia de los medios de comunicación de masas, que aún hoy día, presentan importantes diferencias de género con claras desventajas para las chicas.

Este desfase en el deseo coital posiblemente será un factor clave en la relación podersexo a lo largo de la vida. En la escuela, los chicos con tipología más acorde a los estereotipos televisivos y un alto nivel de liderazgo acceden a sus primeras relaciones sexuales coitales con un grupo de chicas que, asumiendo el síndrome de "Ready Teddy", tienen relaciones sólo por el deseo de estar junto al líder y ganar la competición frente a otras chicas de la clase. El resto de los chicos del mismo entorno generan un alto nivel de envidia y frustración por no tener acceso a la sexualidad, lo que contribuye a que, en la etapa adulta, tengan relaciones sexuales siempre que haya alguna posible pareja sexual dispuesta, aunque la atracción no sea especialmente intensa. Así, cada relación sexual con una pareja distinta será vista como un trofeo, en suma, una señal de poder.

Cómo inciden los factores socioculturales en las actitudes sexuales de los jóvenes y en el conocimiento acerca de la sexualidad es un tema ampliamente estudiado. Pero la mayoría de las investigaciones se basan en cuestionarios anónimos pasados en muchas ocasiones en centros de enseñanza, donde los chicos tienden a exagerar y las chicas a ocultar. A esto hay que añadir que los inventarios son contestados voluntariamente, por lo que quedan fuera las opiniones y conductas de aquellos que, por algún motivo, son incapaces o reacios a participar, lo que hace que la visión obtenida no pueda ser del todo precisa. Sin olvidar estas apreciaciones acerca de los resultados conseguidos, no parece en principio que la sexualidad de los jóvenes, a nivel cualitativo, sea muy diferente de la sexualidad del adulto, persistiendo a pesar de los cambios habidos en la escuela, un alto nivel de sexismo.

Como es sabido el sexismo se definió como un prejuicio hacia las mujeres con una

actitud de hostilidad y aversión que conlleva un tratamiento desigual y perjudicial para las mujeres (Allport, 1954). En la actualidad el sexismo se ha transformado y se ha convertido en sexismo ambivalente (Glik y Fiske, 1999) conformado por actitudes hostiles que conllevan un perjuicio para la mujer, o bien por actitudes benevolentes que idealizan el rol tradicional de la mujer adoptando los hombres un papel protector.

En este sentido nuestros chicos manifiestan un mayor nivel de sexismo que las chicas, siendo los que tienen convicciones religiosas quienes puntúan más alto. Al mismo tiempo aquellos cuyos padres tienen un trabajo menos cualificado muestran actitudes menos igualitarias (Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2008). Esto pone de manifiesto que se hace necesaria la intervención en medios de comunicación y en la escuela, con una perspectiva de género, para erradicar el sexismo, fuente entre otras cosas del maltrato a la mujer.

4.2.5. Actitudes y conocimientos sexuales de la juventud

- ¿Qué piensan los/las jóvenes de la sexualidad?

La mayoría asocian dicho término en primer lugar a heterosexualidad y hacen un rechazo manifiesto de las relaciones homosexuales, como se ha mencionado con anterioridad. No obstante, en general tanto chicos como chicas presentan unas actitudes positivas hacia la sexualidad no encontrándose diferencias significativas en cuanto al género (Navarro, 2002).

Entre las actitudes se suelen tomar como referencia las relacionadas con la anticoncepción, partiendo de la creencia más o menos aceptada de que "actitudes específicas correlacionan en cierta medida con conductas específicas" (Perlman y Cozby 1985), o dicho de otra manera, si una persona evalúa un objeto o acción de forma positiva, es muy probable que su conducta vaya en la misma línea de la evaluación.

Siguiendo esta premisa propia de la "Teoría de la Acción Razonada" de Fishbein y Ajzen (1975), que es una de las más vigentes, se ha constatado en una muestra de 1.600 jóvenes malagueños que aproximadamente el 80% tiene unas actitudes muy positivas hacia la planificación familiar, sin que existan diferencias significativas en función del sexo ni del núcleo poblacional, lo que no concuerda con otros estudios donde las chicas manifiestan actitudes más favorables que los chicos.

Pormenorizando algunos datos, el 93,5% considera que la información sobre medidas anticonceptivas debería ser una parte importante de la educación del adolescente y que habría que dar facilidades (96,1% de chicas y 93,9% de chicos) para la obtención de métodos anticonceptivos.

Por destacar aspectos más negativos, mencionar que un 6,0% de los chicos y un 3,3% de las chicas (un 4% del total) opinan que los métodos anticonceptivos deberían

estar prohibidos.

En definitiva, los jóvenes con actitudes positivas hacia la planificación familiar manifiestan mayor frecuencia de relaciones coitales, que no van aparejadas de un uso mayor de anticonceptivos. Entre quienes tienen pareja las actitudes son más positivas, pero las conductas anticonceptivas no resultan más eficaces. Y por último, no aparecen diferencias significativas en función de la autodefinición política y el estatus socioeconómico (Sedeño, 1990).

La imposibilidad de prever el coito junto con la creencia de un riesgo pequeño de embarazo son factores determinantes del escaso uso de métodos anticonceptivos. El método de Ogino/Knaus, pese a ser uno de los menos fiables y tener el importante inconveniente de la necesidad de adaptar el impulso sexual al calendario, es ampliamente usado (8% de los jóvenes), constituyéndose como usuarios preferentes aquellos que tienen pareja estable (18,9%).

La marcha atrás o coitus interruptus es otro método natural común entre jóvenes, y aunque el nivel de fallos puede alcanzar el 25% (Covington, McClendon, 1989), lo utilizan de forma habitual entre el 11 y el 30%. A pesar de todo, es la juventud de nuestro país la que más usaba el preservativo según la encuesta internacional de escolares europeos (HBSC, 2002), manifestando haber usado algún método anticonceptivo o de protección casi el 85% de chicos y chicas la última vez que han mantenido relaciones sexuales coitales (Injuve, 2008).

En lo referente al aborto, un 53,5% de la juventud considera que deben darse más facilidades para abortar, frente a un 26,9% que opina lo contrario. En este aspecto resultan notablemente más partidarios de que se favorezca el aborto quienes tienen pareja frente a quienes no tienen (62,1 % y 49,4% respectivamente). En definitiva, desde la despenalización del aborto hasta 1992 hubo un aumento progresivo de interrupciones que se estancaron hasta 1997, donde de nuevo hubo un incremento hasta 2002, volviendo a estabilizarse las cifras de forma que en 2004 la tasa de interrupciones voluntarias de embarazos, entre menores de 20 años, era de 10,35 por mil (CIMOP, 2005).

Respecto a los conocimientos sobre sexualidad se ha constatado que son muchas las ideas erróneas existentes sobre la fisiología de la respuesta sexual humana con relación a la fecundación, de hecho el 12,5% de los chicos y en menor proporción las chicas (8,1%), responden de forma incorrecta a las cuestiones planteadas (Cabello-Santamaría, 1994). También se observan importantes carencias en cuanto a los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general y el sida en particular. Tanto es así, que escasamente el 67% responde de forma correcta a simples cuestiones planteadas sobre ITS, no encontrándose diferencias significativas en función del sexo.

Dependiendo de la orientación sexual sí aparecen diferencias, manifestando un mayor

conocimiento sobre el tema quienes tienen orientación homosexual (75%), en segundo lugar los bisexuales (59%) y por último los heterosexuales (55,4%).

Si a este desconocimiento añadimos que la percepción del riesgo de contraer una ITS que tienen los jóvenes es mínima, tal como demuestran múltiples estudios (sólo el 10% de quienes manifiestan no tener relaciones sexuales lo atribuyen a miedo al contagio), no es de extrañar que persista un nivel elevado de conductas de alto riesgo.

Hay mayor información respecto al sida ya que contestan de forma correcta sobre este tema el 77,3% de los chicos y el 77,7% de las chicas, no hallándose diferencias significativas en función del sexo. Resulta interesante, por tanto, comprobar que el conocimiento sobre el sida es bastante superior a los conocimientos manifestados sobre las ITS en general, lo que puede significar que las campañas informativas no caen totalmente en terreno baldío y algo tendrán que ver en que el número de casos entre los jóvenes vaya decreciendo. Así, hasta el año 1989, los y las jóvenes de 15 a 29 años representaban porcentajes superiores al 50% de los casos y desde entonces se ha estabilizado hasta sólo un 10% en los últimos cuatro años con una tendencia a seguir disminuyendo (Injuve, 2008).

Pero es bien sabido que la información es necesaria pero no suficiente debido a la baja percepción de riesgo de estas edades, especialmente si la pareja es estable, se abandona el uso del preservativo que se sustituye por la confianza depositada en el amor, por lo que no se puede bajar la guardia en este terreno.

En suma, en la adolescencia se necesita la mayor formación posible acerca de los distintos aspectos de la sexualidad. La ausencia de contenidos específicos sobre sexualidad en la educación formal hace que la gran mayoría de jóvenes se sigan informando por amigos, revistas, libros y televisión, en orden decreciente, con un resultado muy deficiente respecto a las necesidades del momento. No debiera olvidarse que desde el punto de vista de la promoción de la salud, la adolescencia es una etapa fundamental para obtener una formación y hábitos saludables precisamente en un período donde hay una mayor exposición a multitud de riesgos que pueden condicionar toda la vida.

4.3. Sexualidad y menopausia

La menopausia es un período que pone fin a la etapa fértil y supone un cambio vital trascendente, que en los países industrializados implica más de la tercera parte de la vida de una mujer. En julio de 2008 la población total de mujeres en España era de 23.081.031, de ellas 9.992.943 superan los 45 años de edad. La tendencia demográfica es hacia el incremento de la población mayor de cuarenta y cinco años en el futuro próximo (INE, 2008).

Estas mismas cifras reflejan una idea clara de la incidencia de los trastornos que puede producir el climaterio en el conjunto del grupo social y su importancia para un colectivo que supone más de la mitad de la población española (22.512.364 hombres a la misma fecha).

Por desgracia en nuestra cultura se tiende a considerar que la menopausia inaugura una época nefasta, considerando esta etapa de la vida como un proceso patológico, a partir del cual la mujer será víctima de multitud de enfermedades: cardiovasculares, osteoporosis, fracturas, estados depresivos, trastornos sexuales, artrosis, cáncer de colon, obesidad, etc. Dicha concepción será responsable de algunos de los problemas que acontecen en este período.

4.3.1. Definiciones conceptuales

La menopausia (de mens paucis o cese de la menstruación) puede ser de tres tipos: natural, precoz y yatrogénica.

Cuando han pasado 12 meses consecutivos de amenorrea sin causa patológica, en mujeres entre 45 y 54 años y con unas cifras hormonales de estradiol inferiores a 30pg/ml y de FSH superiores a 40 U/l se denomina menopausia natural.

Se denomina menopausia precoz a 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causa patológica, en mujeres menores de 40 años.

La menopausia yatrogénica se produce cuando el cese de la menstruación es generado por situaciones médicas, la más frecuente ooforectomía bilateral, aunque puede ser por otras diversas circunstancias como quimioterapia, radioterapia, etiología autoinmune, etc.

Se denomina climaterio al complejo sindrómico que precede, acompaña y sigue a la involución estrogénica. Varía mucho de una mujer a otra y viene determinado por la estructura fisiológica y psicológica, aconteciendo entre dos a ocho años antes y dos a seis años después de la menopausia.

En la menopausia y el climaterio se aúnan una crisis biológica ocasionada por cambios orgánicos y una crisis afectiva secundaria a cambios psíquicos que lleva, en numerosas ocasiones, a alteraciones de la sexualidad. En principio la actividad sexual disminuye con la edad, el 90% de las mujeres entre 40 y 44 años son sexualmente activas, porcentaje que baja al 52,2% en las de 60 a 64 años (Blumel, Araya y Riquelme, 2002), pero además, los cambios que se producen en la menopausia intervienen directamente en la respuesta sexual.

4.3.2. Factores intervinientes en la sexualidad durante la menopausia

A) Factores biológicos

Al natural proceso de envejecimiento hay que añadir los cambios producidos por las hormonas. El síntoma principal en la etapa de transición hacia la menopausia consiste en el aumento progresivo de la FSH por una respuesta inadecuada de los ovarios a dicha hormona.

La involución ovárica ocasiona la disminución de estrógenos encargados de regular la función reproductiva de la mujer, el metabolismo esquelético, el sistema cardiovascular e influir en la conducta sexual. En principio descienden, permanecen estables o incluso elevados en las etapas premenopáusicas, hasta los 6-12 meses previos al cese de la menstruación, donde disminuyen definitivamente. Esto se debe a que los niveles elevados de FSH siguen promoviendo la creación de estrógenos porque la inhibina, producida por las células de la granulosa de los ovarios, resulta insuficiente para disminuir la FSH. De esta forma se puede mantener la capacidad ovulatoria hasta el agotamiento de los folículos, que disminuyen a partir de los 35 años y de forma notable a los 40. En la perimenopausia se asocian síntomas tanto de exceso de estrógenos: tensión mamaria, sangrado uterino irregular, retención de líquidos, irritabilidad y cefaleas; como de su disminución: sofocos, decaimiento y síntomas del tracto genital inferior.

Con el paso del tiempo los efectos del hipoestrogenismo se pueden hacer patentes, por el contrario, la disminución de progesterona no parece influir en la sexualidad. La disminución estrogénica sí interfiere de alguna manera, ya que puede alterar el flujo sanguíneo vaginal, la neurotransmisión, la percepción sensorial y la regulación vaginal y clitoridea de la expresión de la óxido nítrico sintasa, lo que conlleva la presencia de síntomas vasomotores (los sofocos y sudoraciones profusas), sequedad vaginal, atrofia urogenital (pérdida de elasticidad y de la humedad vaginal, cambios de la alcalinidad, acortamiento de la vagina, empaldecimiento de la mucosa), cambios de humor y, a veces, aversión al tacto y deseo sexual hipoactivo (Leiblum y Bachman, 1994).

Por otro lado, los andrógenos cumplen un papel fundamental en la mujer al margen de ser precursores de los estrógenos. Actúan sobre ovarios, piel, tejido adiposo, cerebro, hueso, endotelio vascular y músculo. Los ovarios producen androstendiona, testosterona y dehidroepiandrosterona (DHEA) y las glándulas suprarrenales la dehidroepiandrosterona. El 25% de estas hormonas se produce en el ovario, el 25% en las suprarrenales y el resto en los tejidos periféricos (cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Niveles hormonales durante la pre y posmenopausia

	<i>Premenopausia</i>	<i>Posmenopausia</i>
Estradiol	40-400 pg/ml	10-20 pg/ml
Estrona	30-200 pg/ml	30-70 pg/ml
Testosterona	20-80 ng/dl	15-70 ng/dl
Androstendiona	60-300 ng/dl	30/150 ng/dl

El déficit androgénico de la mujer menopáusica, con bajas concentraciones de testosterona biodisponible, facilita la pérdida del deseo sexual, disminución de las fantasías sexuales, de la sensibilidad al estímulo de los pezones y del clítoris, disminución de la capacidad e intensidad orgásmica, pérdida del tono muscular (incluido el suelo pélvico) y de masa corporal, fatiga inexplicable persistente, caída del vello pubiano, sequedad de la piel y descenso del sentimiento de bienestar (Braunstein, 2002).

B) Factores psicológicos

Las hormonas sexuales modulan la actividad de los neurotransmisores cerebrales y las fluctuaciones de los mismos ocasionando irritabilidad, mal humor, sentimientos negativos, pérdida de memoria, trastornos del sueño, dificultad de concentración y ansiedad. Pero obviamente no todo el peso de la situación puede ser achacado a los cambios hormonales, la mujer se encuentra en una fase de cambios físicos y psíquicos con aparición de señales de envejecimiento.

La menopausia con la pérdida de la capacidad reproductiva se convierte, a nivel simbólico, en el ocaso de la feminidad; dentro de un clima que anuncia la vejez, un tiempo de hacer balance de los 50 años de vida, de la estructura profesional y familiar.

El paso de los años y el cambio corporal debido al déficit hormonal origina sensación de pérdida de belleza. Además, el tipo de ocupación, la vida estresada, la ausencia de un proyecto distinto del reproductivo y el contexto vital serán factores determinantes.

Pero no todo es negativo, se trata de una época donde coexisten la pérdida del frecuente temor al embarazo, la mayoría de edad de los hijos y la disminución del trabajo doméstico, situaciones que facilitan la posibilidad de dedicar y disfrutar más tiempo del ocio y otras inquietudes, asimismo una nueva forma de vivir la sexualidad. La liberación de la responsabilidad materna es, en algunos casos, un acicate para emprender un nuevo estilo de vida más satisfactorio.

C) Factores interpersonales

1. Pareja: La sexualidad va a estar influida, en primer lugar, por la relación de pareja. Es común que al llegar a la menopausia se comparta la vida con una pareja de larga evolución, una situación que a nivel de compromiso puede ser sólida por los muchos

años compartidos pero, por el contrario, la larga duración se acompaña de disminución de la pasión y de la intimidad, no viéndose favorecida la atracción sexual. Al mismo tiempo es una etapa donde la pareja también se encuentra en un proceso de cambio y reflexión, de hecho, el segundo pico estadístico de separaciones se encuentre en torno a esta edad. Cuando existe atracción hacia la pareja y ésta mantiene una buena capacidad sexual (es una etapa de gran prevalencia de disfunciones sexuales para el hombre), la actividad erótica se mantiene.

Otro hecho que puede rodear a la mujer menopáusica es la ausencia de pareja y la dificultad para encontrar otra nueva, favorecida por la pérdida de la autoestima.

2.Familia: Las circunstancias dependientes de la familia frecuentemente alteran la calidad de vida en la menopausia como, por ejemplo, la sensación de nido vacío que algunas mujeres experimentan. Otras se ven afectadas por la intromisión permanente de hijos, ya mayores, que no tienen posibilidad de independizarse. En el mismo sentido, una nueva carga que influye negativamente, muy propia de tiempos recientes, es la vuelta a casa de hijos separados que optan por refugiarse en el regazo materno.

Un clásico contratiempo, propio de estas edades, es la atención dedicada al cuidado de las personas mayores. Es común tener que estar pendiente del estado de salud de los abuelos de la familia, y en algunos casos supone una ocupación que genera un gran agotamiento físico y psíquico.

3.Trabajo: En esta etapa, por lo general, se disfruta de una mayor disponibilidad económica junto con importante experiencia vital en todos los campos, situación propiciatoria de un estado anímico más favorable al sexo. Sin embargo, en los casos que acucian las dificultades laborales o económicas, la edad se convierte en un peso de difícil afrontamiento.

4.Relaciones sociales: Se ha comprobado que una buena red de apoyo social facilita el bienestar, es signo de salud mental y, por ende, abre camino a una sexualidad más saludable.

4.3.3. Respuesta sexual en la menopausia

Todos los factores antes mencionados intervienen directa o indirectamente en la respuesta sexual de la mujer menopáusica (ver figura 4.1), que en cierto sentido, es similar a la de la mujer premenopáusica pero con pequeñas modificaciones.

A) Excitación

Los cambios locales que se producen en los genitales y en las mamas (pliegues

vaginales finos, acortamiento de vagina, disminución de vascularización del clítoris, distensión del meato urinario), debido al descenso de estrógenos y de andrógenos modifican la respuesta excitatoria que se pone de manifiesto con una menor lubricación, por lo que se hace necesario un mayor tiempo de estimulación. En mujeres que mantienen una práctica masturbatoria regular, el cambio es menos manifiesto. De cualquier modo, mientras que antes de la menopausia, con un estímulo adecuado, se comenzaba a lubricar entre 10 y 30 segundos, ahora es necesario un intervalo de uno a tres minutos (Masters y Johnson, 1966).

El clítoris responde casi de igual manera que en la mujer premenopáusicas. Por el contrario las mamas cambian, especialmente en mujeres que han amamantado, aunque se conserva la erección del pezón y un discreto aumento de la areola, cambios que serán menores en mamas grandes y laxas.

B) Orgasmo

Al inicio de la menopausia comienza a haber mayor dificultad para alcanzar el orgasmo y menor intensidad de las contracciones de la plataforma orgásmica, resultando más dificultoso encontrar respuestas multiorgásmicas. En esta etapa es raro que se den más de cinco contracciones orgásmicas, mientras en la premenopausia es fácil llegar a 10. En algunas ocasiones se producen orgasmos dolorosos y aparece con frecuencia cierto nivel de incontinencia urinaria.

C) Resolución

Probablemente ésta sea la fase que mayores cambios presenta, pero que se resumen en un retardo de la vuelta al estado basal. Salvo la rubefacción de la piel, que es de menor intensidad y desaparece enseguida, la erección de los pezones y demás modificaciones pueden tardar hasta más de una hora en recobrar el estado inicial.

En suma, el 62% de las mujeres no manifiesta cambios en la actividad sexual durante la menopausia, frente a un 31% que refiere una disminución que relaciona con la menopausia natural, con la edad, con la sintomatología vasomotora, con los conflictos laborales y con pérdida del atractivo físico (Dennerstein, Koochaki, Barton y Graziontin, 2006). La disfunción sexual más frecuente, según estos mismos autores, es el deseo sexual hipoactivo que afecta al 29% de mujeres con menopausia quirúrgica y edades comprendidas entre 20 y 49 años, al 42% de mujeres con menopausia natural y edades entre 50 y 70, y a un 46% de quienes, con la misma edad, tienen menopausia quirúrgica. No obstante, la menopausia afecta a la sexualidad más que la edad.

A pesar de todo no existe una edad concreta en la que desaparezca el erotismo, la identidad sexual y la capacidad de enamoramiento. Las renunciaciones sexuales aceleran el proceso de envejecimiento y el aislamiento durante la senectud, mientras que una vida

sexual activa es muy importante para mantener un equilibrio psicofísico.

Según diversos estudios, las mujeres con terapia hormonal sustitutiva a base de estrógenos y/o andrógenos, comparadas con las no usuarias, tienen menos riesgo de disfunción sexual y mayor frecuencia de relaciones. En el mismo sentido, se ha comprobado que la tibolona mejora las relaciones sexuales en mayor medida que los estrógenos (Nijland, Schultz, Nathorst-Boas, Helmond, Van Lunsen et al., 2008).

La educación sexual es otro factor que disminuye el riesgo de aparición de trastornos sexuales en la menopausia, que se ven incrementados por la disfunción sexual de la pareja, es decir, la disfunción eréctil del compañero triplica el riesgo de disfunción sexual en la mujer.

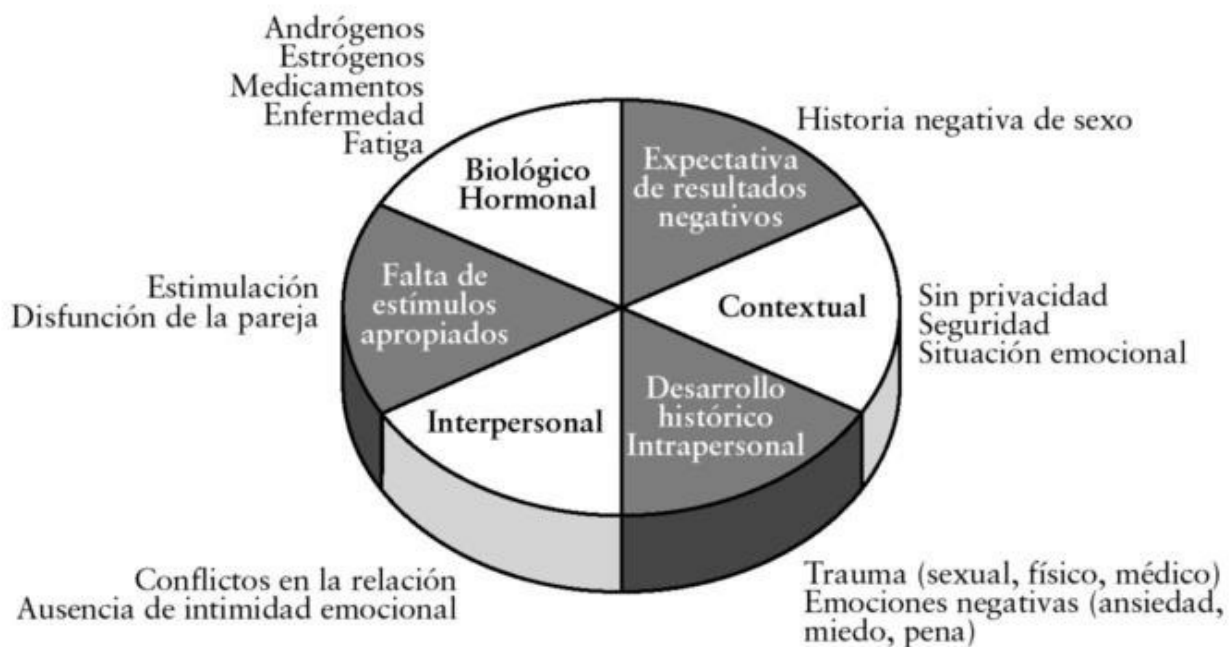


Figura 4.1. Factores intervinientes en la sexualidad de la mujer menopáusica.

En definitiva, los factores más significativos que afectan a la respuesta sexual femenina son la situación sexual y satisfacción anterior a la menopausia, los sentimientos hacia el compañero y los niveles hormonales (Dennerstein, Leher y Burger, 2005).

4.4. Sexualidad y envejecimiento

Se ha estudiado mucho la sexualidad del adulto, la adolescencia, la menopausia e incluso la niñez, pero la investigación sobre personas mayores ha surgido recientemente; ha sido la presión demográfica la responsable de ello. Así, a quienes denominamos "gente mayor", por aquello de acabar con términos vejatorios como seniles o viejos, constituyen entre un cuarto y un quinto de la población en las primeras décadas del siglo xxi. Si en el

año 1900 la perspectiva de vida de las mujeres era de 35,7 años y 33,9 para los hombres, cien años después, en 2000, era de 82,5 años para las mujeres y 76,9 para los hombres. Las previsiones para 2010 son de 83,1 y 76,9 para los hombres (INE, 2008).

La vejez se siente como un castigo divino, incluso en el ámbito sanitario donde se supone que el personal debiera estar más sensibilizado, es frecuente escuchar "a su edad que querrá" o "son cosas de la edad", como si la edad fuese en sí misma una enfermedad.

La visión negativa de la vejez es una cuestión cultural, de forma que haciendo referencia a puntos extremos, los africanos Dinka y los esquimales Yakuts eliminan a las personas mayores en cuanto consideran que no pueden ser útiles a la sociedad. Es mucho mejor envejecer en las ya extintas reservas americanas de los indios navajo o en las islas Aleutianas, donde el respeto y consideración al envejecimiento, junto con excelentes cuidados, se prodigan entre esas gentes.

El concepto de vejez, que se identifica con el colectivo de personas de más edad, no puede ser definido técnicamente en términos cuantitativos. Es imposible establecer un corte de edad a partir del cual una persona deba ser considerada vieja. No obstante, no existe duda acerca de que el proceso de envejecer se inicia con el nacimiento, aunque hay quien lo sitúa en torno a los 30 años, a partir del momento en que se ha alcanzado la plenitud y los fenómenos catabólicos empiezan a dominar sobre los anabólicos.

De forma natural el envejecimiento va acompañado de pérdida de vitalidad, que ha sido definida como la incapacidad progresiva que tiene el organismo para realizar correctamente sus funciones biológicas. El proceso de envejecer conlleva un deterioro progresivo de las funciones fisiológicas y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad. Las pérdidas funcionales en los distintos órganos y sistemas se producen de una manera muy diferente en cuanto a intensidad y cadencia de unos casos a otros, existiendo también una gran variabilidad individual.

Cuando aumentan los requerimientos, como ocurre en las situaciones de sobrecarga funcional, la pérdida de vitalidad se hace más evidente y, en último término, genera una incapacidad para mantener la homeostasia en situaciones de estrés fisiológico. Alrededor del 25-30% de los factores condicionantes de la duración de la vida están genéticamente determinados, mientras que los restantes 70-75%, guardan una estrecha relación con los hábitos de vida: actitud mental positiva, relaciones humanas ricas, aceptación de las propias limitaciones, hábitos saludables de alimentación, actividad física, etc. (Fries, 1989).

Hay que tener en cuenta que el envejecimiento conlleva un deterioro cognitivo que se inicia a los 45 años aunque autores más optimistas lo sitúan en los 65. Como consecuencia, existe una menor capacidad para la resolución de problemas, lo que facilita

el aislamiento y la retirada de la sociedad. También aumentan la tristeza y los estados depresivos. El bajo estado de ánimo que aparece durante el envejecimiento es fácil de explicar desde la perspectiva de género; para el hombre la pérdida de capacidades en sus múltiples vertientes (económico, laboral, etc.), así como el declive en su respuesta sexual, van a ser factores determinantes. Se puede decir que al igual que nuestros mamíferos cercanos, pierden la sensación de poder cuando disminuye la capacidad sexual.

Se ha comprobado que los varones con creencias tradicionales sobre la virilidad tenían más probabilidades de mantener hábitos nocivos de salud con respecto a los no tradicionales y sufrían mayores tasas de depresión y estrés psicológico.

Esto es especialmente lamentable en una cultura como la nuestra donde existen unos mitos relacionados con la sexualidad del mayor, que según Hotvedt (1983) se pueden resumir de la siguiente forma:

- Las personas de edad no son sexualmente deseables.
- Las personas de edad no tienen deseo sexual.
- Las personas de edad no son sexualmente capaces.

En este ambiente es difícil mantener el ánimo cuando comienza el declive de la sexualidad. Bien es sabido que la respuesta sexual se deteriora con la edad, triplicándose la prevalencia de disfunciones sexuales en varones entre 40 y 70 años (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, 1994) y existe sobrada evidencia científica de la relación entre disfunciones sexuales, depresión y calidad de vida.

No obstante, la respuesta sexual de la persona mayor experimenta cambios pero no necesariamente está abocada al campo de lo disfuncional, es decir, cuando una persona mayor independientemente de la edad, presenta una disfunción sexual, habrá que diagnosticar la etiología del trastorno, porque la edad, en sí misma, no es un factor etiológico. Una persona sana tendrá una respuesta excitatoria enlentecida frente a estadios anteriores y un período refractario más largo, pero podrá llevar a cabo su sexualidad de forma saludable.

Los cambios experimentados se deben a múltiples factores, destacando dos en particular: la pérdida de la vascularización con un deterioro progresivo de los endotelios, que conlleva déficit circulatorio en los genitales, además de disminución del óxido nítrico y, por otro lado, el paulatino descenso de la producción androgénica, fenómeno cada día mejor conocido tanto en el hombre como en la mujer.

Los niveles de andrógenos disminuyen a partir de los 30 a 40 años, especialmente los valores de testosterona biodisponible. Esta situación influye en el deseo sexual y en la

función eréctil que el varón, desde la perspectiva catastrofista del medio, va a acrecentar psico lógicamente, dando como resultado una respuesta insatisfactoria que facilita la evitación sexual y la pérdida de comunicación con la pareja.

El déficit hormonal es uno de los factores que puede influir en el estado del humor, debido a la actuación de los andrógenos en la neurotransmisión cerebral de la serotonina. Se ha visto que pacientes con descenso de testosterona que recibieron tratamiento con testosterona demostraron una mejoría de la capacidad cognitiva, de la fatiga, de los trastornos del sueño y en los tests de memoria (Janowski, Ovita y Orwoll, 1994; Comhaire, 2001).

Lo antedicho no presupone que exista un corte de edad en el cual la sexualidad desaparezca o comience un declive. Cuando se hace un repaso bibliográfico independientemente de la calidad de los estudios y los cortes de edad muestreados, lo primero que se pone en evidencia es la alta variabilidad de las respuestas. Medir las conductas sexuales de las personas mayores aporta escasas conclusiones ya que la sexualidad de los mayores de ahora en absoluto predice la sexualidad de los mayores de dentro de 20 años. Sin embargo el repaso a las cifras que aporta la bibliografía sirve para objetivar que son muchas las variables que intervienen en la respuesta sexual del mayor.

Se está hablando de un momento de la vida donde hay una mayor debilidad física y, en general, es preciso tomar diferentes medicaciones para afrontar enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, etc. Un tiempo en el cual se ha reorganizado la actividad, y quienes tienen un buen entorno familiar podrán suplir la jubilación con el ocio y cuidado de los nietos, pero gran parte de las personas mayores sufren largos períodos de soledad, ya sea por separación o viudedad.

En todo caso es una etapa de reorganización vital donde se hace necesario adaptarse a unos recursos económicos inferiores a los previos a la jubilación y con una visión de la vida que no siempre raya el optimismo (momento donde muchos mayores consideran que han desperdiciado su vida).

4.4.1. Conductas sexuales

Este contexto no facilita las relaciones sexuales pero cuando se evalúa de forma longitudinal, un 15% de los mayores manifiesta haber mejorado su satisfacción sexual (George y Weiler, 1981) y los dos factores que más influyen en la frecuencia de la actividad sexual son la relación de pareja y el estado de salud. Al igual que en la menopausia el mejor predictor de las conductas sexuales en la vejez es la sexualidad previa. De tal forma, después de los 70 años tienen actividad sexual el 18% de las mujeres y el 41 % de los hombres (Smith, Mulhall, Monaghan y Reid, 2007). Más del 50% señalan tener deseo sexual y mantener relaciones sexuales con una frecuencia media de 4 al mes (Papaharitou, Nakopoulou, Kirana, Giaglis, Moraitou et al., 2008). Se

masturban el 45,8% de los hombres mayores de 80 años y el 34,5% de las mujeres. No obstante, el aumento de edad correlaciona con una disminución de todo tipo de conductas sexuales, especialmente del sexo oral (DeLamater y Moorman, 2007).

Un trabajo reciente, llevado a cabo con población española a partir de los 50, donde el 55% de la muestra está compuesta por mayores de 70 años, pone de manifiesto que "el sexo fue muy importante en mi vida" para el 91,7% y el sexo "ahora es muy importante en mi vida" para el 79,2%. Entre estos hombres, el 74,5% manifiesta que la frecuencia sexual ideal es de 1 a 3 por semana y un 86,4% está en desacuerdo con que el interés sexual desaparece con la edad. Las mujeres de la misma edad piensan, un 70%, que "la sexualidad es una necesidad a lo largo de toda la vida", un 66,4% que "la sexualidad de los mayores es beneficiosa para la salud". Consideran que "el sexo fue muy importante en mi vida" un 74,5%, que ahora, en este momento, "el sexo es muy importante en mi vida" el 57,9% y como frecuencia sexual ideal, el 44,4% piensa que debiera ser de una a tres veces por semana (Primo, Elorduy y Martínez de la Fuente, 2006).

4.4.2. Respuesta sexual

A consecuencia de los factores antes mencionados, la respuesta sexual cambia con el paso del tiempo.

Según Masters y Johnson (1966) los hombres al final de los cincuenta y principios de los sesenta pueden tardar de 12 a 24 horas en recuperar una erección después de la eyaculación. Quienes recuperan la erección no suelen tener urgencia eyaculatoria a pesar de sentirse satisfechos. A nivel extragenital es infrecuente la erección del pezón y el rubor sexual, y también decrecen las contracciones anales durante el orgasmo.

En suma, la sexualidad de las personas mayores presenta cambios pero no desaparece con la edad y quienes mantienen una sexualidad saludable manifiestan mejor calidad de vida, mayores niveles de socialización, mantenimiento de la actividad en general y buenos marcadores de salud.

5

Variabilidad en la expresión de la sexualidad

Uno de los grandes mitos sexuales consiste en entender la sexualidad como algo único, con unos límites fuera de los cuales todo es patología. Lo cierto es que no se debería nunca hablar de sexualidad sino de sexualidades. El objetivo de este capítulo es revisar, de forma sucinta, algunas de las muchas formas en las que la sexualidad/sexualidades se expresan, examinando las múltiples posibilidades que tiene de manifestarse la sexualidad humana.

Sirva como ejemplo de la gran variabilidad, los distintos objetivos que puede tener una simple relación sexual coital con una pareja (Giraldo, 2002):

- Una simple descarga fisiológica en un momento de alto deseo sexual.
- Una relación sexual cuyo objetivo es incrementar el ego, en mayor proporción que recibir satisfacción sexual.
- Relación por el simple hecho de recibir placer entre dos personas que se atraen.
- Relación afectiva entre dos personas que se quieren.

Aparte de la variedad de objetivos, existen infinidad de formas de vivir la sexualidad: sin pareja, con múltiples parejas, con parejas del mismo sexo, con conductas sexuales expresadas individualmente, en sueños, etc.

S.i. Expresión individual de la sexualidad

5.1.1. Fantasías sexuales

La recreación sexual se puede conseguir con el uso de la capacidad de simbolización a través de la imaginación, para ello se pueden usar fantasías, lecturas, fotos, películas, internet, etc. En suma, el pensamiento es una herramienta fundamental de la sexualidad humana. Una de las posibilidades de vivir la sexualidad desde la imaginación y el pensamiento es por medio de las fantasías eróticas, las cuales resultan de vital importancia para el desencadenamiento de la respuesta sexual y como experiencia en sí mismas.

Se ha hablado de fantasías en los capítulos referidos a la respuesta sexual, dejando constancia de que para tener deseo hace falta una buena disposición emocional y afectiva, que estén en orden los niveles hormonales y ciertos neurotransmisores en equilibrio; además de adecuados inductores del deseo. Justamente este es el papel más importante de la fantasía, actuar como inductor interno del deseo, de ahí, que un 95% de mujeres y hombres realicen fantasías sexuales (Leotenberg y Hennin, 1995).

La fantasía sexual es una especie de ensoñación que permite al individuo escapar brevemente de la realidad, imaginando situaciones sexuales que nunca va a experimentar o que le gustaría llevar a cabo en algún momento de su vida. Al analizar la respuesta sexual se observó que había diferentes tipos de fantasías: espontáneas y a corto plazo. Otra forma de clasificar las fantasías es a través de los contenidos en dominancia, sumisión, placer sexual y deseo. Entre los hombres las fantasías con contenidos de dominancia predominan sobre las mujeres (Zurbriggen y Yost, 2004). Ellas suelen fantasear que son el objeto del deseo de otra persona, mientras los hombres heterosexuales se imaginan protagonizando un explosivo encuentro sexual con una atractiva mujer.

Los hombres que más habitualmente recurren al uso de fantasías eróticas manifiestan un mayor control de la latencia eyaculatoria, adoptan un papel más activo en la relación sexual y prefieren la penetración posterior. También les resulta más sugerente que la pareja no se encuentre totalmente desnuda y han tenido más posibilidad de conductas homoeróticas a lo largo de la vida (Crepault y Couture, 1980).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se clasifican las fantasías, con vistas a la intervención terapéutica, en:

1. Vinculares: donde se piensa en distintos escenarios y formas variadas de contactar con la persona con la que se mantiene un vínculo afectivo (la propia pareja como más habitual). Pueden subdividirse en dos tipos, pensamientos acerca de actividades y conductas sexuales deseadas que no son llevadas a la práctica y recordatorios de experiencias previas satisfactorias especialmente adornados.
2. Extravinculares: basadas en parejas distintas a la habitual. Este tipo de fantasías, en el caso de las mujeres, suelen ser muy noveladas.
3. Crupales: se incluyen aquí todas las fantasías de contenido orgiástico, mucho más frecuentes en varones. Dentro de este apartado se incluiría la fantasía de imaginar a la propia pareja teniendo relaciones sexuales con otra persona, contenido muy común en hombres que padecen disfunción eréctil.
4. Homoeróticas: son fantasías muy frecuentes en hombres y mujeres donde se evocan conductas sexuales con personas del mismo sexo. Este tipo de fantasías producen

miedo en algunas personas que temen "convertirse" en homosexuales.

5. Parafilias: en este apartado se incluirían los contenidos temáticos relacionados con las parafilias, por ejemplo, relaciones con menores, sdomasochistas, fetichistas, etc.

6. Pseudoagresiones: se incluirían aquí las fantasías, generalmente muy noveladas, donde una persona se siente atacada sexualmente por otra a la que admira, quiere o le gusta y por la que, en sentido fantaseado, le encantaría ser agredida.

Como se ha señalado con anterioridad las fantasías sirven como inductoras internas del deseo, pero no es la única función. Las fantasías son fundamentales o al menos ayudan en los siguientes aspectos:

- En la preparación durante la adolescencia, donde la fantasía cumple una misión de facilitación del aprendizaje ya que se imaginan las futuras vivencias. Este aspecto resulta de vital importancia si se tiene en cuenta que una característica común de personas que presentan disfunciones sexuales es el no haber experimentado fantasías.
- Mecanismo de placer per se. La fantasía puede ser usada para el disfrute propio como una forma más de sentir placer.
- Para inducir o aumentar la excitación, bien para mejorar una respuesta sexual saludable o como mecanismo para compensar una respuesta pobre debido a inductores externos del deseo poco apetecibles (pareja de larga duración, mala relación de pareja, etc.).
- Como distracción cognitiva en respuestas sexuales patológicas. Hace unos años se demostró que una de las mejores estrategias para disminuir la ansiedad de ejecución en personas con una sexualidad disfuncional era la "distracción cognitiva" que aparta de la mente el estímulo ansiógeno. Obviamente la única distracción frente a un estímulo aversivo, que puede seguir manteniendo un estado de excitabilidad, es la fantasía erótica. De ahí que el trabajo con fantasías sea una herramienta habitual en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

En resumen, las fantasías funcionan como estímulo sexual, como respuesta sexual o ambas cosas al mismo tiempo.

5.1.2. Pornografía

Margaret Mead (1939) definía la pornografía como "el intento de estimular los sentimientos sexuales independientemente de la presencia de otra persona amada y elegida". Mosher (1971) la define como "un producto comercial en forma de una

representación fantasiosa que busca producir y acrecentar la excitación sexual'. En el mismo sentido, refuerza Soble (1986), pornografía es un producto "... literatura, vídeo, filme o forma de arte tecnológico que describe o muestra los órganos sexuales y predispone/ favorece la actividad sexual de tal manera que produce un goce o disfrute sexual en el usuario".

Históricamente siempre han existido representaciones de todo tipo de actos sexuales que serían difíciles de distinguir de la pornografía actual y a los que se ha querido atribuir una función política (p. ej., ridiculizar a curas o nobles poniéndoles en posturas humillantes) o religiosa. Por el contrario, a partir del siglo XIX, su función se habría convertido únicamente en activar la excitación. Para Guimón (2004), "mientras las representaciones lascivas fueron contempladas sólo por la élite en sus salones privados, no existió la pornografía, pero cuando comenzaron a disfrutarlas los más pobres, fueron prohibidas con el pretexto de que serían peligrosas o repugnantes. En realidad porque fueron consideradas como potencialmente subversivas del orden establecido".

Los actuales detractores de la pornografía comienzan la lucha antipornográfica con el difícil y vano objetivo de diferenciar entre erotismo y pornografía. El erotismo sería más estilístico y sugerente mientras la pornografía es más explícita, cosificando a las personas que participan y pretendiendo provocar la excitación lo más rápidamente posible.

Si bien se podrían catalogar como eróticas aquellas representaciones donde los personajes se muestran vestidos y no fragmentados, y pornográficos cuando las tomas son de áreas concretas; lo cierto es, que tanto las sensaciones que activa el erotismo como la pornografía son sumamente subjetivas, de forma que para unos será erótico lo que para otros será pornográfico, dependiendo del tamaño de las tijeras de corte de la censura mental.

Los argumentos de los detractores de la pornografía son los siguientes:

- La pornografía atenta contra los derechos humanos por la cosificación que promulga de algo que debiera pertenecer al campo de los afectos, degradando las relaciones humanas. En esta misma línea se han basado ciertos grupos feministas que entienden la pornografía como una forma más de utilización de la mujer como un objeto. Fue por ello que parte de los movimientos feministas americanos apoyaron electoralmente al conservador Reagan por la lucha encarnizada que emprendió contra la pornografía.
- Otro punto fuerte de oposición a la pornografía es el efecto corruptor sobre los consumidores, especialmente los jóvenes. Destacados personajes como Henry Ford desatarían complejas campañas internacionales basadas en la convicción de que la producción y distribución de pornografía debilita las energías de los jóvenes.

- Aumenta la violencia y promueve las agresiones sexuales. De hecho se le ha llegado a atribuir el incremento de violaciones en algunos países.

Por desgracia, los trabajos con base empírica llevados a cabo para valorar ventajas o inconvenientes de la pornografía, se atienden escasamente a metodologías fiables. En todo caso, la comisión nombrada por el presidente norteamericano Johnson no encontró relación causal entre la pornografía y las violaciones u otras agresiones sexuales. Entre los trabajos consultados se puso de manifiesto que el perfil del violador conlleva la existencia de padres violentos y represivos, y desaprobación de la libertad sexual de las mujeres, pero no incluía el consumo de pornografía (Goldstein, Kant y Hartman, 1973).

Otros autores han señalado una disminución de agresiones sexuales en correlación a una legislación tolerante sobre pornografía (Dinamarca, Estados Unidos, Suecia, Inglaterra y Japón) y asimismo, la actitud hacia la mujer de los consumidores de pornografía era más respetuosa que la de los no consumidores (Kutchinsky, 1972; Diamond y Burns, 1999).

Por el contrario, la comisión ordenada por Reagan concluyó que la pornografía favorece los comportamientos antisociales, aunque reconoció que tal conclusión no estaba apoyada por datos empíricos.

En un metaanálisis llevado a cabo por Malamuth, Addison y Koss (2000), con una muestra de estadounidenses, fueron obtenidas las siguientes conclusiones:

- Existe relación entre el consumo de pornografía y una mayor actividad sexual.
- No está demostrado que, incluso con un consumo excesivo, exista relación entre pornografía y agresividad.
- En-hombres-con agresividad sexual, la pornografía puede reforzar las conductas.

En resumen, las pocas pruebas que apoyan el peligro de la pornografía no son científicamente definitivas por lo que las opiniones al respecto tienden a ser de carácter moralista.

El consumidor de pornografía, según el "Informe Longford", parece tener un perfil masculino, preferentemente entre los 18 y los 35 años, urbano y sin distinción de clase social. En cuanto a las diferencias de género, los hombres consumen más pornografía y comien-

zan a menor edad que las mujeres. Las mujeres utilizan más la pornografía cuando tienen pareja estable a diferencia de los hombres. Los hombres utilizan más la pornografía en compañía de amigos mientras las mujeres la utilizan más en pareja.

No se encontraron diferencias significativas respecto al lugar donde se utiliza la pornografía, que suele ser el propio hogar. Si se hallaron diferencias en cuanto al tipo, ya que suele ser más dura en el caso de los hombres (Hald, 2006).

5.1.3. Autoestimulación

Es el nombre que se le aplica en terapia sexual a la masturbación con la finalidad de quitarle connotaciones religiosas, también se le denomina autoerotismo y onanismo.

Etimológicamente puede proceder del latín manus stuprare, que significa cometer con las manos estupro contra uno mismo, o del griego mecea turba, que significa excitar el pene.

La masturbación es una conducta sexual muy frecuente que no es exclusiva de la raza humana, habiéndose observado que gran parte de los mamíferos se masturban (delfín, puercoespín, primates, perros, gatos, etc.).

Hay tantas definiciones de la masturbación como autores han hablado de ella. A continuación se exponen dos de especial relevancia. La primera, por su valor histórico y su plena vigencia y la segunda por ser comúnmente aceptada:

Conjunto de fenómenos de emoción sexual espontánea, engendrada con ausencia de un estímulo exterior, procedente, directa o indirectamente, de otra persona (Ellis, 1913).

Toda forma de autoplacer sexual obtenido mediante cualquier tipo de estimulación física directa (Masters, Johnson y Kolodny, 1982).

Por motivos que no viene a cuento analizar en este texto, la masturbación ha sido más denostada aún que la pornografía. Históricamente siguiendo a Masters, Johnson y Kolodny (1982) caben destacar algunas anotaciones señaladas por ellos:

- Hipócrates considera que la masturbación produce la consunción de la médula espinal y es una enfermedad, inaugurando así una larga tradición médica a la hora de analizar la masturbación como algo muy pernicioso.
- El cristianismo retoma la tradición hebrea y condena la masturbación (junto con todo tipo de relaciones sexuales cuya finalidad no sea la procreación). Destacar que santo Tomás de Aquino considera la masturbación pecado no natural, siendo por ello peor que los pecados naturales (entre los que se encuentran el incesto, la violación, la prostitución, etc.).
- En el siglo xviii, la visión tan negativa que se tenía de esta práctica se ve reflejada en multitud de libros de la época que así lo atestiguan, tales como "Onania or the awfull

sin of the self-pollution" (Bekker, 1710) o el que más repercusión tuvo en la época: "El Onanismo. Tratado sobre los desórdenes que produce la polución" (Tissot, 1758). Este autor suizo ejerció una gran influencia sobre la Medicina. Según sus teorías, la masturbación provocaba el "reblandecimiento cerebral", conduciendo irremisiblemente hacia todo tipo de demencias y, en última instancia, a la muerte por agotamiento. Ante este panorama, se idearon toda una serie de "curas" que iban desde los métodos mecánicos que impedían tocarse los genitales, hasta la cauterización, pasando por el sangrado genital con sanguijuelas. También se popularizaron mucho las restricciones alimentarias, prohibiéndose todo aquello que "recordaba" de lejos cualquier órgano o fluido sexual (espárragos, mahonesa, huevos, mariscos, productos lácteos, etc.).

- En la obra del médico forense Kraft-Ebing, se cita la masturbación como causa etiológica de la homosexualidad. La "cura" de esta última consistía, lógicamente, en prohibir a los homosexuales que se masturbaran.
- Con Charcot y Kraepelin, en el siglo xix, la masturbación pasa de ser causa a síntoma de enfermedades mentales, como la neurastenia, enfermedad de moda en la época.
- En el siglo xx empieza, por fin, a cambiar la percepción sobre la masturbación. Havellock Ellis acuña el término "autoerotismo", considerando a la masturbación como algo positivo y relajante.

Otros autores, entre los que destaca Freud, consideran la masturbación normal en la infancia y síntoma de inmadurez en la edad adulta. Esta creencia, hasta cierto punto, se mantiene en la actualidad habiendo muchas personas y, entre ellas, destacados profesionales que siguen considerando la masturbación simplemente como un sustitutorio de otro tipo de relaciones sexuales. También es negativa la visión de Freud sobre la masturbación femenina, ya que, al ser el orgasmo clitorideo, indica inmadurez. No obstante, también hay que admitir que el trabajo de Freud permitió que se hablase abiertamente de la masturbación y de la sexualidad en general.

Cabe señalar, por último, que fue en 1928 cuando la Sociedad Psicoanalítica de Viena descartó, tras años de estudio, la existencia de una relación entre la masturbación y las enfermedades mentales por "falta de pruebas".

No obstante, con estos antecedentes se han ido configurando una serie de creencias erróneas en torno a la masturbación, algunas de las cuales persisten todavía:

- Causa de todo tipo de enfermedades.
- Tiene un efecto negativo sobre la respuesta sexual del adulto.

- Es muy frecuente la masturbación compulsiva.
- Típica de la inmadurez, de la infancia, de la soltería, etc., por tanto, el deseo de masturbarse debe desaparecer cuando se forma pareja.
- Sustituta del coito, los orgasmos experimentados con la masturbación son inferiores a los que procura el acto sexual.
- La masturbación es algo privado, para hacer en soledad, para no compartir. Partiendo de esta idea también se concluye que quienes se masturban promueven el egoísmo.
- Sólo se masturba la gente solitaria, aislada o inadecuada.
- Los hombres se masturban, pero las mujeres no sienten deseos de ello, o no lo necesitan.
- La masturbación femenina está mucho peor vista y detrás de ella es normal encontrar a una "enferma o viciosa".

Afortunadamente el conocimiento y la investigación han puesto de manifiesto que la masturbación es beneficiosa para:

- Incrementar la capacidad de explorar y aprender acerca del propio erotismo.
- Se aprende a valorar los genitales y a disfrutar de la propia excitación facilitando la integración del esquema corporal, viviendo el cuerpo de forma positiva y como fuente de placer.
- Como consecuencia del autoerotismo se consigue un efecto relajante. La masturbación ayuda a aliviar tensiones sexuales, fisiológicas y psicológicas.
- También se produce un efecto positivo sobre el desarrollo físico, psicosexual, cognitivo, emocional, amoroso y social.
- La autoestimulación es una herramienta imprescindible en terapia sexual, de hecho, se emplea en el tratamiento de casi todas las disfunciones sexuales.
- La masturbación mantiene los genitales en buen funcionamiento. A las mujeres les permite tener entrenados los mecanismos de la lubricación. El orgasmo les ayuda a aliviar la tensión menstrual y la congestión pelviana. En el caso de los hombres, la masturbación mantiene en funcionamiento los reflejos de la erección y la eyaculación manteniendo el trofismo genital.

Son muchas las investigaciones que se han ocupado de la masturbación. De entre

ellas cabe destacar que desde muy antiguo, concretamente desde los estudios de Kinsey (1948 y 1953) se conoce que la masturbación está muy difundida. En aquella época supuso una contrariedad importante para los detractores de esta conducta al comprobarse que el 95% de los hombres y el 63% de las mujeres se había masturbado en alguna ocasión.

En nuestro medio la masturbación es práctica habitual del 46,29% de las mujeres y 99% de los hombres, comenzando los chicos a los 14 y las chicas a los 16 años (Lasheras, Cuñé, Bautista y Farré, 2005).

En Estados Unidos, se masturbaron el año precedente, el 38% de las mujeres y el 61% de los hombres, resultando menos frecuente entre la raza negra. Entre las variables que facilitaban la práctica estaban: buena salud, contactos sexuales prepuberales, frecuencia de pensamientos eróticos y atracción por variar las formas de experimentar la sexualidad. Las mujeres con larga historia de pareja estable utilizan la autoestimulación con más frecuencia. Los hombres son más proclives cuando pierden una relación, y ambos se masturban menos si profesan la religión de forma estricta (Das, 2007).

Para los hombres, las formas habituales de masturbación son: estimulación manual del pene (82%), restregarse (15%), presión en muslos (1%), masaje irrigatorio (0,5%) y el mismo porcentaje para la autofelación (Masters, Johnson y Kolodny, 1982); en tiempos recientes se va haciendo frecuente el uso de vaginas artificiales de látex con y sin motor vibrador, amén de otros juguetes eróticos.

Entre las mujeres resulta usual el frotamiento manual clítoris/vulva (48%), vibrador (26%), inserción (10%), frotación con algún objeto (6%), un 4% para presión en los muslos y masaje irrigatorio, generalmente en la ducha (Masters, Johnson y Kolodny, 1982). La utilización de vibradores aumenta día a día debido a los nuevos avances tecnológicos en ese terreno, con dildos más ajustados anatómicamente y mayor intensidad de vibración.

En suma, la autoestimulación es fundamental en el desarrollo psicosexual y se puede convertir en una vía de crecimiento y conocimiento personal, además de servir como medida terapéutica para las personas que presentan disfunciones sexuales.

Existen otras maneras de expresar la sexualidad de forma individual (como juguetes eróticos, cibersexo, etc.).

5.2. Expresión compartida de la sexualidad

Todavía hoy día, para personas religiosas y erotofóbicas la única forma "auténtica" de sexualidad es la que se comparte con una pareja con la que se ha establecido un vínculo legal, siendo todo lo demás pecado o perversión, a pesar de que ya en 1970 el 75% de

las parejas habían experimentado relaciones coitales premaritales. Pero la realidad es obtusa y pone al descubierto mil y una formas de experimentar la sexualidad. Así, entre las múltiples maneras podemos encontrar:

- Sexualidad con una persona: puede ser del mismo sexo o del sexo opuesto. A su vez puede haber sido elegida por amor o por otras motivaciones (puede ser una relación comercial, amistosa, interesada, etc.).
- Sexualidad con varias personas: tríos, troilismo, orgías, gang bang, swingers, poliamores, bukkake, etc.

La mayor parte del libro se refiere a la expresión de la sexualidad con una persona, es decir, a las relaciones heterosexuales - que suponen aproximadamente el 90% de las prácticas sexuales - y también a la homosexualidad, lesbianismo y bisexualidad que serán tratadas en el capítulo siguiente. En este apartado, se hará referencia de forma resumida a algunas de las diferentes posibilidades de relacionarse sexualmente con más de una persona.

5.2.1. Troilismo

También denominado triolismo, según Álvarez Gayou (1996) "consiste en compartir a la pareja con otra persona mientras se observa el coito". Aunque no existen datos de la frecuencia de esta práctica, el número de aficionados a esta conducta debe ser muy abundante, a tenor de la amplia oferta de gente dispuesta que se puede encontrar en internet.

En la práctica clínica se observa que las fantasías con temática troilista son raras en mujeres y muy frecuentes en varones, especialmente entre quienes padecen problemas de erección. No obstante, la mayoría de las personas que utilizan el troilismo como fuente de satisfacción, no tienen ningún tipo de problema, resultando la práctica una forma más de fomentar el placer para personas erotofílicas.

5.2.3. Intercambio de pareja: Swinging

No se conoce la incidencia, pero debe ser un número considerable dado que existen unos 600 locales de intercambio en Europa y 400 en EE UU. La palabra swinger tiene sus orígenes en los años 70 y desde hace algún tiempo el término le ha parecido peyorativo, sobre todo, a las personas de habla inglesa, por lo que quienes hacen uso de esta práctica tienden a usar "Life Styler".

El intercambio de pareja, como su nombre indica, consiste en darse permiso para tener relaciones sexuales con otras parejas. Para algunas personas es un hecho puntual con una pareja de amigos o de desconocidos, pero para la mayoría de quienes se

consideran swingers se trata de un estilo de vida.

Gilmartin (1975) sostiene que el swinger es una persona que "posee la capacidad de disociar, tanto intelectual como emocionalmente, el concepto de sexo centrado en la persona del concepto de sexo centrado en el cuerpo". El comportamiento sexual, llevado a cabo en el contexto de una fiesta, es algo puramente centrado en el cuerpo y no amenaza la integridad ni la estabilidad de la relación conyugal.

Las conductas de intercambio se agrupan en dos tipos, el "intercambio suave", donde se emplea cualquier tipo de comportamiento sexual con otra pareja en el mismo espacio físico, actividad que permite algún tipo de comunicación visual entre quienes participan, y el "intercambio total", cuando las parejas que intercambian se mueven en espacios físicos distintos como otra habitación o momento, no siendo posible ver las actividades que desempeñan (para algunos esto debiera considerarse 'pareja abierta' y no exactamente swinger).

Dentro del colectivo que defiende el estilo de vida swinger se considera necesario reunir las siguientes características:

- Intentar evitar la celotipia, creen que las relaciones monógamas están basadas en la aceptación irreflexiva de mandatos sociales y religiosos irracionales, y nocivos tales como la posesividad, la dependencia y los celos, por lo que hay que luchar para superarlos.
- Generalmente no permiten la participación de personas sin pareja. Les interesa que quienes intercambian se encuentren en una relación estable y no pretendan separarse.
- Se prohíbe el enamoramiento y aunque se permiten expresiones de cariño, suele estar muy mal visto decir "te quiero" dentro del colectivo swinger.
- Son comunes las fiestas con desconocidos, aunque se prefieren personas que conforman un círculo cercano más proclive a generar un ambiente de confianza.
- No consideran swingers y, en ciertos grupos, no son bien aceptadas las personas de orientación homosexual.

Al comparar con los no swingers, se observa que las relaciones sexuales en pareja de quienes intercambian son más frecuentes, y son especialmente intensas, justo los días siguientes después de haber tenido un encuentro de intercambio.

Un 23% de los swingers tienen más de seis relaciones coitales a la semana con la propia pareja frente al 2% de los no swingers. El 32% cuatro relaciones coitales frente al 14% de los no swingers. Dentro de los practicantes de intercambio de pareja hay una

elevada incidencia de orientación bisexual y la infidelidad, al contrario de lo que se pudiera pensar, es menor que la de los grupos control.

En las décadas de los 70 y 80 el estilo de vida swinger era puesto de manifiesto en los denominados bares o clubes de intercambio, lugares muy selectos desde el punto de vista intelectual. Hoy día los encuentros se negocian a través de Internet y ese tipo de locales han cambiado y son denominados pubs o clubes "liberales", donde la mayoría de la clientela no necesariamente está inmersa en la ideología y "estilo de vida" swinger, sino que usa los locales como fórmula de experimentación sexual en un ambiente donde se organizan juegos eróticos, "Gang Bang" (encuentro sexual de más de tres personas donde una persona tiene un papel más activo que el resto y tiene relaciones sexuales secuencialmente con todos los participantes), striptease, etc. Para los más fundamentalistas del colectivo swinger, actualmente este tipo de locales no reflejan la esencia de su estilo de vida.

5.2.4. Poliamor

El poliamor, que en algunos textos también se denomina "poliamoría", es a veces confundido, por gente no experta, con el intercambio de parejas y aunque existen algunos puntos en común, las diferencias son notables.

Consiste en tener más de una relación afectivo-sexual simultánea, con el conocimiento y consentimiento de todas las personas implicadas. Los poliamorosos argumentan que el amor no disminuye por querer a varias personas, de la misma manera que una madre quiere por igual a varios hijos, y entienden que es un valor en sí mismo, que enriquece en vez de debilitar la relación.

A diferencia de los swingers lo más importante es el vínculo amoroso, de hecho en el colectivo "poli" no se organizan fiestas eróticas y tienden a considerar a los swingers como gente poco seria y sin principios. Esto no significa la ausencia de sexo, sino que es importante la "polifidelidad", es decir, sólo hay relaciones sexuales con las personas amadas, excluyendo a aquellos con los que no existe un vínculo afectivo.

Mientras los swingers mantienen como principio la ausencia de compromiso, para los poliamores el compromiso es vital, aunque no pueda ser de la misma intensidad con todas las parejas posibles, ya que, por ejemplo, no se puede convivir con la segunda persona amada, denominada secundaria, o con la terciaria, pero en todo caso existe un compromiso firme.

Otra diferencia con el colectivo swinger radica en la forma de negociar. Mientras éstos tienen unas normas claras y simples desde el principio (por ejemplo no celos, no amor, etc.), los poli se ven avocados a un proceso de negociación permanente, dependiente de los cambios emocionales y afectivos que van surgiendo en un proceso que se entiende

complejo con la educación monógamica recibida.

Los poli son más proclives a compartir su filosofía dentro del colectivo gay y lésbico a diferencia de los swingers, pero a pesar de esta y otras diferencias señaladas, según Mint (2004), en la práctica son más las cosas que asemejan a los dos colectivos que las diferencias.

5.3. Parafilias

Existe un porcentaje nada desdeñable de la población cuya atracción erótica viene provocada por objetos no humanos, sufrimiento o humillación, y niños o personas que no consienten. En suma, un grupo de actividades sexuales, poco comunes, que algunas personas necesitan para excitarse y gozar como única fuente de placer.

Pertenecen a este apartado las conocidas vulgarmente como desviaciones, perversiones o aberraciones sexuales que son denominadas en la actualidad parafilias.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV-TR) donde están clasificados los trastornos mentales, establece que: "La característica esencial (Criterio A) de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, e impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban: objetos no humanos; sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos seis meses". Pero también (Criterio B) esos impulsos, comportamientos y fantasías deben "provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo".

Hay un debate abierto acerca de la necesidad de excluir las parafilias del DSM, ya que, por ejemplo, la mayoría de parafilicos no sienten malestar clínico significativo o deterioro social y, además, parte de los criterios están más sustentados en aspectos morales que en datos provenientes de una evidencia empírica.

Para algunos autores las parafilias son la acentuación de elementos normalmente presentes en la conducta sexual. Así por ejemplo, el sadismo sería el desarrollo de las conductas agresivas presentes habitualmente en la relación y el travestismo una identificación exagerada con los objetos de la propia atracción sexual. Otros afirman que en las parafilias la fantasía sustituye a la conducta, además de tener carácter compulsivo y estar en ocasiones precedida o sucedida por cierto nivel de culpabilidad.

Las parafilias son más frecuentes en varones y a veces se manifiestan como un trastorno del control de impulsos, es decir, una incapacidad para resistir o manejar un impulso que es peligroso para otros o para sí mismo, cuyo curso crónico suele verse agravado por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. El impulso es una

sensación de tensión que se va incrementando hasta el momento de ejercer la conducta, para después del mismo experimentar placer y gratificación o simplemente la liberación de la tensión acumulada. Esta acción puede, o no, verse acompañada de culpa o autorreproche.

Suelen concurrir tres o cuatro parafilias conjuntamente, por ejemplo, el 53% de los pedófilos presentan otras tendencias parafilicas. Además es común padecer trastornos de la personalidad u otros problemas como electroencefalograma anormal y otras alteraciones neurológicas.

Abel (1989) señaló que el 74% de los parafilicos ha tenido niveles hormonales alterados, el 27% signos neurológicos, un 24% alteraciones cromosómicas, el 9% epilepsia y un 4% electroencefalograma anormal sin crisis convulsivas.

Las parafilias más comunes son el exhibicionismo, la paidofilia y el voyeurismo.

5.3.1. Clasificación

Dentro de la clasificación coordinada por Bianco (2008) para la FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología) las parafilias se encontrarían dentro del apartado de "fisiopatología de la función sexual" donde se diferencia:

a) A nivel de la situación/estímulo sexual.- variedad, persona u objeto. La característica principal es la necesidad objetiva o imaginaria de una situación/estímulo sexual específica para provocar o activar la función sexual. Este requerimiento es esencial y es referido como una característica permanente y necesaria. La especificidad se refiere a una persona u objeto en especial. A modo de ejemplo en este apartado se encuentra:

- Pedofilia: Situación/Estímulo específico, niños prepúberes.
- Zoofilia: Situación/Estímulo Específico, animales.
- Gerontofilia: Situación/Estímulo Específico, personas mayores.
- Necrofilia: Situación/Estímulo Específico, tejido muerto.
- Fetichismo: Situación/Estímulo Específico, vestidos u otros objetos.
- Coprofilia: Situación/Estímulo Específico, heces.
- Misofilia: Situación/Estímulo Específico, suciedad.

(El resto se mencionarán en el apartado de clasificación de los trastornos

sexuales del capítulo siguiente.)

b) Fisiopatología de la situación/estímulo: variedad método. La especificidad está referida a la forma de aplicar la situación/estímulo sexual. En este grupo se encuentran, entre otras, las parafilias que siguen (ampliados en capítulo siguiente):

- Sadismo sexual: Método específico, provocar dolor o sufrimiento.
- Masoquismo sexual: Método específico, sentir dolor o sufrimiento.
- Exhibicionismo: Método específico, mostrar los genitales en público y por sorpresa.
- Travestismo: Método específico, vestirse con ropas del género opuesto (usualmente hombres heterosexuales).
- Frotismo: Método específico, frotar el cuerpo contra otras personas de forma disimulada.
- Klismafilia: Método específico, recibir enemas.
- Braquioproctosigmiodismo: Método específico, introducción de la mano hasta el antebrazo a través del ano.
- Voyeurismo: Método específico, mirar a terceros (desnudándose, acariciándose, etc.) sin ser visto.

5.3.2. Origen

Al igual que ocurría respecto al origen de la homosexualidad, existen múltiples teorías pero hasta ahora ninguna ha aportado una clara evidencia de por qué se establece este tipo de orientación. Se ha dicho que las parafilias aparecerían en personas con un mayor impulso sexual, secundario a mayores niveles de testosterona. Hay quienes han centrado la situación en problemas de aprendizaje como haber sufrido una educación sexual de carácter negativo y culpabilizador. Otros establecen que las parafilias son consecuencia de un desarrollo problematizado de la sexualidad infantil más un trastorno del cortejo (los parafilicos tendrían aversión al coito). Sin embargo, Moser (1992) afirma que el parafilico no debe su orientación a un aprendizaje clásico sino que está fijado al inicio de la vida por un trastorno químico.

Algunos autores asientan sus teorías en una estructura patológica de la personalidad y otros aseveran que las parafilias entrarían dentro del espectro del trastorno obsesivo compulsivo.

Una teoría que ha cobrado fuerza se basa en la idea de que los parafilicos tienen una

distorsión en la representación del género, es decir, no tendrían una excitación clara ni una idea perfectamente concebida respecto al género.

La experiencia clínica indica que las personas con aversión al sexo presentan altos niveles de asco ante todo lo relacionado con el mismo. En sentido absolutamente opuesto, los parafilicos no experimentan sensación de asco ante situaciones que la mayoría considera altamente repugnantes.

Las parafilias más frecuentes y profundamente estudiadas se citan a continuación.

5.3.3. Fetichismo

Consiste en la excitación por un objeto inanimado, como por ejemplo, ropa interior o zapatos. No entraría en este apartado el uso de vibradores y otros bártulos diseñados para el placer.

Los fetichistas se suelen clasificar en "duros", porque usan objetos de cuero y caucho, y "blandos", que prefieren objetos con pieles y plumas. Entre las formas raras de fetichismo está la dendrofilia, por la que el sujeto se excita al contacto con las ramas de las plantas, y el cohabitacionismo, donde el placer es provocado por maniqués.

Las conductas sexuales se caracterizan por emplear los fetiches como objeto para la masturbación, uso por parte de la pareja, utilización sólo en fantasías o hacer colecciones (se han descrito personas que han recolectado hasta 5.000 pares de tacones). Hay un tipo de fetichistas que no se excitan por objetos de sus parejas, en cambio experimentan una gran excitación robando prendas de otras personas, motivo por el cual a veces desaparece ropa interior en tendederos de uso común.

Gran parte de los fetichistas tienen disfunciones sexuales, generalmente trastorno de la excitabilidad o disfunción eréctil, si no utilizan el fetiche de alguna de las maneras anteriormente citadas.

El fetichismo no suele generar problemas, salvo cuando algunas parejas se cansan de tener que utilizar siempre el mismo objeto (por ejemplo, una paciente se quejaba de que la única forma de excitar a su marido era llevando puestos ligeros verdes).

Los primeros síntomas se suelen manifestar en la adolescencia y tienen un curso crónico disminuyendo, en ocasiones, con el paso de la edad.

5.3.4. Fetichismo travestista

Conocido vulgarmente como travestismo, consiste en la necesidad de vestirse con ropas del otro sexo, sin tener un trastorno de la identidad, para sentir placer sexual. Es

importante destacar que debe existir alguna sensación erótica en el proceso de vestirse, de no ser así, se estaría hablando de un tipo de transgenerismo.

Una forma leve de travestismo consiste en llevar ropa interior del otro sexo como fuente de estímulo sexual.

Sólo el 29% de quienes se travisten practican conductas homosexuales. Algunos, con el tiempo, pierden la excitación al travestirse pero continúan vistiéndose de mujer mecanismo que les ayuda a combatir la ansiedad. Casi siempre destaca en su historia psicosexual una sola pareja de larga duración y haber sido vestidos como niñas; bien porque era el sexo deseado por los padres o como medio de castigo.

5.3.5. Voyeurismo

Consiste en servirse de la observación de otras personas en situación erótica para lograr la excitación. Es imprescindible que las personas observadas no sean conscientes. Así por ejemplo, la visión de películas eróticas no resulta especialmente excitante en este tipo de parafilia.

Los voyeuristas suelen usar potentes prismáticos y se pasan el día espiando. Realizan incursiones frecuentes a parques y otros lugares donde acostumbran los jóvenes a practicar el sexo. Una especialidad es acercarse cautelosamente a los coches cuando alguien está manteniendo relaciones sexuales.

A veces se asocia con el escuchismo, consistente en oír a los vecinos durante el juego amoroso.

Un elemento relacionado con la intensidad del proceso radica en el riesgo a ser descubierto. Suelen tener dificultades de relación con otras personas e incapacidad para establecer relaciones sexuales, alcanzan el orgasmo a lo largo de la visión de la escena erótica o posteriormente mediante masturbación, fantaseando con las imágenes vividas.

En los casos más graves el "espectáculo" se queda corto y no alivia la tensión generada, de forma que impulsivamente el voyeur hace su aparición dentro de la escena pudiendo incurrir en allanamiento de morada o metiendo la cabeza a través de la ventana del coche, etc.

5.3.6. Exhibicionismo

Consiste en sentir placer erótico al enseñar los genitales. Aparece fundamentalmente en hombres; las mujeres que se exhiben públicamente, no suelen sentir placer erótico, aunque sienten satisfacción por la situación provocativa que están originando.

El tópico de abrirse la gabardina sin tener ropa debajo no es la forma más usual de exhibicionismo, aunque es uno de los tipos de expresión de esta parafilia, especialmente en sitios apartados con poca gente.

La forma más habitual radica en acercarse a lugares frecuentados por grupos de parejas jóvenes coqueteando y mostrar los genitales mientras se practica la masturbación. La intensidad del placer aumenta si existe riesgo de detención (supone el 34% de los delitos sexuales). De hecho, algunos autores los clasifican según el número de detenciones.

Algunos exhibicionistas necesitan espectadores que sientan miedo al verlos. Si las personas no se asustan, el episodio fracasa en su eficacia excitatoria. En estos casos se prefiere como estímulo a menores, pues con una mujer mayor podría provocar risa o burla, lo que frustra gravemente al exhibicionista.

La mayoría han tenido juegos eróticos en la infancia o adolescencia y han disfrutado mostrando sus genitales. Probablemente la ansiedad y miedo ante la idea de ser sorprendidos y el placer conseguido en el juego sean la base de la instauración del exhibicionismo.

5.3.7• Masoquismo

Debe su nombre a Krafft-Ebing quien propuso tal denominación después de estudiar la vida de Leopold Sacher Masoch (1836-1895) escritor perteneciente a la clase dominante polaca, hijo del jefe de policía, que al parecer recibió una educación violenta. Exigió a las distintas mujeres con que estuvo casado que lo golpearan fuertemente. En el relato "La Venus de las pieles" dentro de su libro El legado de Caín se expresa su punto de vista acerca de la sexualidad. Los diez últimos años de su vida estuvo internado tras intentar estrangular a su última esposa.

El masoquismo es la actividad sexual donde el modo preferido o exclusivo de producir excitación sexual es el hecho de ser humillado, atado, golpeado o atormentado de cualquier otra manera.

Se suele dar en gente de alto nivel económico o educativo y sin predominio de ningún vínculo de pareja en concreto. No es frecuente en personas de raza negra.

Existen múltiples formas, a modo de ejemplo:

- Bondage: consiste en ser atado, las ataduras pueden tener elementos que causen dolor o simplemente servir para inmovilizar.
- Servilismo: generalmente ante una "ama" o "dominatrix", la persona hace una

transformación (porque es frecuente en gente con una vida profesional que implica cierta autoridad sobre otras personas) y adopta una actitud de obediencia y esclavitud que le proporciona un intenso placer.

- Infantilismo: el placer se consigue con un regreso a la infancia, para lo que se utilizan los disfraces pertinentes y se comienza a hablar y a comportarse como un niño.
- Spanking: significa ser azotado en el trasero con las manos o con elementos auxiliares, generalmente la suela de un zapato, rememorando las azotainas de la infancia.
- Hipoxifilia: No todos los autores la incluyen dentro del masoquismo. Consiste en la consecución del placer a través de la asfixia, bien por presión del cuello a modo de ahorcamiento o tapando la cabeza. También se emplean productos químicos que dificultan la liberación de oxígeno como el diclorofluometano, óxido nitroso e isobutil nitrato.

5.3.8. Sadismo

El nombre también lo propuso Krafft-Ebing basándose en la vida del marqués de Sade. Consiste en experimentar excitación produciendo sufrimiento físico o psicológico en otra persona. Se puede practicar con personas que consienten o con personas que no consienten. El sádico necesita tener sensación de poder sobre la persona a la que está provocando dolor, siendo el coito poco frecuente.

Generalmente en la práctica sexual se usan látigos, pinzas, velas, objetos punzantes, etc. Entre las fantasías sádicas más comunes se encuentra: inmovilizar a la víctima, atarla con los ojos vendados, golpear, pinchar o perforar el cuerpo con objetos punzantes, quemar con velas o cigarrillos, simulaciones de estrangulación (a veces accidentalmente se va la mano llegando al homicidio), obligar a la víctima a comer excrementos, encerrarla y dejarla encerrada e incomunicada, desnudarla rompiendo la ropa y exponiéndola a otras personas, etc.

Una práctica muy común para los sádicos, que pasa inadvertida socialmente, es la violación de su pareja con penetraciones anales y vaginales violentas.

En los casos más graves no existe ningún componente sexual, basta con ver sufrir a la víctima y disfrutar del dominio total sobre ella.

Las fantasías sexuales sádicas suelen comenzar en la infancia y los actos comienzan cuando el sujeto es todavía adulto joven. El curso suele ser estable, pero los períodos de estrés o depresión pueden hacer que se incremente el deseo de avanzar en prácticas, cada vez más violentas, que pueden llevar a la muerte de la pareja.

No se debe confundir el masoquismo y el sadismo con el sadomasoquismo, mejor denominado sumisión-dominación. Es muy frecuente oír, a nivel coloquial, que la mejor pareja de un sádico es un masoquista, pero se trata de una falacia, el masoquista disfruta con el dolor pero al sádico no le gusta ver disfrutar a la gente; se regocija por el dolor que ocasiona, no por el placer que produce, por tanto, no se pueden combinar como pareja.

5.3.9. Sadomasoquismo o sumisión-dominación

El sadomasoquismo es cualquier actividad sexual de disfrute mutuo entre adultos que consienten, a través de un juego de roles de sumisión y dominación que suele implicar ataduras físicas o dolor erótico. A la organización de un encuentro erótico, entre las gentes que pertenecen a clubes de este tipo, se le denomina "escena" y al lugar "escenario" o "santuario". Para organizar el escenario y establecer unas normas de hasta dónde se puede llegar y qué actividades llevar a cabo se redacta el "cuaderno", donde se reflejan los límites del encuentro.

A diferencia del masoquismo o del sadismo donde, en general, la única forma de disfrute sexual es a través de conductas parafilias, el sadomasoquista tiene actividades sexuales normativas y eventualmente hace una extensión de sus juegos eróticos habituales en el sentido sadomaso. Otros practican regularmente la sumisión-dominación proporcionalmente a la actividad sexual más normativa y, por último, entre un 10 a un 20% de los practicantes utilizan la dominación y sumisión como parte de su vida cotidiana.

Para ellos es una experiencia emocionante y estimulante mucho mejor que el "sexo vainilla" (se denomina así al sexo más normativo). Infiere en la excitación el cambio de roles y un profundo sentimiento de comunicación con la otra persona, por ello son mejores los encuentros duraderos que las relaciones casuales. El nivel socioeconómico es elevado y no predomina ningún grupo religioso concreto, destacando los no religiosos.

Es muy común entre parejas convencionales y también como un paso más entre swingers. Los hombres se suelen sentir atraídos por la sumisión y las mujeres por la dominación.

Resulta difícil establecer la prevalencia de un proceso por el cual los sujetos no acuden a consulta. No obstante, parece que entre 15 y 75 millones de norteamericanos participan en actividades con algún tipo de dominación. Entre diez y veinte mil participan en clubes de servilismo y hasta 150.000 visitan a una mujer dominadora.

Un estudio reciente llevado a cabo en Australia revela que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres han participado en encuentros de este tipo. La gente entrevistada (19.307 personas) no presentó mayor infelicidad o ansiedad que los grupos control (Richters, De Visser, Rissel, Grulich et al., 2008).

No existen datos de la incidencia en España, pero solo entre Madrid y Barcelona existen una veintena de locales especializados, por lo tanto, la demanda debe ser abundante.

Una diferencia clara entre quienes practican la dominación dentro del sadomasoquismo y los sádicos consiste en que el sadismo se puede llevar a cabo con personas que no consienten, cuestión impensable en la comunidad sadomasoquista para quienes, alguien que viola los límites marcados, entra en el ámbito de la sociopatía.

5.3.10. Paidofilia

Está relacionada con la atracción sexual por niños y niñas menores de edad. El carácter ilegal y la repercusión en el menor que se convierte en víctima de abuso ha servido para que la paidofilia sea la parafilia más estudiada. En la bibliografía existente, a todo el que abusa de un menor, se suele meter en el mismo cajón de sastre pero, por la experiencia clínica del autor, se deben diferenciar cuatro grupos. De entre ellos, sólo los primeros reúnen características de una orientación sexual propiamente parafilica.

A) Paidófilos

El paidófilo o pedófilo, del griego paidós (niño) y filos (amante), es el adulto cuyo método repetidamente preferido o exclusivo de conseguir la excitación sexual es el acto o la fantasía de establecer relaciones sexuales con menores.

El pedófilo, casi siempre varón, aunque hay algunos casos de mujeres, se excita de forma compulsiva ante la visualización de menores. En la mayoría de los casos son heterosexuales y muchos de ellos padres casados, un porcentaje importante pasa por dificultades matrimoniales o sufre trastornos sexuales. También el abuso del alcohol desempeña un papel importante, quizás por la desinhibición que produce, o bien porque el paidófilo cuenta, al ser detenido, que durante la agresión al menor estaba bebido, sirviéndole como eximente ante el juez, cuestión que aparece en toda la bibliografía consultada.

Es común en el paidófilo haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia y tener sensación de ausencia física o psíquica de los padres. Respecto al estatus socioeconómico y nivel intelectual no se han podido constatar diferencias, manifiestan una actitud muy conservadora hacia el sexo y suelen exhibir fuertes convicciones religiosas.

Raymond y colaboradores (1999), en una muestra de 42 pedófilos, encontraron que el 93% padecían algún trastorno psicológico, además el 64% trastornos por ansiedad, el 60% por utilización de sustancias psicoactivas y el 24% diagnóstico de disfunción sexual.

Una característica de los paidófilos, común con quienes practican el incesto, es la justificación que hacen de sus conductas, no manifestando en la mayoría de los casos la más mínima culpabilidad. Hollin (1989) establece que los abusadores presentan las siguientes distorsiones cognitivas:

- Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal.
- Los niños no lo cuentan porque les gusta.
- El sexo mejora la relación con un niño.
- La sociedad llegará a reconocer que el sexo con los niños es aceptable.
- Cuando los niños preguntan por el sexo significa que desean experimentarlo.
- El sexo práctico es una buena manera de instruir a los niños sobre el sexo.
- La falta de resistencia física significa que el niño desea contacto sexual.

El asunto toma especial gravedad cuando algunos autores consideran que la pedofilia es positiva. Así en 1983, Theo Sandfort (citado por Master, Johnson y Kolodny, 1982) tras entrevistar a 25 jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 16 años que estaban manteniendo relaciones sexuales con adultos, concluyó que los menores obtienen importantes beneficios de su relación sexual. La desfachatez o la inconsciencia ha llegado a tal punto que, recientemente, entre los defensores de esta postura se ha creado un "día del orgullo paidófilo".

B) Incesto

Se denomina incesto a la relación sexual entre familiares directos. La relación incestuosa más frecuente es la llevada a cabo entre hermanos, pero ésta no es la situación más denunciada. El personaje abusador manifiesta ciertas características diferenciales con el paidófilo. La más importante es que no tienen una fijación preferencial ni un deseo exclusivamente exacerbado con los niños. Otra característica es que cuando el niño crece puede persistir el deseo mientras que en la paidofilia, el deseo decrece con el desarrollo del menor. El vejador incestuoso se considera provocado por la víctima y cree, pese a emplear la fuerza, que la relación sexual es beneficiosa para el menor. El responsable casi siempre es el varón, la mujer sólo incurre en relaciones incestuosas en el 1% de todos los casos.

Un rasgo habitual de los individuos observados es el alto impulso sexual. En algunos casos la relación incestuosa se repite más de una vez al día, pese a haber tenido en el momento anterior una relación con la pareja adulta.

La pareja del incestuoso también suele presentar unas características especiales, de hecho, en muchos casos cuando la madre descubre la situación, no hace nada por evitarlo, simula no saberlo o no estar segura y en caso de confirmación, puede adoptar una actitud punitiva hacia la menor. En algunas ocasiones la madre accede al abuso de su hija para verse liberada, en parte, de "cumplir" sexualmente con su pareja. La explicación lógica parece ser una dependencia absoluta del padre o haber sido a su vez víctima de abusos.

En general, la pasividad y dependencia son las características psicológicas comunes de la madre y los lazos que unen a la familia son de fidelidad y obediencia más que emocionales.

Es un tópico que el incesto sólo acontezca en determinadas clases sociales. Se sabe de su existencia en todo tipo de familias, sin embargo, Bentovim (1988) considera que desde el punto de vista de la intervención preventiva y terapéutica, es importante tener en cuenta una serie de factores intrafamiliares más comúnmente asociados a los abusos sexuales. Como resultado de un estudio de 274 familias inglesas, llega a la conclusión de que son signos de alerta: el abuso de alcohol, el recurrir con frecuencia a la violencia, el desempleo, la ausencia de la madre, problemas de pareja y disfunciones sexuales.

Las conductas sexuales de los incestuosos se centran en la penetración en más de la mitad de los casos y emplean la fuerza física, como los golpes, en un 89% de las ocasiones (Stermac, Hall y Henskens, 1989). Los niños muy pequeños parecen servirle al incestuoso como ayuda masturbatoria, mientras que los mayores son tratados más como parejas sexuales.

La duración media del incesto es de tres años y acaba de distintas maneras según los casos. En primer lugar es común que la víctima no se deje someter al crecer en edad. Otra vía es la denuncia, aunque el proceso es duro debido a que quien denuncia es consciente de la desintegración familiar subsiguiente. Por último, es frecuente el abandono del hogar, bien de forma "ilegal" (la chica se va de casa y se hace independiente), o bien de forma "legal" casándose precozmente.

Curiosamente, pese a que las relaciones incestuosas se suelen llevar a cabo en el espacio físico del propio hogar, son raras las ocasiones en que la relación incestuosa cesa a causa de que el vejador haya sido sorprendido en la realización de sus conductas abusivas.

C) Pseudoabusadores

No se deben catalogar realmente como abusadores sexuales pues no tienen rasgos comunes con paidófilos e incestuosos y nunca han practicado de facto conducta abusiva alguna. La presencia constante de fantasías con menores podría llevar a pensar que se

trata de un paidófilo que no ha tenido posibilidades de dar rienda suelta a su deseo, pero lo cierto es que más que fantasías, se trata de "rumiaciones" acerca de la posibilidad de agredir al menor. Por tanto, presenta características de trastorno obsesivo compulsivo, siendo muy importante diferenciarlo de los otros procesos con vistas al tratamiento, lo que por otra parte, es bastante fácil, ya que el sujeto obsesionado con el tema, acude a consulta muy preocupado, considerando que puede hacerle mucho daño a cualquier niño, y el mero hecho de escuchar en televisión que han sido detenidos abusadores, le hace pensar que él puede ser el próximo.

D) Proxenetas

Otra forma de agresión sexual al menor es utilizarlo como negocio sexual. Por desgracia, todos los días aparecen en los medios de comunicación noticias acerca de cómo padres alquilan sus hijos a paidófilos, o la detención de redes mafiosas dedicadas a hacer películas eróticas con menores.

En principio, el único rasgo común de los que se dedican a negociar con niños es el ansia por ganar dinero, lo cual es delictivo pero no patológico. Si bien es sabido que entre los que operan fuera de la ley se encuentran más personalidades sociopáticas, tema ajeno a este texto.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, la atención al abuso de menores supone un 0,6% de las intervenciones. Teniendo en cuenta, que sólo entre estudiantes del último curso de formación profesional y bachiller, en Málaga, un 2,3% de los chicos y un 3,2% de las chicas entrevistados han sido víctimas de algún tipo de agresión sexual y que en el 0,6% de las intervenciones en terapia, anteriormente mencionados, se encuentran tanto agresores como víctimas, se puede concluir sin gran esfuerzo que los abusadores no son proclives a acudir a tratar su problema.

6

Orientación sexual: homosexualidad, lesbianismo y bisexualidad

6.1. Homosexualidad

Las relaciones sexuales de hombres con hombres no están del todo normalizadas. Sirve de poco que exista en nuestro país una ley avanzada acerca del matrimonio gay; los niveles de homofobia, aunque decrecientes, persisten y sirven para que las personas - dada la diversidad característica de la sexualidad humana - que tienen una orientación hacia personas de su mismo sexo, pasen etapas de desasosiego por sentirse diferentes, cuando en realidad la diversidad es una de las brillantes características que más nos diferencian a los seres humanos del resto de las especies. Por desgracia, hoy por hoy, todavía la homosexualidad necesita ser explicada y estudiada para tener el mismo valor que la heterosexualidad.

6.1.1. Concepto de homosexualidad

A cualquiera que se le preguntara que es la homosexualidad diría, a modo de contestación rápida, que es la denominación que se otorga al hecho de que dos hombres mantengan conductas sexuales entre ellos. Pero la realidad es más compleja, se pueden tener conductas sexuales hombre con hombre (conductas homoeróticas) sin que eso esté determinado por una orientación homosexual. Es el caso, por ejemplo, de las relaciones sexuales en seminarios religiosos, cuarteles, internados, etc.

Para hablar de orientación sexual homosexual, término por cierto muy reciente, que se utiliza desde 1982, no bastaría con la práctica de conductas homoeróticas (de forma resumida, la orientación sexual es lo que resulta eróticamente atractivo para un individuo). Con anterioridad la orientación del deseo era definida por la conducta sexual, actualmente se define por la persona deseada. Pero aun así, resulta insuficiente. Hay hombres que tienen conductas sexuales con otros hombres y que además, en momentos concretos, los desean; pero no se enamoran de ellos ni establecen vínculos afectivos, pudiendo mantener al mismo tiempo una intensa y rica relación de pareja con una mujer. Por tanto, para definir la orientación homosexual sería necesario tener:

- Conductas homoeróticas.
- Fantasías con otros hombres.
- Vinculación emocional con hombres, por ejemplo enamorarse.
- Autodefinición. Se pueden tener conductas y fantasías homoeróticas y no sentirse homosexual.

En realidad la orientación sexual es algo muy complejo. La perspectiva de la diversidad sexual hace que la sexualidad se exprese con distintas orientaciones: heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, asexualidad y orientación parafilica de la sexualidad. La diversidad viene condicionada por los distintos niveles que conforman la sexualidad: el sexo genético, el sexo morfológico, las ideas del individuo respecto a su cuerpo (que lo pueden llevar a identificarse o prescindir de la identificación), sus reflexiones frente al rol que la sociedad espera que él desempeñe y sus propias expectativas frente a su interacción con la sociedad, las conductas eróticas que practica o quisiera practicar y las implicaciones de todas estas disposiciones en su relación consigo mismo y con la sociedad. La combinatoria conlleva tal diversidad que es impropio, llegado el caso, hablar de homosexualidad sino que resulta más coherente y apropiado hablar de homosexualidades. Y si se aplica la misma dinámica a la heterosexualidad, bien se vería que a tenor de tanta diferencia se concluye que existe un entrelazamiento donde las definiciones, a costa de intrascendentes o innecesarias, ocupan poco lugar. Cuando esto se haga consciente probablemente habrá llegado el momento en que a nadie le llamará la atención la orientación sexual de otra persona.

Para el estudio de la orientación se han desarrollado una serie de modelos. El primero fue formulado por Kinsey, quien propuso una escala con una continuidad de 0 a 6, donde cero significa conducta exclusivamente heterosexual y 6, exclusivamente homosexual. La anotación 1 significa predominio heterosexual y homosexual sólo incidentalmente. Cuando existe un predominio heterosexual, pero con un claro historial homosexual, la puntuación es 2. Igualmente heterosexual y homosexual sería 3, mientras 4 abarca predominio homosexual pero con un claro historial heterosexual. La puntuación 5 habla de predominio homosexual con conductas heterosexuales sólo incidentalmente.

Siguiendo aproximadamente este criterio, en la América de los 50 habría un 10% de homosexuales varones, de los cuales un 4% serían absolutos. Un 37% de los hombres había tenido alguna experiencia homosexual.

Posteriormente Storms (1980) propuso una nueva escala formada por dos ejes (x-y), en lugar de una continuidad lineal entre dos extremos. Esta escala incluye homosexualidad y heterosexualidad como extremos, y bisexualidad y asexualidad como posiciones intermedias.

Más acertada parece la escala de Klein que partiendo de la escala de Kinsey usó seis variables para definir la orientación sexual: atracción sexual, fantasías sexuales, preferencias emotivas y sociales, estilo de vida sexual y autoidentificación. Además calificó las variables en cada momento del tiempo: presente, pasado (el año pasado) y futuro, con dos claves (escalas) similares a la escala de Kinsey.

A diferencia de la Escala Kinsey, Klein investiga la orientación sexual en tres períodos de tiempo y con respecto a siete factores (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1. Escala de Klein

	<i>Pasado (toda la vida hasta hace un año)</i>	<i>Presente (últimos 12 meses)</i>	<i>Ideal (¿qué le gustaría?)</i>
A. Atracción Sexual: ¿Quién te resulta sexualmente atractivo?			
B. Comportamiento Sexual: ¿Con quién ha relaciones sexuales?			
C. Fantasías Sexuales: Acerca de quién son sus fantasías sexuales.			
D. Preferencia Emocional: ¿Hacia quién se siente más atraído o cercano emocionalmente?			
E. Preferencia Social: ¿Con qué género socializa usted?			
F. Preferencias de Estilo de Vida: ¿En qué comunidad le gusta pasar su tiempo? ¿En cuál se siente más cómodo?			
G. Autoidentificación: ¿Cómo se identifica usted mismo?			

Cada uno de los 21 casilleros debería contener un valor de 1 a 7, que categorizan las respuestas del individuo a las preguntas. Para las variables de la A a la E varían desde 1 (sólo con el sexo opuesto) a 7 (sólo con el propio sexo). Para las variables F y G van desde 1 (sólo heterosexual) a 7 (sólo homosexual).

Tomando algunos conceptos de Klein y Storms, en 1990 se acuña la escala multidimensional de la sexualidad de Brandem, que establece las categorías en la bisexualidad, homosexualidad, heterosexualidad y asexualidad, pero que no ha tenido mucha difusión.

En realidad las escalas descritas tienen mayor valor teórico que práctico ya que una de las características fundamentales de la orientación sexual es su dinamismo. La orientación es variable. Nunca se puede afirmar que se es heterosexual para toda la vida. La orientación es cambiante y de todos los componentes que la sustentan lo más

importante es lo que Cass (1990) define como identidad homosexual, que sería el sentido que tiene una persona de ser homosexual y que consta de una dimensión objetiva: soy homosexual (incluso puedo ser egodistónico, es decir, me veo características pero no me siento o acepto) y una dimensión subjetiva: me siento homosexual.

La identidad sexual pasa por distintas fases, la primera consiste en la sensación de sentirse diferente, lo cual suele acontecer al inicio de la adolescencia, aunque para muchos es anterior. En la escuela, la comparación con otros compañeros de clase marca las diferencias en una etapa muy dura donde no se termina de aceptar la situación. De hecho, muchos jóvenes se esfuerzan sobremanera por adaptarse a los cánones de la mayoría heterosexual, lo que casi siempre termina pasando una factura psicológica importante.

Una vez asumida la etapa anterior, llega el momento de aceptar la etiqueta de homosexual, lo cual es seguido de un desarrollo continuado de actitudes positivas hacia la homosexualidad. Pasada esta fase sobreviene una necesidad de comunicarlo a otros homosexuales. Este momento resulta vital porque supone un nivel de complicidad y de filiación. A partir de aquí los compañeros y amigos constituyen un puerto de refugio frente a la homofobia que es percibida con intensidad en este período del proceso. El paso siguiente suele ser una inmersión sexual, propiciándose contactos sexuales frecuentes con otros homosexuales.

Estos pasos han sido sistematizados por los estudiosos de la homosexualidad existiendo tres tipos de modelos para explicar la asunción de la orientación: los modelos denominados de "descubrimiento" (Lee, 1977; McKirman y Peterson 1986), centrados en cómo se autodefine la persona y cómo hace la salida pública a la luz. Los modelos de "identidad" (Cass, 1979; Coleman, 1988), que establecen las distintas fases que se siguen hasta conseguir la identidad homosexual. Y por último, los modelos integrados de "identidad y descubrimiento" (Martin, 1991) que proponen las siguientes fases:

- a) En primer lugar la percepción de sentirse diferente, bien por hacer consciente la atracción por el mismo sexo o frecuentemente la no atracción por el sexo opuesto.
- b) En segundo lugar la fase de autorreconocimiento, donde no cabe duda de la atracción por las personas del propio sexo.
- c) En tercer lugar llega la aceptación de identidad, es decir, la persona comienza a sentirse bien como homosexual.
- d) En cuarto lugar viene la salida a la luz ("salir del armario") que suele hacerse en general, primero a otros amigos homo, después a amigos heterosexuales, más tarde en el trabajo y, por último, a la familia. En fechas recientes el orden está cambiando y es muy frecuente que se comunique a la familia con anterioridad a la esfera

laboral.

- e) En quinto lugar vendría una fase de experimentación y exploración de conductas homosexuales con una inmersión en la movida y cultura gay ("ambiente"). En nuestro medio esta fase no es secuencial a la anterior sino que coexisten en el tiempo.
- f) A continuación se encontraría la fase de la intimidad. Se empieza a perder interés por la movida gay y se activan fuertes deseos de establecer pareja íntima.
- g) Finalmente llega la fase de la consolidación en la cual la organización vital no depende de la orientación sexual. Hasta ahora la vida había estado marcada por el hecho de ser gay. En este momento la orientación es una cosa importante más, que ya no influye en la evolución de la persona. Son muchos los que no alcanzan esta fase y toda la vida está determinada por la orientación. La homofobia facilita que no se asuma esta fase y se consoliden, por ejemplo, guetos para vivir o redes de apoyo que se convierten en marginales. A modo de ejemplo, hace unos años en Nueva York se construyó un instituto de enseñanzas medias exclusivo para homosexuales. En esa misma ciudad existe una guía de teléfonos rosa, donde si a un homosexual se le avería el coche lo lleva a un taller mecánico donde lo atenderán homosexuales. Con este tipo de estructura no se facilita el camino para romper las barreras que, en la actualidad, crea la orientación sexual. La madurez conlleva consolidación y la consolidación conduce a la integración.

6.1.2. Origen de la homosexualidad

El aspecto más estudiado en relación a la homosexualidad es el origen de la misma. Mucha energía, tiempo y dinero se ha empleado en conocer los determinantes de la orientación homosexual, aunque todavía no se conozca qué determina la orientación heterosexual. Quizá hubiera sido más rentable dedicar el esfuerzo a entender los mecanismos de la homofobia con el fin de erradicarla.

A) Teorías psicológicas

Son muchas las teorías e investigaciones que inciden en el origen de la homosexualidad. En los dos últimos siglos la psiquiatría, que sacó a la homosexualidad del mundo del pecado para insertarla en el mundo de la enfermedad, desplegó múltiples teorías acerca del origen de la homosexualidad, catalogada como enfermedad mental.

Un hito histórico que favoreció que se produjera un cambio en este sentido fue el estudio de Evelyn Hooker, quien demostró que no existía ninguna diferencia en la estabilidad emocional y la salud mental entre hombres homosexuales y heterosexuales. Finalmente en 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana dejó de considerar la

homosexualidad como una enfermedad en sus manuales de diagnóstico, desapareciendo definitivamente del DSM en la edición de 1987.

No obstante, desde la psicología y psiquiatría se ha seguido argumentando todo tipo de teorías acerca de la homosexualidad, tal como se describe a continuación.

1. Figuras paternas inadecuadas: Se ha hablado de la ausencia de padre, ausencia de madre, madre sobreprotectora y castradora, madre excesivamente permisiva y cariñosa, combinación de madre sobreprotectora y padre pasivo, combinación de padre débil inexistente o ausente con madre demasiado presente y castradora. Como se puede ver no se escapa ninguna posibilidad, cualquiera, independientemente de su orientación sexual, podría pertenecer a alguna de las situaciones reseñadas.
2. Retraso de la maduración de la sexualidad: Desde el psicoanálisis se defiende que la homosexualidad es una fase del desarrollo hacia la heterosexualidad, por tanto, los homosexuales se habrían quedado fijados en un período temprano. Este retraso en la maduración se podría deber, por ejemplo, a una relación erótica precoz, consentida o no, rechazo del propio cuerpo y traumas en el desarrollo.
3. Traumas sexuales: También aquí se han planteado todos los posibles supuestos. Tanto la violación por parte de una persona del mismo sexo o del sexo opuesto, podría explicar un rechazo a la orientación heterosexual según quienes se adhieren a esta postura.
4. Rechazo de la imagen corporal: Quienes defienden esta teoría sostienen que recibir críticas reiteradas por la apariencia física podría hacer sentir que el sexo es inadecuado con respecto al género y empezar a identificarse con los roles del sexo opuesto. Otra posible causa sería la admiración excesiva de los cuerpos de otras personas del mismo sexo por considerarlos más perfectos que el propio.
5. Incapacidad de asunción del rol de género: La incapacidad para asumir el papel de protector o de tomador de iniciativas, papel socialmente asignado al hombre, o la violencia del género masculino, provocaría un rechazo del rol, incluida la atracción sexual. Lo cierto es que algunos estudios han mostrado que hombres y mujeres de orientación homosexual muestran conductas atípicas de género en la infancia, de forma que gran parte de los chicos eran afeminados y gran parte de las chicas masculinas, pero estudios más recientes muestran que la mayoría de homosexuales no han expresado características propias del otro género a lo largo del desarrollo.
6. Dificultades en las relaciones heterosexuales: Especialmente el miedo a no dar la talla. El fracaso en una relación sentimental importante, una ruptura matrimonial o no encontrar la persona correcta son situaciones que podrían facilitar la orientación homosexual.

En los últimos años desde la psicología se han llevado a cabo otro tipo de investigaciones, de carácter empírico, pretendiendo demostrar posibles diferencias entre homo y heterosexuales. De esta forma se han estudiado variables como la memoria para la localización de objetos, la fluidez verbal y las estrategias de navegación, cuestiones en las que se suelen obtener diferentes resultados entre hombres y mujeres.

La memoria para la localización de objetos parece ser mayor en las mujeres respecto a los hombres. En el mismo sentido se ha observado que las mujeres heterosexuales y los hombres homosexuales obtuvieron mejores resultados en las pruebas de memoria visual que los heterosexuales y no se encontraron diferencias entre las mujeres homosexuales y heterosexuales (Rahman, Wilson y Abraham, 2003).

Igual ocurre con la fluidez verbal, otra capacidad mejor desarrollada en las mujeres que en los hombres y, que al parecer, también se encuentra mejor desarrollada en homosexuales frente a heterosexuales, aunque algunos estudios no confirman los resultados.

Respecto a las estrategias de navegación, donde los hombres utilizan la orientación mientras las mujeres utilizan las señales, también los homosexuales siguieron estrategias más acordes al sistema de las señales.

B) Teorías biológicas de la orientación

En este apartado se seguirá de forma resumida el esquema propuesto por Lucas (2007), que abarca multitud de estudios, desde los relacionados con los genes, hasta los sentidos de la vista y el olfato. Las investigaciones de este tipo están sometidas a una gran controversia, para algunos supone buscar una alteración en el desarrollo que pudiera ser corregible y, para otros por el contrario, el posible descubrimiento de una causa que explicara la homosexualidad serviría para que se le pudiera otorgar la misma categoría que a la heterosexualidad.

1. Investigaciones basadas en la determinación genética. El primer caballo de batalla en el estudio de la homosexualidad, desde el punto de vista biológico, tiene mucho que ver con si el homosexual "nace o se hace". Por tanto, la genética ha estado siempre en un lugar destacado de las investigaciones.

Durante décadas se ha citado el trabajo con gemelos de Kallmann (1952), donde había una concordancia para la homosexualidad del 100% en los gemelos monocigóticos y sólo el 12% para gemelos dicigóticos, pero este estudio siempre se ha puesto como ejemplo al hablar de las falsedades de la ciencia, ya que ningún trabajo posterior pudo corroborar los datos.

Más serio metodológicamente resulta el estudio de Bailey y Pillard (1991), donde

se encontraron unos índices de concordancia de la homosexualidad para los gemelos monocigóticos del 52% y del 22% para los gemelos dicigóticos. Un 11% para los hermanos adoptivos sin relación genética y 9% para los hermanos biológicos no gemelos.

La concordancia creciente de hermanos homosexuales la explicaron algunos autores por la semejanza de las experiencias de desarrollo conjunto. Además, el hecho de que la concordancia era similar entre los hermanos biológicos no gemelos y los hermanos adoptivos sin relación genética - incluso un poco mayor en los últimos - refuerza la teoría de quienes apoyan una influencia externa en el origen de la homosexualidad (Byne y Parsons, 1993).

No obstante, las experiencias de desarrollo conjunto no explican las diferencias tan importantes entre los gemelos monocigóticos y dicigóticos, es decir, algo ocurre antes del nacimiento que marca esas diferencias. En el futuro habrá que dilucidar también por qué esa importante concordancia entre gemelos monocigóticos no aparece en el 48% de los casos.

Los estudios están actualmente centrados en el genoma, especialmente desde que la prensa se hiciera eco del denominado gen rosa propuesto por Hamer (1993), atribución que se le da al conjunto de 22 marcadores situados en el brazo largo del cromosoma X, en la región Xq28. No obstante, si para Hamer los hermanos homosexuales eran concordantes en 33 pares, otros autores, en trabajos más recientes, no han encontrado tal nivel de concordancias.

2. Investigaciones basadas en las diferencias somáticas y sensoriales.

a) Estudio sobre caracteres somáticos generales. En diversas investigaciones se han observado distintos caracteres diferenciales como mayor frecuencia de caderas anchas en los homosexuales, ensanchamientos de pelvis y adipomastias, caninos menos puntiagudos que en la media de hombres heterosexuales y caracteres eunucoides. En el mismo sentido los heterosexuales eran más pesados, más altos, tenían mayor desarrollo del músculo y del hueso, tenían hombros más amplios y eran más fuertes que los homosexuales (tienen menos crecimiento longitudinal en los huesos de los brazos, las piernas y las manos), probablemente por una mayor exposición hormonal, según los defensores de esta hipótesis.

Entre las diferencias corporales, actualmente los trabajos de investigación se han centrado en el estudio de las manos, pelo, pene, olfato y oído.

Una de las diferencias entre homo y heterosexuales se encuentran en las huellas digitales. Se ha visto que el 30% de los homosexuales tenían un exceso de dermatoglifos en su mano izquierda, mientras que eso solamente ocurría en 14% de

los heterosexuales (Hall y Kimura, 1994). Dado que las huellas digitales se determinan completamente antes de la 17 semana de embarazo, significaría que la orientación sexual podría estar determinada antes del nacimiento.

Otra de las variables investigadas es la longitud de los dedos, concretamente la proporción de longitud entre los dedos índice y anular (Williams, Pepitone, Christensen, Cooke et al., 2000). En teoría, debido a la acción de los andrógenos en período fetal, los hombres suelen tener el dedo índice más corto que el anular, mientras en las mujeres el índice y anular suelen tener la misma longitud. Por tanto, sería más probable que los homosexuales presentaran un dedo índice de mayor longitud que el anular. A partir de ahí se han hecho múltiples investigaciones, a favor y en contra, que no han sido del todo determinantes.

Desde hace mucho tiempo se ha tendido a considerar que una de las diferencias entre homosexuales y heterosexuales radica en la cantidad de pelo corporal, que sería más abundante en homosexuales. Actualmente la atención se ha centrado en el sentido de rotación del pelo y se ha encontrado que la rotación a la izquierda era del 8,2% en heterosexuales y del 29,8% en homosexuales (Klar, 2004).

Asimismo, con poca solidez científica, se ha puesto en evidencia que, en general, los homosexuales presentan penes de mayor tamaño (Bogaert, 1999).

A la investigación de las feromonas también se le está prestando mucho interés. La utilidad en el mercado de la perfumería, así como la potencial mejora de ciertos síntomas de la menopausia, se ha extendido al estudio de la homosexualidad, habiéndose comprobado cómo los extractos axilares (ricos en feromonas) provocan en homosexuales una respuesta hipotalámica semejante a las mujeres heterosexuales, cuando se mide con tomografía de emisión de positrones (Savic, Berglund y Lindstrom, 2005). Otros estudios han mostrado que los hombres homosexuales sentían preferencia por los olores de otros hombres homosexuales y de las mujeres heterosexuales (Martins, Preti, Crabtree, Runyan et al., 2005).

b) Investigaciones basadas en aspectos hormonales y neuroendocrinos. Desde siempre, la homosexualidad se ha pretendido ligar a alteraciones hormonales, en el sentido de que los homosexuales tendrían valores de testosterona más bajos. Dado que la evidencia no era consistente, se comenzó a valorar la influencia hormonal a través del sistema neuroendocrino y se concluyó que la hipófisis de los homosexuales masculinos está diferenciada sexualmente de forma más parecida a las mujeres que a los hombres heterosexuales. Más tarde, otros autores echaron por tierra estos resultados, dando pie a otras múltiples investigaciones que no corroboraban las hipótesis primeras.

c) Investigaciones basadas en las diferencias neuroanatómicas. El área preóptica del

cerebro está estrechamente relacionada con el comportamiento sexual. En ella se encuentran una serie de núcleos dimórficos (diferentes en hombres y mujeres). Por ejemplo, el núcleo intersticial hipotalámico anterior-3 (NIAH-3) del hombre duplica claramente el tamaño de la mujer. Basándose en estas diferencias LeVay (1991), concluyó que el NIAH3 de los heterosexuales era entre dos y tres veces mayor que el de los homosexuales. Una posible contaminación del estudio radica en que se hizo con pacientes muertos de sida, lo cual podría estar interfiriendo en los resultados. A partir de ahí se pusieron en marcha una serie de estudios similares que no llevaron a ninguna conclusión clara. Así, Byne y colaboradores (2001), publican otro trabajo en el que encuentra que el NIAH3 contenía más neuronas en varones heterosexuales que en mujeres, pero no había diferencia con el número de neuronas de los homosexuales.

6.1.3. Conducta homosexual

La conducta sexual entre hombres ha variado con el paso de los años estando muy influida por ciertos aspectos socioculturales. En el momento actual, desde la perspectiva del comportamiento sexual, no existe una división entre homosexuales masculinos y femeninos, ni resulta clara la división entre pasivos y activos. Por lo general, las conductas sexuales se han ido ampliando y son más bien alternantes.

Según datos referidos a homosexuales de nuestro medio estudiados por Mitjans, Bataller y Sancho (2003), el 31,5% refieren haberse sentido atraídos por otros hombres desde que tenían menos de 10 años y un 36,9% entre los 11 y 15 años.

La primera relación homoerótica para el 57,8% fue entre los 16 y 20 años, y para el 24,8% entre los 11 y 15 años. El 79% no tiene fantasías eróticas de contenido heterosexual pero, sin embargo, el 100% refiere haberse sentido excitado por alguna mujer en ciertos momentos de su vida.

La penetración anal, icono de las relaciones sexuales de hombres con hombres, es practicada por el 80%, es decir, no es una conducta tan universal como se suele pensar. Algunos autores achacan la disminución en esta práctica a la presencia del sida pero, según experiencia del autor, el VIH no ha tenido un papel fundamental. Una posible causa, al igual que ha sucedido con las conductas de los heterosexuales en las últimas décadas, sería el haber pasado de una "sexualidad experiencia1" a la "sexualidad amor" situación en la que se ha evolucionado en el colectivo horno de manera muy intensa.

Hoy por hoy, el principal objetivo de la mayoría de homosexuales es formar una pareja estable y experimentar la pasión de la fusión habiendo adoptado, en ciertos aspectos, comportamientos más estrictos que el mundo heterosexual. La penetración anal en pareja estable es una muestra de compromiso, aunque en muchos casos, supone una pose identitaria de tener compañero, porque cuando la pareja se ha estabilizado, es

frecuente la participación en tríos, en los cuales la penetración anal suele ser compartida.

La penetración anal insertiva con la pareja estable la usan frecuentemente el 50%, mientras el 60% no la practica en relaciones sexuales ocasionales (Mitjans, Bataller y Sancho, 2003). Desde no hace más de una década, una novedad en las consultas de sexología consiste en asistir a la demanda por anismo (incapacidad para ser penetrado).

En definitiva, las prácticas sexuales más frecuentes entre la comunidad gay son la masturbación y felación compartidas. El beso negro (estimulación bucoanal) y el fist-fucking (inserción del puño) son menos habituales, aproximadamente 9,1%, y compartir juguetes eróticos para la inserción anal un 16%. Existen lugares de "ambiente", con cierta especialización, donde los aficionados a una práctica concreta usan un distintivo o forma de vestir concreta (dresscode), por ejemplo, un color determinado como el color rojo de los aficionados al "fist", el azul para los receptivos anales, el negro para las prácticas sadomaso, el amarillo para la "lluvia dorada", etc.

Este tipo de conductas presenta algunas características diferenciales respecto a la heterosexualidad, a saber (Soriano, 1999):

- El 100% de los homosexuales recuerdan el inicio de sus conductas sexuales frente al 83% de heterosexuales, y las primeras relaciones fueron más satisfactorias para los heterosexuales. Parece que la confusión, culpa, miedo, etc., mermó la respuesta en los homosexuales.
- Los homosexuales han tenido más experiencias heterosexuales que los heterosexuales experiencias homo. Además los homosexuales están más satisfechos con sus conductas heteroeróticas que los heterosexuales con sus conductas homoeróticas. Los homosexuales se enamoran por primera vez a los 11,2 años de media frente a los 12,5 años de los heterosexuales.
- Los homosexuales comienzan la masturbación dos años antes que los heterosexuales.
- El 90,4% de heterosexuales se definieron como tales desde el principio, frente al 69,7% de los homosexuales.

Estas diferencias hay que enmarcarlas dentro del alto nivel de homofobia existente, que facilita la división en la forma de expresar la sexualidad.

6.1.4 Pareja homosexual

No se parece en nada a la pareja heterosexual ni a la pareja lésbica, tampoco existe un modelo universal de pareja gay. Una de las características muy comunes es la flexibilidad en cuanto al modelo de relación. Por ejemplo, se pueden plantear la fidelidad como una

imposición y cambiar a pareja abierta en un corto período de tiempo. También es común mantener la independencia económica y que no exista una relación muy intensa entre las familias de ambos miembros de la pareja. En suma, aun viviendo en pareja, la imagen social del gay, reflejada en sí mismo como hombre sin mujer, es la del soltero, por lo que muchas parejas gays tienen comportamientos que, en el mundo heterosexual, serían típicos de quien no tiene pareja.

Últimamente, la posibilidad del matrimonio quizás haya contribuido a afianzar un tipo no muy abundante de parejas que tienen bastante similitud, en los aspectos sociales, a la pareja heterosexual, manteniendo sólo diferencias en las formas de comunicación íntima, más intensa entre homosexuales.

Otra peculiaridad reside en la clara diferenciación entre lo sexual y lo afectivo. En muchos casos la fidelidad es entendida como lealtad y no tanto como no tener relaciones sexuales con otras personas.

Por cuestiones derivadas de género, la comunicación entre hombres suele tener menos conflictos. Es fundamentalmente descriptiva, aunque al cultivarse en el mundo gay aspectos más andróginos, la comunicación puede ser un poco más íntima que la expresada por los hombres heterosexuales; pero sin exagerar. Así, el excedente de comunicación emocional, que no puede ser compartido en pareja, es vertido hacia una amiga heterosexual. Efectivamente, casi nadie en el colectivo gay prescinde de gran cantidad de amigas, ellas serán las encargadas de recoger el sobrante de comunicación, que casi siempre es la válvula de escape de los conflictos que se van generando en la pareja.

Una característica muy común entre las parejas gay a diferencia de las heterosexuales y las lesbianas es la disparidad, es decir, puede haber grandes diferencias de edad e importantes diferencias culturales, lo que en todo caso es una dificultad a la hora de incrementar la intimidad de la pareja.

En suma, un modelo de vida, en ciertos aspectos semejante a la soltería, un tipo de comunicación no excesivamente intimista, la disparidad, la flexibilidad de reglas y la separación sexo-afecto no facilitan la creación de una pareja duradera, tan es así, que para el 50% de las parejas gays la relación no se mantiene más de cinco años y en el último año otro 50% ha tenido de una a cinco parejas sexuales distintas.

6.2. Lesbianismo

Dado que los roles masculino y femenino se estructuran de forma diferente en todas las culturas, de la misma manera la homosexualidad femenina no tiene nada que ver con la masculina, de ahí que resulte más apropiado hablar de lesbianismo y no de homosexualidad femenina. El lesbianismo apenas se ha estudiado o, al menos, no tanto

como la homosexualidad masculina, y eso a pesar de que las conductas homoeróticas son más frecuentes en mujeres, especialmente al final de la infancia y comienzo de la adolescencia, donde nunca se ha visto mal del todo que las mujeres se cogieran de las manos, bailaran juntas o entrenaran sus primeros besos eróticos con otras amigas. Quizás esta discreta permisividad sea una de las razones por las que el lesbianismo no ha sido tan visible como el mundo gay.

Por otro lado, tanto la fuerza del "orgullo gay" masculino como el movimiento feminista han tenido recluido en la oscuridad al lesbianismo dejándolo en un plano muy profundo, ya que las relaciones con las feministas casi nunca han sido buenas, porque desde el lesbianismo se cuestiona la obligatoriedad de la orientación sexual heterosexual, pero no la construcción social de género.

En todo caso, es imposible entender el lesbianismo sin los cambios sociales relacionados con la liberación de la mujer. Ser lesbiana implica no sólo la posibilidad de tener una pareja del mismo sexo sino rechazar al varón desde un punto de vista sociológico. Supone una independencia de quien ha tenido siempre el poder y aunque exista una mayor afinidad sexual hacia el sexo propio, no se rechazan los roles que suponen la relación con el hombre, como la maternidad.

Ha habido, por tanto, que esperar a los cambios sociales y aunque el lesbianismo ha existido siempre, no se ha podido manifestar hasta el último tercio del siglo veinte. Organizaciones lésbicas como las Daughters of Bilitis y algunas modestas publicaciones fueron creando la semilla, a partir de los años sesenta del siglo pasado, para la construcción del lesbianismo en Occidente.

6.2.r. Identidad lésbica

Siguiendo a Soriano (1999), el proceso de autodefinición es similar al de los hombres pero con algunas diferencias, por ejemplo, el inicio es más temprano en los hombres, los cuales además de no sentir afinidad por el sexo contrario, se dan cuenta antes de su atracción por otros hombres. Las mujeres que no se sienten atraídas por hombres pueden interpretar que no han encontrado al hombre adecuado y su atracción hacia alguna mujer probablemente puede confundirse con la amistad profunda o la admiración.

Otra diferencia sería que el inicio suele ser menos conflictivo. En general la mujer tiene menos problemas para asumir su homosexualidad aunque transcurre más tiempo entre su atracción homoerótica y el cuestionamiento de su orientación sexual. De esta manera, aún sintiendo la atracción por otras mujeres, tardan más en definirse. Así, un 23,08% de las que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres, incluso formando pareja, no se definen como lesbianas, cuestión que sólo ocurre a un 7,69% de los hombres. En todo caso, las mujeres suelen formar parejas estables antes que los hombres.

Mientras los hombres se relacionan con otros homosexuales para aceptarse, las mujeres no se suelen relacionar con otras hasta estar identificadas como lesbianas, por este motivo acceden más tarde al "ambiente".

Actualmente muchos hombres entran en contacto con asociaciones de homosexuales como un paso anterior a la salida del armario, situación que rara vez acontece en mujeres que, por lo general, se acercan a las asociaciones cuando ya tienen pareja.

6.2.2. Origen del lesbianismo

El número de estudios sobre las causas determinantes de la orientación lésbica ha sido ridículo si se compara con los empleados en el estudio de los homosexuales. Además, en la mayoría de los casos, se han extrapolado las ideas presuponiendo que las causas serían semejantes. Así, las teorías psicológicas manejan iguales presupuestos que en el caso de los hombres y en cuanto a las teorías biológicas, se resumen a continuación algunos de los supuestos y estudios propuestos.

Se ha escrito, sin mucha evidencia, que las lesbianas presentan pelvis menos alargadas que la media de las mujeres heterosexuales.

Otra de las variables investigadas, al igual que en el caso del varón, es la longitud de los dedos, concretamente la proporción de longitud entre los dedos índice y anular. Como se vio anteriormente, en teoría, debido a la acción de los andrógenos en período fetal, los hombres suelen tener el dedo índice más corto que el anular mientras en las mujeres, el índice y anular suelen tener la misma longitud. Se ha percibido una tendencia en las lesbianas a tener el dedo índice más corto que el anular en mayor proporción que las mujeres heterosexuales.

Con respecto a los clásicos estudios con gemelos, existe constancia de que el 48% de 71 gemelas monocigóticas, el 16% de 37 gemelas dicigóticas y el 6% de 35 hermanas adoptivas eran homosexuales. El 14% de hermanas biológicas no gemelas eran homosexuales (Bailey, Pillard Neale y Agyei, 1993).

Probablemente uno de los estudios más específicamente centrados en el lesbianismo es el propuesto por McFadden (2002), quien mantiene que la homosexualidad y la bisexualidad de las mujeres podría deberse a la masculinización del oído interno y de ciertas estructuras cerebrales.

En teoría existen diferencias notables entre el oído interno de los hombres y el de las mujeres. Al oír ciertos sonidos, el oído humano produce una especie de eco interior denominado emisión otoacústica que suele ser más débil en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, en todas las mujeres homosexuales y bisexuales estudiadas, las emisiones otoacústicas del oído interno eran más débiles que en el caso de las

heterosexuales, es decir, actuaban de una forma masculinizada; podría sugerirse por tanto que existe una región del cerebro que se desarrolla de una forma similar a la de los hombres. Lo que en absoluto aclara el estudio es si las diferencias encontradas son previas o posteriores al desarrollo del lesbianismo.

Otras investigaciones han evaluado las diferencias en las tareas espacio-visuales, y en cuanto a las tareas de rotación mental, las mujeres lesbianas son moderadamente más hábiles que las mujeres heterosexuales (Rahman y Wilson, 2003).

El último descubrimiento consiste en el hallazgo de una "atípica asimetría cerebral y diferentes conexiones neuronales" con el uso de la tomografía de emisión de positrones, al comparar con heterosexuales (Ivanka y Lindström, 2008).

6.2.3. La pareja lésbica

Un problema importante de la pareja lésbica radica en que al ser una nueva construcción, las mujeres lesbianas no manifiestan un rol bien determinado, no teniendo del todo claro qué esperar de la otra persona. En las relaciones heterosexuales, la mujer lleva el cuerpo hecho a adaptarse a ciertas idiosincrasias del género masculino, pero cuando la relación es con otra mujer, se piensa en una supuesta igualdad y se construyen en general unas expectativas desmedidas.

En el contexto heterosexual, vivir para el varón puede significar, exclusivamente, ser sujeto deseable para él. La mujer lesbiana demanda y acaba conquistando el derecho a vivir una vida distinta, lo que implica cambios importantes para la sexualidad teniendo que generar habilidades descantes más complejas hacia su pareja.

Por lo general se erigen, de forma explícita o implícita, dos modelos de relación, una basada en relaciones amistosas y la otra centrada en el amor romántico. El modelo amistoso suele considerarse adecuado, ya que por definición implica relaciones libres e igualitarias, pero no se corresponde con el ideal de pasión, donde el referente es la concepción occidental moderna del amor, que incluye fuertes contenidos divergentes de roles de género.

Juliano (2004) afirma que este último modelo tiene mucha fuerza, porque en sociedades individualistas como es el caso de las actuales sociedades desarrolladas, donde todos los vínculos son débiles, el amor se ha transformado en el sustituto de la religión, del cual se espera que dé sentido a la existencia, su ausencia produce angustia y genera la sensación de que algo anda mal.

La relación se deteriorará si existe una discrepancia en el modelo esperado y las expectativas de una están centradas en el amor romántico mientras la otra espera el modelo amistoso.

Tal como dice Castañeda (1999), los mejores calificativos para aplicar a una pareja lésbica, basada en el modelo romántico, son "intensidad", "sobrepotección" e "identificación". Existe una comunicación emocional intensa, hablan continuamente de lo que sienten, de la naturaleza de la relación, de sí mismas. En el proceso fusión/separación que conforma y necesita cualquier relación amorosa, ellas se sienten amenazadas en el momento separación.

La sobrepotección se detecta porque suele haber un gran nivel de preocupación por la otra persona, tratan de prever sus necesidades afectivas, intentan adelantarse a sus pensamientos, hay exceso de cuidados hacia la otra persona y, a veces, incluso adoptan posturas maternas con la compañera.

A costa de una comunicación tan profunda y una empatía asombrosa, las mujeres que entran en este tipo de relación, especialmente si previamente han tenido una pareja heterosexual, se sienten queridas como ni tan siquiera habían soñado. En ocasiones, tal nivel de identificación lleva a un proceso de mimetización en el cual se llega incluso a vestir de la misma manera, adoptar los mismos giros en el lenguaje y aislarse del resto de amistades.

En este ambiente, la posesividad que se va generando puede dar lugar a celotipias profundas y niveles exacerbados de dependencia emocional, además de incapacidad de tomar decisiones propias sin contar con la otra persona. Se termina por perder la autonomía y cuando comienza a recuperarse de nuevo, la situación se entiende como un declive del amor.

Para evitar el declive, la pareja lésbica, cuyo nivel de comunicación parecería envidiable, no saca a la luz los pequeños problemas de la relación con la idea de no enturbiar algo que consideran debiera ser mágico. Con este sistema, pueden acumular muchos pequeños desacuerdos en la forma de vida que van minando la relación.

Esta forma de comunicación y la intensa complicidad termina produciendo un hermanamiento que probablemente tenga mucho que ver con la disminución de la sexualidad. El fenómeno de autoexposición, es decir, el conocimiento profundo de la otra persona es un factor que elimina sorpresa y hace perder atractivo erótico a la relación.

Mucha gente cree que la pareja lésbica está formada por una mujer viril con otra femenina en perfecta división de papeles. Sin embargo, esto raramente acontece pudiendo haber dos mujeres muy femeninas o por el contrario muy masculinas. Casi el 50% de mujeres lesbianas se define como "andrógina", el 20% "más bien femenina" y el 15% como "más bien masculina", sin que se encuentren diferencias significativas en sus conductas sexuales.

En la pareja lésbica el sexo pasa de una vital importancia - al punto de que se puede

formar una pareja a partir de haber tenido un encuentro sexual satisfactorio - a un lugar secundario después de un par de años de vida compartida. Para la mujer lesbiana, a diferencia del gay, el sexo, incluso cuando se practica por pura satisfacción fisiológica, es lo suficientemente importante como para fijarse más detenidamente en la persona con la cual se ha tenido el encuentro erótico, cuestión superflua para los varones, que no tienen necesidad de ser llamados por teléfono el día después de una noche de sexo. Sin embargo, una vez establecida la relación, los arrumacos y otras expresiones de cariño suplen al encuentro erótico. Se llega así al fenómeno denominado en el ambiente lésbico como "The bed death", es decir, la muerte de la cama.

Una característica frecuente es la identificación del amor y el sexo. Cuando hay conflictos cesan las relaciones sexuales, a diferencia de los varones, que tienden a arreglar los problemas en la cama. Otra diferencia con el colectivo gay radica en que rara vez tienen aventuras; cualquier affaire es una gran pasión que pone en peligro a la pareja en lugar de revitalizarla, como puede suceder en las parejas masculinas o heterosexuales.

Gran cantidad de parejas pueden vivir en perfecta armonía muchos años sin echar de menos el sexo, hasta que la situación se vea amenazada por un nuevo enamoramiento que hará saltar en pedazos la relación y que, en muchas ocasiones, procede del apasionamiento por alguna amiga del círculo próximo.

En este contexto, la duración media de la pareja de mujeres es inferior a cualquier otro tipo de pareja incluidas las de homosexuales masculinos, con un promedio de cinco años, donde parece tener mucho que ver el declive de la relación sexual (Loulán, 1990).

6.2.4. Conductas sexuales

Existen bastantes trabajos que reflejan las conductas sexuales de las mujeres lesbianas. Uno de ellos, que en impresión del autor refleja el estado de nuestras mujeres, es el propuesto por Martínez, Rodríguez, Santiago y Sánchez (2001), quienes pusieron de manifiesto que la edad en la que la mayoría de mujeres lesbianas experimentaron la primera excitación fue a los 12 años.

Esa primera excitación fue provocada en el 26% de los casos por la visión de otra mujer sin tener contacto con ella; en el 22% por besos, abrazos y roces con una mujer, y el 15% por el contacto con un hombre. Lo más importante para activar el deseo sexual fue para el 30,3% un cuerpo bonito, para un 13,8% los sentimientos y para el 12,5% lo femenino que proyectaba su persona.

En el 60% de los casos el primer contacto sexual no coital fue con un hombre, mientras que en el 37% fue con una mujer y la edad más frecuente del primer contacto lésbico no íntimo o coital fue a los 15 años.

La primera relación íntima con una mujer fue para el 45% entre los 16 y 20 años, para el 18% entre los 21 y 25, y un 16% antes de los 15 años. Y el nivel alcanzado al tener una relación íntima o coital con una mujer, el 67% lo calificó de intenso y el 23% de alto nivel; el 5% lo marcó como regular y otro 5% no contestó. No se obtuvieron frecuencias para bajo nivel y nulo.

Respecto a la edad en que tuvieron conciencia plena de su preferencia sexual, la cual no implicaba aceptarse como homosexual, el promedio fue a los 20 años con el mayor pico a los 18 años. El 21,1% manifiesta no haber tenido relaciones sexuales con hombres porque no les llama la atención, el 12,5% ha tenido relaciones heteroeróticas por amor, un 10,5% para definirse y otro 10,5% por curiosidad.

Las relaciones sexuales no son imitaciones del coito heterosexual y, entre mujeres, al igual que en el colectivo gay, no suele haber una distinción entre activa y pasiva, siendo las conductas más frecuentes el cunnilingus y el tribadismo, consistente en la estimulación sexual mediante la frotación de zonas erógenas (las mujeres presionan y restregan sus vulvas una contra la otra, estimulándose el clítoris). La posición de tribadismo más frecuente es la "posición de las tijeras", enlace cruzado desde lados opuestos, de las piernas de ambas mujeres.

Alrededor del 90% de las lesbianas practican a veces la penetración, pero sólo el 30% de ellas lo hacen con algún juguete erótico.

6.3. Bisexualidad

6.3.1. Concepto

Como se ha visto con anterioridad, la orientación sexual es un proceso dinámico que fluctúa desde la heterosexualidad a la homosexualidad o viceversa. La bisexualidad, término moderno que aparece en los años 50 del siglo pasado, ocuparía el grado 3 en la escala de Kinsey y su explicación siempre ha estado ligada al estudio de la homosexualidad a pesar de que, en gran parte de las ocasiones, nada tiene que ver.

En principio se suele aplicar el término bisexual a cualquier persona que tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres. Pero la demostración de contactos físicos no debiera ser suficiente para catalogar a alguien de bisexual. Ya Kinsey (1948, 1953) puso de manifiesto que el 37% de hombres y el 13% de mujeres habían tenido al menos una relación sexual con personas de su mismo sexo, Janus (1993) habla del 22% de hombres y 17% de las mujeres, y obviamente estas personas no se consideran bisexuales. De ahí la importancia de la autodefinición en este caso. Pero si al hablar de la homosexualidad se vio que la autodefinición era prácticamente la última fase en el proceso de adquisición de la identidad homo, en la bisexualidad es común que pase al contrario. Es bastante frecuente definirse como bisexual sólo por el hecho de tener fantasías eróticas con ambos

sexos e incluso sin fantasías, como una opción cultural, iniciativa que en ocasiones se vive como un rechazo al sistema, otras como una vía para una mejor experimentación sexual y muchas veces, simplemente por moda o curiosidad (fenómeno muy frecuente en nuestros días, que se ha dado en llamar "bicuriosity").

Es habitual entender la bisexualidad tal como se define en el diccionario de la real academia de la lengua: "Bisexual es la persona que alterna las prácticas homosexuales con las heterosexuales". Sin embargo, hay cantidad de bisexuales que no alternan de forma secuencial las conductas sino que mantienen en tiempo real conductas homo y heteroeróticas.

Aunque quienes se definen como bisexuales suelen tener mayor preferencia por uno u otro sexo, es usual no manifestar ninguna preferencia especial. Algunos no suelen comprometerse emocionalmente, no perdiendo la ocasión de tener sexo cuando la persona que tienen enfrente resulta atractiva independientemente de que sea hombre o mujer. A este tipo de personas Masters y Johnson (1978) los denominaron ambisexuales.

Numerosos individuos que mantienen relaciones sexuales con ambos sexos no se consideran bisexuales porque sienten que en sus relaciones no se compromete el sentimiento. Por el contrario, otras personas se consideran bisexuales a pesar de haber tenido relaciones solamente con miembros de un mismo sexo.

Para muchos la bisexualidad es una etapa de transición entre la heterosexualidad y la homosexualidad, pero distintos estudios acerca del tema señalan con claridad que parte de las personas con conductas bisexuales se autodefinen como homosexuales, y otras que no se autodefinen como tales, tienden a la bisexualidad. Así, por ejemplo, alrededor del 40% de homosexuales sienten a veces deseos heterosexuales (Weinberg, Williams y Pryor, 1994). Por el contrario, algunos estudios han puesto de manifiesto que pese a que hombres autodefinidos como bisexuales, subjetivamente se excitan ante la visión de escenas de hombres y mujeres, la respuesta medida con fotopletismografía del pene mostraba un patrón de excitabilidad más parecido al de los gays (Rieger, Chivers y Bailey, 2005). Ciertamente, estudios longitudinales demuestran que la bisexualidad puede ser un estado de transición hacia la homosexualidad, cuestión que acontece a dos tercios de los hombres homosexuales y un 45% de las mujeres lesbianas en un plazo de cinco años (Dickson, Paul y Herbison, 2003). Trabajos más recientes han dejado establecido que la bisexualidad puede ser tanto un estado de transición como una orientación estable en sí misma, es decir, hay personas que se autodefinen como bisexuales y no cambian de orientación con el paso del tiempo, aunque efectivamente la bisexualidad se caracteriza por una mayor flexibilidad en la orientación (Diamond, 2008).

La orientación bisexual debiera implicar autodefinición (el sujeto se siente y comenta a los demás que es bisexual) conductas y fantasías sexuales homo y heteroeróticas, y vinculación afectiva con personas independientemente de su sexo (de forma secuencial o

concomitante se tienen lazos afectivos de mayor o menor intensidad con hombres y mujeres).

Como se ha referido anteriormente, las conductas por sí solas no pueden definir la bisexualidad, de hecho, pueden ser debidas a distintas situaciones:

- Estar de paso hacia la homosexualidad.
- Intento de aceptación de la heterosexualidad y negación de la propia homosexualidad.
- Relaciones homosexuales experimentales teniendo orientación heterosexual.
- Práctica homo como intento de aceptación de la orientación homosexual pero manteniendo el estatus heterosexual por incapacidad de salir del armario.
- Conductas bisexuales como pose identitaria de un colectivo que se autoconsidera de un estatus superior.

La bisexualidad, tal como le ocurría antaño a la homosexualidad, no es entendida en la sociedad como algo que se es, sino como algo que se hace. Actualmente la sociedad acepta la homosexualidad, como algo irremediable, por entender que la orientación no se elige (no todo el mundo lo acepta); sin embargo, la bisexualidad es considerada como una elección llevada a cabo por gente viciosa. Incluso entre los homosexuales la bisexualidad es mal entendida, se les considera homosexuales sin valor para salir del armario. En parte de la comunidad lésbica el rechazo es aún mayor y las bisexuales alcanzan el rango de traidoras. En suma, las personas bisexuales son frecuentemente víctimas de la bifobia.

Por otro lado, muchas de las personas con prácticas bisexuales manifiestan un denodado interés en que la bisexualidad no se entienda como identidad sino como una opción de libertad personal en pos de la variedad y la creatividad.

Otros bisexuales sienten que no encajan ni en el colectivo gay ni en el mundo heterosexual y han formado sus propias comunidades, corpus teórico y movimientos políticos, con símbolos y bandera propios (una franja rosada representando la orientación homosexual en la parte de arriba y una franja azul representando la orientación heterosexual en la parte de abajo, que se sobrepone para formar una franja lavanda que representa la combinación de las dos orientaciones), creando una especie de "orgullo" bisexual, que usa como clave la idea de que todos somos bisexuales aunque se pueda tender más hacia algún extremo del espectro, por tanto, la bisexualidad es lo más auténtico y libre.

6.3.2. Identidad bisexual

Hasta el momento no existe un soporte empírico que explique la bisexualidad pero se han

hecho diversas aproximaciones teóricas: la teoría conflictiva y la teoría adaptativa.

Desde la teoría conflictiva una persona puede ser homo o heterosexual, por lo que quien se define bisexual debe sufrir un conflicto de identidad, encontrarse en un proceso transitorio hacia la homosexualidad o defendiéndose de una verdadera orientación homosexual.

Desde la teoría adaptativa no se entiende la bisexualidad como un proceso de inmadurez o de transición como en la teoría anterior, la bisexualidad está caracterizada por la coexistencia de sentimientos y comportamientos tanto homoeróticos como heteroeróticos, y en una integración de la identidad homosexual y heterosexual. Los géneros no se consideran opuestos sino distintos.

En nuestro medio, una forma muy común de acceso a la bisexualidad es a partir del sexo en grupo. La sexualidad grupal, propiciada principalmente por los varones, da lugar a un tipo de experiencias muy reforzadoras que facilitan posteriormente las conductas homo sin rechazar, en absoluto, las prácticas heterosexuales.

Weinberg (1998) afirma, de forma simplista, que son factores biológicos los que determinan la homosexualidad y la heterosexualidad, mientras que los factores ambientales determinan diferentes grados de bisexualidad.

En todo caso, a diferencia de la homosexualidad, en la bisexualidad no suele haber conflictos de identidad, a pesar de que el bisexual está fuera de las normas sociales. Quizás por estar viviendo una etapa de mayor libertad, asume la identidad incluso con orgullo, aunque pueda pasar pequeños estados de confusión.

6.3.3. Incidencia de la bisexualidad

A día de hoy resulta totalmente imposible establecer datos aproximativos sobre el número de personas bisexuales. La mayoría de los estudios al respecto cifran la bisexualidad a partir de las conductas sexuales, lo cual es del todo insuficiente. En otros casos el dato fundamental es la autodefinición que, como se ha visto, es sólo uno de los elementos que configura una orientación sexual. Otra fuente son las aportaciones de las asociaciones de bisexuales, creadas a partir de los 70, que con más buena voluntad que precisión, aportan datos que, de ser ciertos, implicarían que la inmensa mayoría de la población es "bi", cuestión a todas luces incierta.

Para Izazola (1993), de una muestra de México entre 15 y 60 años de edad, serían bisexuales el 2,5%. Janus (1993) revela un 5% de bisexuales hombres y 3% entre las mujeres de EE UU. Entre hombres, Sundet (1988), en Noruega encuentra un 2,9%, Winkelstein (1986) en San Francisco, un 10,4%, Lever y colaboradores (1989) entre lectores del Playboy, un 12%, Ross (1988) en Australia, un 4,2% y Mercer y

colaboradores (2007) en Gran Bretaña un 10%.

Es lógico pensar que, si esos datos están referidos a conductas sexuales, las personas con auténtica orientación bisexual serán muchas menos.

Un estudio más reciente que analiza la evolución de la orientación entre quienes se consideran homosexuales, lesbianas y bisexuales muestra que un 57% de los jóvenes persisten como gays y lesbianas, un 18% transitan desde la bisexualidad a la homosexualidad y un 15% permanecen bisexuales (Rosario, Schrimshaw, Hunter y Braun, 2006).

6.3.4. Bisexualidad masculina

Ha sido mucho más estudiada que la femenina y dada la inmensa variabilidad de posibilidades, Ross (1991), sesgado por la teoría del conflicto, ha propuesto la siguiente clasificación:

- Bisexualidad defensiva: Frecuente en hombres casados con actividad homoerótica y con temor a ser catalogados como homosexuales.
- Bisexualidad del latino: Aplicada a hombres con conductas homoeróticas consideradas masculinas, por ejemplo, persona activa en la penetración anal pero no receptiva a la misma.
- Bisexualidad ritual: Típica de algunas culturas en estado primitivo de forma ritual como, por ejemplo, los Sambia.
- Bisexualidad de hombres casados: A diferencia de la bisexualidad defensiva, el hombre quiere tener conductas homoeróticas pero no puede permitírselo.
- Homosexualidad secundaria: En individuos cuya orientación se asume como heterosexual, pero con conductas homoeróticas por falta de mujeres disponibles (internados, seminarios, prisiones, milicia, etcétera).
- Hombres con igual interés en hombres y en mujeres: Sería la situación que anteriormente se ha denominado ambisexualidad.
- Bisexualidad experimental: Entra dentro del proceso que actualmente se ha denominado "bicuriosity", situación desinhibida por la cual se experimenta con el propio sexo por el único motivo de encontrar placer y experimentar nuevas sensaciones.
- Bisexualidad técnica: Aquella en la que se tienen relaciones sexuales con hombres que se presentan como mujeres, ya sean travestis o transexuales.

Izazola (1993) llevó a cabo un estudio con hombres bisexuales para averiguar el número de parejas que habían tenido a lo largo del último año y señaló que un 11,6% había tenido relaciones sexuales con hombres y con mujeres. De ellos, un 33,7% había tenido relaciones con más de una mujer y con hombres alguna vez. Un 38,4% con una mujer y con hombres alguna vez. Un 5,8% con hombres y con mujeres alguna vez, y un 19,5% no había tenido relaciones sexuales en el último año pero con anterioridad habían compartido sexo tanto con hombres como con mujeres.

Este mismo autor investigó la práctica de la penetración anal entre los bisexuales activos y reveló que un 22% no utilizaban la penetración anal nunca. Un 48% eran únicamente insertivos (penetran analmente pero nunca son penetrados). Un 21% eran insertivos y receptivos al mismo tiempo, mientras un 9% eran únicamente receptivos.

Entre las ventajas de tener relaciones sexuales con hombres destacan la mayor frecuencia sexual, menor compromiso y algunos describen cierta sensación de libertad.

6.3.5. Bisexualidad femenina

La bisexualidad femenina, como casi todo lo relacionado con la mujer, está mucho menos estudiada. La invisibilidad de la mujer en general y, lesbiana en particular, se extiende de lleno a la bisexualidad a pesar de que los comportamientos bisexuales probablemente son más frecuentes en mujeres. También es más común que en varones la no asunción de identidad. A modo de ejemplo, en un estudio con mujeres que tenían relaciones sexuales con ambos sexos, sólo una cuarta parte se identificaba como bisexual y ninguna se identificó como lesbiana. Asimismo se da entre mujeres una alta flexibilidad en la orientación, de forma que a lo largo de diez años un 67% de mujeres que se consideraban bisexuales habían cambiado de orientación al menos una vez y un 36% más de una vez (Diamond, 2008).

Es muy frecuente, en mujeres bisexuales, reivindicar que obtienen distintos beneficios del contacto con los distintos sexos. Algunas refieren que otras mujeres satisfacen en mayor medida que los hombres sus necesidades emocionales y afectivas, además de tener una sexualidad menos genitalizada y más igualitaria. Sin embargo también disfrutan de algunas de las características típicas de la sexualidad masculina y, sin duda, de las ventajas sociales de no definirse como lesbiana, aparte de la posibilidad natural de la procreación.

Comparando las bisexuales con las hetero y las lesbianas, las primeras son menos proclives a procrear, tienen más parejas sexuales masculinas, inician el sexo más rápido tras conocer a alguien, y más frecuentemente practican sexo anal y oral (Mercer et al., 2007).

Una de las virtudes más destacadas a la hora de compartir sexo con otras mujeres

radica en la comunicación. A veces, en la relación hombre mujer la comunicación es inexistente, especialmente en parejas de larga duración, donde el lenguaje se convierte en descriptivo casi de forma exclusiva, sin apenas margen para el lenguaje emocional. Por el contrario, en la relación entre mujeres suele estar presente siempre la comunicación emocional y la complicidad, tal como se mencionó en el apartado anterior.

En resumen, la mayoría de individuos bisexuales tienen relaciones con hombres por lo que les gusta de los hombres y tienen relaciones con mujeres por lo que les gusta de las mujeres. Luego, dependiendo de la persona, habrá una mayor o menor implicación emocional, situación menos frecuente en hombres, que conlleva asumir lo que se ha denominado orientación bisexual.

Además muchas personas acceden a la bisexualidad sólo en las fantasías y otras se autoempujan por cuestiones ideológicas, sin dejar atrás a quienes están de paso hacia la homosexualidad o la heterosexualidad. Por tanto, también aquí, sería un gran ejercicio de prudencia no hablar de bisexualidad sino de bisexualidades.

Desde luego se echa en falta la existencia de buenos estudios al respecto y sería necesario crear líneas de investigación que profundicen en la orientación bisexual, pues quién sabe, quizá tal como dicen los seguidores de la bandera rosa, lavanda y azul, un bisexual es una persona libre que ha vencido la cultura opresiva del género. Pero con lo que pueda tener de verdad o mentira ¿será la bisexualidad una herramienta de futuro para reanimar a la pareja tradicional hoy en crisis?

PARTE II

TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

7

Clasificación y evaluación de los trastornos sexuales

7.1. Clasificación de los trastornos sexuales

No existe consenso suficiente entre los distintos especialistas que trabajan en este campo a la hora de definir y clasificar las disfunciones sexuales. Por ello, se han propuesto distintos sistemas clasificatorios más o menos prácticos y con una variabilidad considerable (cuadro 7.1).

Cuadro 7.1. Clasificación de las disfunciones sexuales

Hastin	(1963)	APA	(1980/87/94)
Eysenck	(1965)	Shover	(1982)
Hirsch	(1966)	Bianco	(1988)
Wolpe	(1969)	Carrobbles	(1991)
Masters	(1970/1987)	CIE 10	(1992)
Haslam	(1974)	AMSSAC	(1993)
Kaplan	(1974/77)	AFUD	(2000)
Sharpe	(1976)	Basson <i>et al.</i>	(2003)
		FLASSES	(2008)

Los más usados en el ámbito médico son el CIE-10 y el DSM IV-TR (APA, 2000). La primera clasificación no tiene, hoy día, ninguna utilidad práctica en el ámbito de la sexología clínica, siendo mucho más relevante el DSM IV-TR (APA, 2000). En sexología se ha empleado con mayor frecuencia el sistema descriptivo multiaxial orientado al problema y en la actualidad, la clasificación propuesta por el panel de expertos liderados por Basson centrada en las disfunciones femeninas (2003). La clasificación más reciente y completa, aunque sometida todavía a debate, ha sido la liderada por Bianco (2008) como coordinador de un grupo de expertos de la FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología). Son estas cuatro últimas las que por su posible utilidad van a ser reseñadas en este texto.

7.1.1. Clasificación DSM-IV-TR

Lo más destacable de esta clasificación radica en la utilización de un criterio diagnóstico multiaxial, incorporando varias dimensiones de vital importancia en el terreno práctico. Diferencia todos los trastornos en adquiridos o "de toda la vida", en relación a la presentación en el tiempo de la disfunción.

Una dimensión distingue si la disfunción es generalizada o situacional, partiendo de que el trastorno esté presente de forma persistente o sólo en algunas ocasiones.

Otra dimensión hace referencia al grado de severidad de la disfunción, denominándola "total" cuando la afectación es completa, o "parcial" cuando existe cierto nivel de respuesta.

El código y los términos referentes a los trastornos sexuales son los siguientes:

- F52.0 Trastornos del deseo sexual: Trastornos del deseo sexual hipoactivo [302.71].
- F52.10 Trastornos por aversión al sexo [302.79].
- F52.2 Trastornos de la excitación sexual: Trastornos de la excitación sexual en la mujer [302.72]. Trastorno de la erección en el varón [302.72].
- F52.3 Trastornos orgásmicos: Trastorno orgásmico femenino [302.73]. Trastorno orgásmico masculino [302.74]. F52.4 Eyaculación precoz [302.75].
- Trastornos sexuales por dolor: F52.6 Dispareunia [302.76]. F52.5 Vaginismo [306.51].
- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.
- Trastorno sexual inducido por sustancias.
- F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.70].

El código y los términos referentes a las parafilias son los siguientes:

- F65.2 Exhibicionismo [302.4].
- F65.0 Fetichismo [302.81].
- F65.8 Frotteurismo [302.89].
- F65.4 Pedofilia [302.2].
- F65.5 Masoquismo sexual [302.83].
- F65.5 Sadismo sexual [302.84].
- F65.3 Voyeurismo [302.82].
- F65.1 Fetichismo travestista [302.3].

- F65.9 Parafilia no especificada [302.9]. En esta categoría se codifican las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Algunos ejemplos pueden ser: escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (cadáveres), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), zoofilia (animales), coprofilia (heces), clismafilia (enemas) y urofilia (orina), etc.

El código y los términos referentes a los trastornos de identidad sexual son como sigue:

- F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado [302.6]. Esta última categoría se incorpora para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:
 1. Enfermedades intersexuales y disforia sexual acompañante.
 2. Comportamiento travestista transitorio relacionado con el estrés.
 3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.
- 52.9 Trastorno sexual no especificado [302.9]

El DSM IV-TR, aunque deja a juicio del clínico los mínimos elementos necesarios para determinar una patología, presenta una alta fiabilidad diagnóstica entre evaluadores, con un coeficiente kappa de 0,86 en la menor de las estimaciones.

7.1.2. Sistema Multiaxial Orientado al Problema

A diferencia del DSM, está pensado para utilizarse específicamente en centros especializados en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Los autores de este sistema (Schover, Friedman, Weiler, Heiman y LoPiccolo, 1982) pretendieron cuatro objetivos: facilitar la comunicación entre profesionales, incrementar el conocimiento sobre las disfunciones sexuales, mejorar la predicción del pronóstico y ayudar a elaborar el plan terapéutico.

Consta de seis ejes, relacionados con el ciclo de respuesta sexual, el dolor, las expectativas con respecto a la frecuencia sexual y uno dedicado a información relevante sobre el caso. En la dimensionalidad, aparte de disfunción primaria o secundaria (L v A), situacional o generalizada (G v S), se incluye información para especificar si la disfunción es referida por el paciente (Q) o percibida por el terapeuta.

A continuación se describen los códigos y ejes, habiendo quedado de manifiesto en un

estudio realizado en nuestro país que el método se ajusta mejor a la práctica clínica que el DSM (Mira, 1987).

Las categorías se detallan como sigue:

•Fase deseo:

10Bajo deseo sexual.

11Aversión hacia el contacto sexual.

(L v A), (G v, S),(Q)

•Fase excitación:

20Excitación subjetiva inhibida.

21Dificultad para lograr una erección.

22Dificultad para mantener una erección.

23Dificultad para lograr y mantener una erección.

24Excitación subjetiva inhibida + dificultad para lograr una erección.

25Excitación subjetiva inhibida + dificultad para mantener una erección.

26Excitación subjetiva inhibida + dificultad para lograr y mantener una erección.

27Excitación fisiológica y subjetiva inhibida en la mujer.

(L v, A), (G v, S), (Q).

•Fase orgasmo:

30Eyaculación precoz, previa ala penetración. (G v, S).

31Eyaculación precoz, menos de 1 min. (G v, S).

32Eyaculación precoz, 1-3 min. (G v, S).

33Eyaculación precoz, 4-7 min. (G v, S).

34Eyaculación inhibida (G v, S).

35Orgasmo anhedónico (G v, S).

36Orgasmo con pene flácido (G v, S).

37Orgasmo anhedónico con pene flácido (G v, S).

38Rápida eyaculación con pene flácido (G v, S).

39Orgasmo anhedónico con rápida eyaculación (G v, S).

40Anorgasmia (G v, S).

41Anorgasmia excepto en masturbación (S).

42Anorgasmia excepto en petting (S).

43Anorgasmia excepto en masturbación o en petting (S).

44Orgasmo coital poco frecuente (S).

45Anorgasmia excepto en el caso de uso de vibrador u otras ayudas mecánicas (S),

(L v, A), (G v, S), (Q)

•Dolor coital:

50Vaginismo.

51Dispareunia.

52Dolor al eyacular.

53Dolor tras eyacular.

54Otro dolor causado por la actividad sexual.

(L v, A), (G v, S), (Q).

•Insatisfacción con la frecuencia de relación:

60Desea una frecuencia menor a la actual.

61Desea una frecuencia mayor a la actual.

(L v, A), (G v, S), (Q).

•Información cualitativa:

70Prefiere como pareja sexual otra distinta a la actual.

71Travestismo.

72Fetichismo.

73Voyeurismo.

74Exhibicionismo (varón).

75Obtiene placer al infligir daño.

76Placer al experimentar daño.

77Ha padecido un asalto sexual.

78Víctima de violación.

79Incesto siendo padre/madre.

80Incesto siendo niño/a.

81Matrimonio no consumado.

82Placer al humillar a la pareja.

83Placer al ser humillado.

84Antecedentes de severa psicopatología.

85Presenta psicopatología severa.

86Severo estrés marital.

87Antecedentes de abuso de sustancias.

88Presenta abuso de sustancias.

89Antecedentes de malos tratos a la esposa.

90Malos tratos a la esposa actualmente.

91Está manteniendo una relación extramarital.

92Condición médica que afecta a la conducta sexual.

93Toma medicación que afecta a la conducta sexual.

98Pareja no disfuncional.

99No se realiza diagnóstico (Q).

7.1.3. Clasificación de Basson y colaboradores

El reciente auge de la investigación en sexualidad femenina ha dado lugar, entre otras cosas, a una nueva revisión de la respuesta sexual y de las disfunciones que padece la mujer. A continuación se recoge la propuesta de Basson y colaboradores (2003), que ha sido muy bien acogida. No se trata de un sistema diagnóstico multiaxial, sino que basándose en las experiencias anteriores y con un alto nivel de pragmatismo, se definen las distintas disfunciones sexuales femeninas tal como sigue.

- Trastorno del deseo: Ausencia o disminución de sensaciones, intereses, pensamientos o fantasías sexuales. La motivación para buscar la excitación es escasa o nula y debe tenerse en cuenta una involución fisiológica a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja.
- Trastorno subjetivo de la excitación: Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.
- Trastorno de la excitación sexual genital: Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital, además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares. Existe sensación subjetiva de excitación ante estímulos sexuales no genitales.
- Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital: Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.
- Trastorno persistente de la excitación sexual: Espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. La excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.
- Trastornos del orgasmo de la mujer: Ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación, a pesar de sentir excitación sexual.
- Dispareunia: Dolor persistente o recurrente al intentar o completar la penetración. Se incluyen las mujeres que no toleran los movimientos vaginales debido al dolor.

- Vaginismo: Dificultad persistente para permitir la entrada del pene, los dedos u otro objeto en la vagina a pesar de que la mujer lo desee.
- Trastorno por aversión sexual: Extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.

7.1.4. Clasificación de la FLASSES (2008)

Esta clasificación reúne unas características muy especiales, tuvo una edición anterior (Bianco, 1988), que aunque criticada por muchos autores, tiene el inapreciable valor de ser con mucha probabilidad la primera que, adelantándose a su tiempo, se podía denominar como "medicina sexual", término de moda en la actualidad.

La revisión actual, liderada de nuevo por Bianco con un grupo de expertos, partiendo de las premisas teóricas de la anterior, acaba de ser propuesta en octubre de 2008 en el marco del último congreso latinoamericano de sexología, por lo que en este momento comienza un debate en torno a la misma, donde una de las críticas esperables será la falta de ejes y dimensionalidad. No obstante, hace un recorrido exhaustivo por todas las patologías que se pueden presentar en la clínica, por lo que se describe a continuación de forma íntegra.

1. PATOLOGÍAS DEL SEXO

El proceso de diferenciación del sexo puede presentar desórdenes en el funcionamiento en cualquiera de sus dos fases: genética y anatómica debido a alteraciones de sus factores fundamentales.

FLASSES propone hablar de "Patología del Sexo" porque expresa que hay diferentes síndromes involucrados, lo cual no sucede con el término "Disforias de Género".

A)Patologías del sexo. Los desórdenes de funcionamiento se ubican en alguna de las fases del proceso de diferenciación del sexo (no incluidas dentro de las disforias de género mencionadas en el DSM IV-TR y en otras clasificaciones tiene otra ubicación).

A.1. Patologías de la fase genética. La característica principal es que hay una alteración en el par cromosómico 23 y la persona nace lesionada. Se han descrito las siguientes entidades clínicas:

A.1.1.Síndrome de Turner: Al par cromosómico del sexo le falta total o parcialmente un cromosoma. El cariotipo más frecuente es el 45, XO.

A.1.2.Síndrome de Klinefelter: El par cromosómico del sexo tiene un

cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXY.

A.1.3. Síndrome del Súper Hombre: El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma Y adicional. Cariotipo 47, XYY.

A.1.4. Síndrome de la Súper Mujer: El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXX.

A.2. Patologías a nivel de la fase anatómica. Las alteraciones pueden estar en alguno de los dos componentes - gonadal o cerebral - de la fase anatómica.

A.2.1. Patologías en el componente gonadal de la fase anatómica. Su principal característica es una alteración en el proceso de virilización o feminización del embrión, como consecuencia de disfunciones gonadales, la cual se observa al nacer o años después (conocidas como estados intersexuales en otras clasificaciones). Se describen las siguientes entidades clínicas:

A.2.1.1. Hermafroditismo Verdadero: La característica principal es la presencia en el individuo de un testículo y un ovario o un ovotestes, que conlleva a genitales ambiguos, con grados variables de masculinización o feminización.

A.2.1.2. Pseudohermafroditismo Masculino: La característica principal es la presencia de testículos no funcionales que conlleva grados variables de feminización.

A.2.1.2.1. Pseudohermafroditismo Masculino tipo 1: La característica principal es la anomalía en la síntesis de andrógenos, que conlleva niveles importantes de feminización.

A.2.1.2.2. Pseudohermafroditismo Masculino tipo II: La característica principal es una anomalía en los receptores androgénicos, que conlleva una feminización completa. Conocido como síndrome de insensibilización androgénica.

A.2.1.3. Pseudohermafroditismo Femenino: La característica principal es la presencia de ovarios no funcionales, que conlleva grados variables de virilización.

A.2.2. Patologías en el Componente Cerebral de la Fase Anatómica. Su principal característica es una alteración en los núcleos del sexo ubicados en la base del cerebro, lo cual conduce a identificarse como miembro del sexo opuesto, rechazando los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico (conocidas como Disfonia de Género, Alteraciones de la Identidad, Transexualismo).

A.2.2.1. Transexualismo completo o primario: La característica principal es la sensación persistente de rechazo, desde la infancia, a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico acompañado de un deseo constante de vivir como miembro del sexo opuesto.

A.2.2.2. Transexualismo transitorio o secundario: La característica principal es la sensación transitoria de rechazo a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico, acompañado por lo general de un deseo igualmente transitorio, de vivir como miembro del sexo opuesto. Aparece en la etapa de adolescencia o la adultez ante situaciones bien determinadas.

A.2.2.3. Ella/Él (Shemale). Él/Ella (Maleshe). La característica principal es la sensación persistente, desde la infancia, de rechazo a su sexo morfológico, sin incluir el pene o la vulva-vagina, acompañado con un deseo permanente de vivir como miembro del sexo opuesto.

11. PATOLOGÍAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL

FLASSES ha establecido que la función sexual es el proceso de activación de la unidad Situación/Estímulo Sexual-Respuesta Sexual. Dicho proceso tiene varias fases: la Situación/Estímulo, la Respuesta y un tiempo de funcionamiento sexual. En consecuencia, se pueden encontrar alteraciones en cualquiera de ellas o a nivel del tiempo.

FLASSES ha recomendado utilizar el constructo "Patología de la Función Sexual" para denominar cualquier alteración de la función sexual. Debe señalarse la fase donde se encuentra la alteración: en la situación/estímulo sexual, en la respuesta sexual o si se encuentra en el tiempo de funcionamiento sexual.

En general el ejercicio de la función sexual se realiza individualmente o en pareja - en ocasiones se lleva a cabo en grupos - de ahí que deba tomarse en cuenta esta variable cuando se intenten clasificar las patologías de la función sexual, ya que en algunos casos tienen preservada su función sexual individualmente, pero presentan alteraciones cuando realizan el ejercicio de la función sexual en pareja; estas situaciones constituyen cuadros clínicos bien delimitados y característicos.

B. Patologías de la función sexual

B.1. En el individuo

B.1.1. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de una

situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual. Éste es un requerimiento esencial y es referido por el paciente como una característica permanente (parafilias en otras clasificaciones).

B.1.1.1. Patologías en la fase de la situación/ estímulo sexual. factor: administrador específico. Cuando la especificidad se refiere a una persona u objeto:

B.1.1.1.1. Pedofilia: situación/estímulo sexual específica, niños/as prepúberes.

B.1.1.1.2. Zoofilia: situación/estímulo sexual específica, animales.

B.1.1.1.3. Fetichismo: situación/estímulo sexual específica, vestidos u otros objetos.

B.1.1.1.4. Somatofilia o parcialismo: situación/estímulo sexual específica con una única parte del cuerpo.

B.1.1.1.5. Gerontofilia: situación/estímulo sexual específica con personas ancianas.

B.1.1.1.6. Efebofilia o juventofilia: situación/estímulo sexual específica con personas adolescentes.

B.1.1.1.7. Triolismo: situación/estímulo sexual específica con dos personas.

B.1.1.1.8. Necrofilia: situación/ estímulo sexual específica con un tejido muerto.

B.1.1.1.9. Urofilia: situación/estímulo sexual específica con orina.

B.1.1.1.10. Coprofilia: situación/estímulo sexual específica con heces.

B.1.1.1.11. Misofilia: situación/estímulo sexual específica con suciedad.

B.1.1.1.12. Pornofilia: situación/estímulo sexual específica con material sexualmente explícito (vídeos, fotos, revistas y medios informáticos como Internet).

B.1.1.1.13. Transexofilia: situación/estímulo sexual específica con un Ella/Él (SheMale) o Él/Ella (MaleShe).

B.1.1.2. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual factor: método

específico. Cuando la especificidad está referida a un método:

- B.1.1.2.1. Sadismo sexual: método específico, provocar dolor o sufrimiento.
 - B.1.1.2.2. Masoquismo sexual: método específico, sentir dolor o sufrimiento.
 - B.1.1.2.3. Exhibicionismo: método específico, mostrar los genitales en público y por sorpresa.
 - B.1.1.2.4. Voyeurismo: método específico, mirar a terceros sin ser visto.
 - B.1.1.2.5. Travestismo: método específico, vestirse con ropas del sexo opuesto.
 - B.1.1.2.6. Frotismo: método específico, frotar el cuerpo contra otras personas de forma disimulada y en público.
 - B.1.1.2.7. Escaptofilia: método específico, observación directa del área genital.
 - B.1.1.2.8. Klismafilia: método específico, recibir enemas.
 - B.1.1.2.9. Braquiproctosigmoidismo: método específico, introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través del ano.
 - B.1.1.2.10. Telefonoescaptología: método específico, obtener excitación a través de una conversación telefónica erótica.
 - B.1.1.2.11. Asfixiofilia: método específico, obtener excitación a través de la falta total o parcial de oxígeno.
 - B.1.1.2.12. Cibersexofilia: método específico, obtener excitación a través del contacto directo, no físico, mediante la red.
 - B.1.1.2.13. Orgasmofilia: método específico, el orgasmo se obtiene solamente con la estimulación de una parte específica del cuerpo.
- B.1.1.3. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual factor frecuencia específica. La especificidad se refiere al número de veces que el individuo (él o ella) desea activar su función sexual en un lapso de tiempo, lo cual altera su funcionamiento en otras áreas de su vida.

- B.1.1.3.1. Frecuencia excesivamente alta. La especificidad es referida al número de veces que se activa la función sexual en el día, la cual es excesivamente alta, obligando a la persona a abandonar sus responsabilidades rutinarias (llamada ninfomanía en la mujer y satiriasis o donjuanismo en el hombre en otras clasificaciones).
 - B.1.1.3.2. Frecuencia excesivamente baja. La especificidad se refiere al escaso número de veces que se activa la función sexual (una vez al mes o menos), lo cual repercute en la estabilidad y funcionamiento de la pareja (denominada también deseo sexual hipoactivo o anorexia sexual en otras clasificaciones).
- B.1.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la ausencia total o parcial de las fases que constituyen el ciclo sexual, en otras palabras, los cambios anatomo-hormono-neuro-vásculo-endoteliales que integran la respuesta sexual están alterados (conocidas como impotencia y frigidez, respuesta sexual inadecuada, disfunciones sexuales o disfunciones psicosexuales en otras clasificaciones).
- B.1.2.1. Patologías en la fase de respuesta sexual en el varón
 - B.1.2.1.1. Ausencia de las fases de excitación y/o meseta. Alteración en el fenómeno de tumescencia peneana (conocida también como impotencia o disfunción eréctil).
 - B.1.2.1.2. Ausencia de las fases orgásmica y de resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y consecuentemente en el fenómeno de detumescencia (conocida como incompetencia eyaculatoria o disfunción eyaculatoria).
 - B.1.2.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual en la mujer
 - B.1.2.2.1. Ausencia de las fases: excitación, meseta, orgásmica y resolutive. Alteración en el fenómeno de tumescencia y en consecuencia en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y de detumescencia. "ni me excito ni acabo" (conocida como frigidez o disfunción orgásmica tipo 1).
 - B.1.2.2.2. Ausencia de las fases: orgásmica y resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y consecuentemente en el de detumescencia "me excito y no acabo" (conocida como disfunción orgásmica tipo II).

- B.1.2.3.Alteración muscular vulvar durante la fase de excitación. Se describen dos tipos de entidades:
 - B.1.2.3.1.Contracción hipertónica de los músculos pubococcígeos conocida como vaginismo.
 - B.1.2.3.2.Contracción hipotónica de los músculos pubococcígeos conocida como debilidad pubococcígea.
- B.1.2.4.Alteración vascular vaginal durante la fase de excitación. Se observan dos tipos:
 - B.1.2.4.1.Exceso de lubricación vaginal conocida como "mujer mojada, empapada'.
 - B.1.2.4.2.Déficit de lubricación vaginal conocida como " mujer seca7.
- B.1.3.Patologías del tiempo de funcionamiento sexual. Son consideradas como una categoría diferente debido a que todos los cambios anatómo-hormono-neuro-vásculo-endoteliales que subyacen en el proceso de activación de la unidad situación/estímulo-respuesta sexual están preservados; la patología se refiere a la alteración en el tiempo de funcionamiento que consume el mencionado proceso (incluidas entre las disfunciones sexuales o trastornos psicosexuales en otras clasificaciones).
 - B.1.3.1. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en el varón
 - B.1.3.1.1. Tiempo excesivamente rápido: conocido como eyaculación rápida, eyaculación precoz, eyaculación prematura.
 - B.1.3.1.2. Tiempo excesivamente lento: conocido como eyaculación retardada.
 - B.1.3.2. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en la hembra
 - B.1.3.2.1.Tiempo excesivamente rápido: conocido como orgasmo prematuro.
 - B.1.3.2.2. Tiempo excesivamente lento: conocido como orgasmo retardado.
- B.2.En la pareja
 - B.2.1.Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de

utilizar una situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual en la pareja (clasificadas erróneamente o no descritas en otras clasificaciones). Como la fase de la situación/estímulo sexual posee tres factores que la determinan, la especificidad puede estar localizada en cada uno de ellos.

B.2.1.1. Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual factor: administrador específico. La especificidad se refiere a una persona u objeto exclusivo.

B.2.1.1.1. Síndrome de disfunción sexual tipo 1: individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con otra persona distinta a su compañero/a habitual (legalizado o no).

B.2.1.1.2. Síndrome de disfunción sexual tipo II: individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con su compañero/a habitual, pero no así con otras personas.

B.2.1.2. Patologías en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: método específico. La especificidad se refiere a un método en especial.

B.2.1.2.1. Disfunción orgásmica coital: individuos que refieren la incapacidad para obtener orgasmo durante el ejercicio coital, no así de otra forma.

B.2.1.2.2. Disfunción orgásmica masturbatoria: individuos que refieren incapacidad para obtener un orgasmo durante la manipulación de sus genitales por parte de su pareja, no así de otras formas.

B.2.1.2.3. Síndrome de escaso ajuste coital (apraxia coital): individuos que refieren ejercicio coital deficitario debido a una incoordinación de los movimientos pélvicos en la pareja durante el coito.

B.2.1.3. Patología en la pareja en la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: frecuencia sexual específica

B.2.1.3.1. Síndrome de incompatibilidad de frecuencia de funcionamiento sexual (conocida también como discronaxia sexual). Caracterizado porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia dispar.

B.2.1.3.2. Síndrome de disparidad tiempo/frecuencia. Caracterizada porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia igual, pero a

destiempo, no coincidentes (conocido como Síndrome Chacón: "Cuando ella lo desea yo no, y viceversa').

B.2.2. Patologías en la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la presencia de una patología de respuesta sexual (vaginismo, disfunción eréctil) en uno de los miembros de la pareja. El otro miembro de la pareja, el cual funciona sin dificultad, desarrolla una patología en la fase de la respuesta sexual como consecuencia de la interacción prolongada (de 6 meses como mínimo) con su pareja.

B.2.2.1. Síndrome de la disfunción sexual de la pareja. Clínicamente se ha observado que en la mujer con vaginismo, su compañero desarrolla disfunción eréctil; en el hombre con disfunción eréctil, su compañera desarrolla disfunción orgásmica; en la mujer con disfunción orgásmica, su compañero desarrolla disfunción eréctil; en el hombre con eyaculación rápida, su compañera desarrolla una frecuencia de funcionamiento excesivamente baja.

B.2.2.2. Matrimonio no consumado. Es un síndrome donde la pareja no puede consumir el acto coital, debido, en la mayoría de los casos, a que la mujer presenta un vaginismo y su compañero desarrolla una disfunción eréctil. A veces el varón presenta una eyaculación rápida severa que le imposibilita el coito. En ambos casos no se puede consumir el acto coital durante períodos prolongados, meses y años. La relación afectiva en la pareja está preservada.

B.2.3. Patologías en el tiempo de funcionamiento sexual. La característica principal es la presencia de un tiempo de funcionamiento sexual dispar cuando se ejerce la función sexual con la pareja habitual, dicho problema no se presenta en el tiempo de funcionamiento sexual cuando se está con otra persona.

B.2.3.1. Síndrome de incompatibilidad del tiempo de funcionamiento sexual. Ambos miembros de la pareja refieren un tiempo de funcionamiento sexual operativo, sin embargo, cuando ejercen la función sexual, el hombre es más rápido que la mujer, o viceversa, y ello repercute en el ejercicio de la función sexual y posteriormente en la estabilidad de la pareja.

III. OTRAS PATOLOGÍAS EN SEXOLOGÍA

En esta sección se incluyen las patologías que no aparecen descritas en las categorías antes mencionadas.

C. Otras patologías del sexo y de la función sexual

- C.1. Aversiones sexuales (fobia sexual): rechazo extremo, persistente y recurrente a la actividad sexual.
- C.2. Dispareunia: dolor durante o después del coito.
- C.3. Orgasmo doloroso: dolor durante el orgasmo.
- C.4. Síndrome de koro (pene menguante): temor a la invaginación de los genitales.
- C.5. Priapismo: erección persistente y dolorosa.
- C.6. Dolor masturbatorio: dolor durante el autoejercicio de la función sexual.
- C.7. Anhedonia orgásmica: ausencia de placer durante el orgasmo.
- C.8. Cefalea poscoital: dolor de cabeza después del coito.
- C.9. Incapacidad para el cortejo: ausencia de habilidades durante el acercamiento y la intimidad.
- C.10. Euforia poscoital: euforia y elación después del coito.
- C.11. Síndrome de excitación sexual persistente: excitación persistente en ausencia de factores que la motiven.
- C.12. Síndrome de congestión pélvica: congestión a nivel pélvico acompañada de dolor.
- C.13. Síndrome de pene pequeño: percepción incorrecta de tener el pene pequeño.
- C.14. Síndrome de rechazo sexual por repelentes sexuales: suspensión súbita de la función sexual por la aparición de un repelente sexual.

7.2. La evaluación en salud sexual

Probablemente una evaluación correcta es la herramienta más importante a la hora de intervenir en el campo de la salud sexual. La evaluación en sexología plantea algunas diferencias con respecto a la evaluación exclusivamente psicológica o médica:

- Dificultad para la obtención de datos referentes a aspectos muy íntimos.
- Necesidad del manejo de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la sexualidad.

7.2.1. Qué evaluar

Hay que evaluar los estímulos sexuales, el sujeto receptor de dichos estímulos en su triple vertiente biológica, psicológica y social, las respuestas dadas por el mismo y las consecuencias que acarrearán. Todo ello cubriendo los siguientes objetivos de partida:

1. Verificar el diagnóstico que presenta el paciente. Una característica habitual de la terapia sexual es que el demandante rara vez manifiesta no saber lo que le pasa. De entrada sugiere "soy eyaculador precoz", o bien "soy anorgásmica".
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 consulta.
8. Contrastar sus actitudes sexuales.

7.2.2. Cómo evaluar

Los instrumentos empleados serán la historia sexual, autoinformes (cuestionarios) y autorregistros, la exploración clínica y la evaluación psicofisiológica.

A) Historia sexual

Constituye la herramienta más importante. Se corresponde con la denominada entrevista en el campo de la psicología.

En la historia sexual, la determinación precisa de las situaciones estimulares del pasado no es tan importante aunque necesaria, ya que en muchas ocasiones el tratamiento es eficaz sin llegar a conocer tales eventos. Sí es imprescindible obtener una descripción detallada de las actividades diarias de los pacientes para identificar los refuerzos que mantienen la situación.

Dado el apremio común en quienes presentan trastornos de la sexualidad, la primera entrevista debe terminar dando alguna respuesta y marcando pautas. Todo ello intentando motivar al paciente, que por lo general ha inventado todo tipo de fórmulas "caseras" antes de acudir al especialista, llegando desanimado por los sucesivos fracasos.

Tanto es así, que la mayoría consideran que su problema no tiene ninguna posibilidad de solución, de ahí la necesidad de motivar y animar desde el principio (absteniéndose de generar falsas expectativas).

No se debe olvidar que bajo ningún concepto debieran hacerse consideraciones éticas, por eso en este campo, más que en ningún otro, es necesario que las actitudes del terapeuta sean coherentes con el trabajo que desempeña.

Existen distintos modelos de historia sexual, entre los que destacan el modelo de entrevista de Masters y Johnson (1970), Kaplan (1974), Lobitz y Lobitz (1978), Lopiccolo y Heiman (1978), Hawton (1988). No obstante, en la práctica cada cual va elaborando su propio esquema.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se emplea un modelo, elaborado por el autor, que tiene como objetivo conseguir la hipótesis explicativa de cualquier caso en tres sesiones.

1. Primera sesión. En dicho modelo durante la primera sesión, aparte de los datos demográficos se recogen los siguientes:
 - a) Problemática actual: Además de la descripción del problema se debe dimensionar el mismo averiguando si el trastorno es primario o secundario. Si la aparición ha sido brusca o paulatina y si se da en todas las ocasiones (generalizado) o sólo en situaciones concretas (situacional). Igualmente se investigarán las contingencias de la aparición, es decir, con qué coincide o cursa la aparición del conflicto.
 - b) Conductas sexuales: Se investiga la frecuencia y periodicidad de las relaciones sexuales, tiempo dedicado a juegos eróticos, posturas y secuencias sexuales que son más satisfactorias o menos problemáticas para el paciente, etc. En suma, se indagan todas las pautas y hábitos sexuales para determinar qué cuestiones pueden ser reforzantes o, por el contrario, a qué situaciones se debe hacer frente.
 - e) Antecedentes médicos: Desde la primera visita es necesario formular una serie de preguntas para averiguar qué factores de carácter orgánico pueden estar interviniendo en el proceso. Cada disfunción sexual requiere su propia indagación, pero en general, se hace imprescindible preguntar acerca de antecedentes familiares, enfermedades padecidas o en padecimiento actual, ingesta de fármacos, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas, etc.). También se debe obtener información sobre el método anticonceptivo empleado y en el caso de la mujer, acerca de las dificultades menstruales.
 - d) Aspectos cognitivos: Es necesario investigar acerca de las atribuciones del problema. Pensamientos antes, durante y después de la relación, y expectativas

sobre la sexualidad ideal. Visión que se tiene de las propias características sexuales. Es el momento de investigar el nivel de motivación ante el posible tratamiento y si la persona acude de motu proprio o por iniciativa de su pareja.

Con este apartado normalmente se dará por terminada la primera sesión, que durará de 45 a 60 minutos.

2. Segunda sesión. En la segunda sesión, que debe durar el mismo tiempo que la primera, se prestará atención a los siguientes aspectos.

a) 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, realización de juegos eróticos infantiles, descubrimiento del placer sexual, inicio y evolución de las fantasías eróticas, inicio de la masturbación, etc.

Es muy relevante determinar las condiciones de las primeras relaciones sexuales y analizar los comportamientos con las distintas parejas, evaluando qué circunstancias mejoraban o empeoraban la respuesta sexual.

b) Relación de pareja: En este momento se hace un primer análisis sobre la situación de la pareja actual. Se investiga la comunicación, los motivos frecuentes de discusión, el nivel de acuerdo en las tareas, el tiempo y metas que comparten, la regulación del ocio, las intromisiones familiares, etc.

En muchas ocasiones, esta sesión hay que duplicarla, bien porque la historia psicosexual es muy amplia y la descripción de datos de interés consume todo el tiempo de la sesión, o porque los detalles sobre la relación de pareja son determinantes en el proceso y se necesita profundizar en el asunto.

3. Tercera sesión. En esta visita se prestará atención a las siguientes cuestiones:

a) Educación de la sexualidad: Se indagará en las fuentes de conocimiento sexual, expresiones afectivas de los padres, relación y aportaciones de los amigos, etc.

No se debe olvidar en este punto verificar la religiosidad e influencias de carácter esotérico.

b) Historia familiar: En algunas ocasiones no es necesario llevar a cabo una profunda investigación sobre la familia, pero como mínimo se deben conocer los datos demográficos de padres y hermanos. Tipo de relación y comunicación con los padres, así como las actitudes sexuales de los padres y hermanos.

Es fundamental estudiar el estilo de apego, que como es sabido va a determinar el tipo de relación con amigos y parejas; además, en ocasiones

predice el tipo de comportamiento sexual.

- c) Acontecimientos vitales: Se investigan situaciones pasadas que hayan podido generar un trauma. Para ello se examinan, entre otras cuestiones, las circunstancias vitales que cambiaría, si se han sufrido problemas económicos, problemas familiares, abusos o agresiones sexuales, etc.
- d) Estilo de vida: Este apartado, no tenido en cuenta en otros modelos de entrevista, es de suma importancia. De hecho, algunos estilos de vida son prácticamente incompatibles con una sexualidad saludable. No se puede pasar por alto indagar sobre la situación profesional, tiempo libre, ocio, relación con amistades, etc.
- e) Antecedentes psiquiátricos: Es necesario investigar si se han padecido o persisten trastornos de ansiedad, episodios depresivos y otros cuadros psicopatológicos.

No está de más investigar sobre la estructura de personalidad del paciente, cuyo conocimiento ayudará en el proceso terapéutico.

Esta entrevista, como se ha mencionado antes, puede realizarse en tres sesiones, pero es habitual, dependiendo del caso, que se pueda extender hasta seis o siete. Una vez transcurrido ese tiempo, se debiera establecer una hipótesis explicativa del cuadro, conociendo los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del mismo.

Con los datos obtenidos también debe ser posible, y sobre todo útil, establecer un análisis funcional; determinando el o los estímulos antecedentes, cómo estos estímulos repercuten en el paciente a nivel bio-psico-social, cuál es la respuesta inmediata y qué consecuencias acarrea.

En cuanto a la forma, un debate clásico de la sexología clínica radica en la valoración de las ventajas e inconvenientes de hacer la entrevista un único terapeuta, dos terapeutas a la vez, un terapeuta de sexo contrario a cada miembro de la pareja o un terapeuta del mismo sexo que el entrevistado para luego confrontar la información.

Aunque en el modelo de Masters y Johnson (1970) se valora como muy positiva la presencia de dos terapeutas de sexos distintos, en la actualidad, por cuestiones más prácticas que de otra índole, se ha impuesto la entrevista realizada por un único terapeuta sin tener presente el sexo.

Respecto al tiempo, Masters y Johnson (1970) emplean siete horas para la entrevista en varios días, Kaplan (1974) dedica cuatro horas y Hawton (1988) una sesión de 45 minutos a cada miembro de la pareja. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se dedican 45 minutos por sesión independientemente de que asista o no la pareja, para ir completando la historia en diversas sesiones, a la par que se valora el resultado de las

instrucciones prescritas.

Dos cuestiones conflictivas en este tipo de entrevista son el lenguaje empleado y la atribución de responsabilidades en la pareja.

El lenguaje debe ser todo lo técnico que el paciente pueda asimilar, es decir, si se habla en términos que todo el mundo entiende como "echar un polvo", "correrse", la comprensión será perfecta, pero puede haber una pérdida de autoridad y desconfianza. Es conveniente, por tanto, traducir aquellas palabras que no sean entendidas y facilitar al paciente, desde el principio, que se exprese en los términos que utiliza de forma cotidiana.

La atribución de responsabilidades dirigidas al otro miembro de la pareja es un problema común. Ante esta situación, siempre ha de manifestarse que, independientemente de quien haya comenzado a presentar cualquier síntoma, el proceso perjudica a ambos y en la resolución del problema tienen que colaborar los dos por igual.

B) Autorregistros

En psicología clínica los autorregistros son muy importantes como método de evaluación. Sin embargo, en sexología hay que tener en cuenta una serie de consideraciones respecto al uso y utilidad de los mismos. No resulta fácil someter a personas con disfunciones al relato exhaustivo de sus relaciones. De hecho, a nivel experimental, se ha demostrado que abandonan antes quienes se imponen una dura disciplina para rellenar los registros. Por otro lado, es muy común que los pacientes exageren sus avances en los registros, sobre todo cuando es su pareja quien ha tomado la iniciativa para que acuda a terapia.

De todas formas el reto fundamental a la hora de prescribir un registro es precisamente evitar la autoobservación, fenómeno que incide de forma negativa en todas las disfunciones sexuales. Por ejemplo, un hombre con disfunción eréctil se pasa el día valorando el nivel de erección que obtiene ante un estímulo erótico y un tratamiento eficaz consiste en lograr que supere la autoobservación, por tanto, si tiene como tarea registrar la respuesta eréctil, se le estaría haciendo un flaco servicio.

Otras veces, en las disfunciones sexuales resulta útil registrar el día, 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 y pensamientos y sensaciones posteriores a la experiencia (cuadro 7.2).

A veces, cuando los niveles de ansiedad son muy elevados y existen creencias irracionales que aconsejan una reestructuración cognitiva, pueden ser útiles registros elaborados expofeso que faciliten el trabajo y sirvan para concienciar al paciente.

En el tratamiento de algunas parafilias los registros sí que 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 (cuadro 7.3).

Cuadro 7.2. Autorregistro

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

Cuadro 7.3. Autorregistro de parafilias

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

C) Cuestionarios

Tienen la ventaja del procesamiento estadístico y la desventaja de la pérdida de datos intuitivos por parte del terapeuta. Por otro lado, desde una perspectiva práctica, los cuestionarios acceden a información que el terapeuta puede olvidar, permitiendo investigar casi todos los aspectos imaginables. Es necesaria cierta cautela a la hora de administrar los cuestionarios, pues como es sabido, el mero hecho de cumplimentarlos modifica algunas conductas posteriores.

Entre los cuestionarios disponibles destacan:

- 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 (Carrobbles, 1985).
- Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Golombok y Rust, 1986).
- Index ¿Sexual Functioning for Women (BISF-W; Taylor, Rosen, Leiblum, 1994).
- Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ; Clayton, McGarvey, 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., 2002).
- Perfil de la Función Sexual Femenina (PSPF; 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)

Pese a posibles inconvenientes menores, los autoinformes son de inestimable utilidad para:

- Recabar datos que se han podido quedar atrás.
- Permiten la realización de múltiples investigaciones.
- Reflexionar e investigar más profundamente aquellos casos cuyos resultados no se correspondan con el diagnóstico intuitivo a través de la historia.
- En ocasiones, los resultados obtenidos llevados a gráficas suelen ser de extrema utilidad para explicar al paciente la situación en que se encuentra.
- Obtener información de pacientes que son difíciles de entrevistar.

Parte de los cuestionarios disponibles son imprescindibles en el campo de la investigación y algunos de ellos sólo sirven para la realización de ensayos clínicos. Por experiencia propia, en la consulta diaria con pacientes reales, los de mayor utilidad son el IIS, el GRISS y el SAI-E.

El inventario de miedos sexuales y el inventario de placer sexual son especialmente útiles en casos concretos de aversión sexual.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se utilizan casi de forma sistemática el GRISS, SAI-E e IIS.

Para hacer una evaluación exhaustiva suele ser muy preciso el IIS, que además fomenta la comunicación entre la pareja, sobre todo si se incita a comentar conjuntamente las respuestas del cuestionario una vez contestado. El GRISS y el SAI-E también son de suma utilidad para tener una visión global y no dejar ninguna posible conducta sin investigar.

En cualquier caso, de nada sirve acumular muchos datos si no se logra formular una hipótesis explicativa del problema. Una evaluación será exitosa, si al final de la misma se conoce cuáles son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción y es posible explicar al paciente qué causas favorecen su disfunción y cuáles son los objetivos que se deben abordar para corregirla.

D) Exploración clínica

En psicología clínica el siguiente apartado de la evaluación sería la observación, pero este aspecto fundamental de la evaluación conductual tropieza con serios problemas en el

campo de la sexología.

Si bien Masters y Johnson comenzaron sus estudios sobre respuesta sexual con observación directa de personas en pleno contacto sexual, la poca validez ecológica que supondría la observación de pacientes con trastornos sexuales hace que no se pueda contar con esta herramienta. No obstante, algunos autores hacen observaciones en directo o recomiendan que se graben en vídeo para examinarlo después.

En la práctica, la observación en el ámbito médico consiste en hacer una exploración clínica, cuestión imprescindible en algunas disfunciones sexuales, especialmente en disfunción eréctil, eyaculación precoz, aneyaculación, vaginismo, trastorno de excitabilidad y algunas anorgasmias. La exploración se verá de forma más detallada en el estudio de cada disfunción.

E) Estudio psicosexofisiológico

En la actualidad existe un creciente aumento de la tecnología aplicada a la investigación y diagnóstico en sexología. Aparte de los clásicos registros psicofisiológicos tales como dilatación pupilar, conductividad de la piel, temperatura corporal, respuesta cardíaca, etc., han aparecido en los últimos tiempos sistemas de medición específicos de la respuesta genital, entre ellos la fotopletismografía penenana y vaginal, el uso de termistores, medidores de la tensión pubococcígea, medición del reflejo bulbocavernoso, etc.

Una de las funciones fundamentales de este tipo de técnicas es ayudar a la discriminación de problemas de etiología orgánica frente a funcional, analizar las preferencias estimulares de los individuos, así como comprobar la evolución del tratamiento. Sin embargo, algunas de estas técnicas adolecen todavía de la precisión necesaria, pero en un futuro próximo se podrá contar con aparatos de medida fiables e inocuos para el paciente.

8

Deseo sexual hipoactivo del hombre

La función sexual del hombre tiene una relación simbólica con el poder. Incluso hombres socialmente desfavorecidos, en su fuero interno, pueden considerarse afortunados por su autosupuesta respuesta sexual.

Muchas veces la habilidad sexual se convierte en el último reducto de la autoestima de un varón. Ya se vio en el capítulo 4, dedicado al ciclo vital, cómo desde niños los representantes del género masculino se han vanagloriado del tamaño y la erección. En los últimos tiempos, un alto control eyaculatorio se ha incorporado al elenco de herramientas del bricolaje sexual.

Cuando el caballero es despojado de su armadura sexual se encuentra absolutamente indefenso y perdido. Por ejemplo, cuando un hombre sufre disfunción eréctil, el impacto emocional es tan intenso que se movilizan distintos mecanismos psicológicos de defensa, de forma que algunos pacientes no reconocen la disfunción (negación) y otros la consideran normal (supresión). Así, un 75% asume la cuestión como un proceso natural y un 7% ni tan siquiera hace consciente la existencia del problema.

Las disfunciones sexuales que afectan a los hombres son las siguientes:

- Deseo sexual hipoactivo.
- Disfunción eréctil.
- Eyaculación precoz.
- Trastornos del orgasmo (eyaculación retardada y aneyaculación).

8.i. Deseo sexual hipoactivo

Es fácil distinguir entre deseo y excitación sexual. La excitación se refiere a los cambios físicos que se experimentan cuando hay una estimulación sexual externa o interna (fantasías). En el caso del hombre el signo predominante es la erección y en la mujer la lubricación, pero si a nivel teórico la diferenciación entre ambos conceptos es clara, en la práctica supone un continuo difícil de separar, pues el deseo se mantendrá si se tiene una

percepción clara de la excitación y a su vez la excitación es más fácil cuando existe un buen nivel de deseo. No significa esto que deseo y excitación tengan que ir juntos sin más remedio, a veces la separación está bien delimitada, especialmente en las mujeres. Por ejemplo, la situación donde un hombre comienza a ser estimulado desde cero e incrementa su excitabilidad apareciendo una erección, sin que necesariamente el deseo se dispare, y no deja de ser una respuesta mecánica generalmente agradable. Otras muchas veces existe una secuencialidad clara, bien el deseo comienza primero y más tarde viene la excitación, o por el contrario, se inicia la excitación, lo que activa subsecuentemente el deseo.

Entre el deseo del hombre y el de la mujer aparecen claras diferencias. La sexología sería otra cosa distinta sin las aportaciones de Masters y Johnson, pero hicieron un esfuerzo desmedido por asemejar la respuesta sexual femenina a la masculina, lo cual no es especialmente desacertado en cuanto al orgasmo, pero la experiencia diaria nos enseña cómo la excitabilidad y especialmente el deseo se presentan de formas no siempre parecidas en uno y otro sexo, no teniendo nada que ver en la mayoría de las ocasiones.

El deseo del varón es claramente finalista, necesita ser extinguido con el orgasmo; sin embargo, la mujer puede en un momento dado presentar varias posibilidades muy infrecuentes en el varón, a saber:

- Deseo de intimar con una persona, obviando un encuentro erótico.
- Deseo de ser tocada o estimulada por una persona (o varias...).
- Deseo de tocar a alguien sin más, sólo por satisfacer a otra persona.
- Deseo de generar una fantasía.

En el hombre cualquiera de estas distintas posibilidades de expresión del deseo se verían frustradas si no pudiera entrar enseguida en un proceso de excitación, que además, casi siempre debiera acabar en orgasmo, momento a partir del cual decrecería el deseo. En la mujer no es necesario ni tampoco desaparece el deseo obligatoriamente con el orgasmo.

8.1.1. Concepto

El deseo sexual hipoactivo del hombre, al igual que en la mujer, consiste en la ausencia permanente y persistente de fantasías eróticas y motivación para acceder a las relaciones sexuales.

Como se vio en la respuesta sexual, la mujer posee al menos dos formas distintas de desear, el "deseo fase I" que no tiene objeto y el deseo "fase II", muy relacionado con la

intimidad y evocado por estímulos concretos. En el caso del hombre, por motivos educacionales y biológicos, prácticamente todo el deseo es fase 1, por tanto, no son tan importantes los estímulos, lo cual no quiere decir que no desempeñen ningún papel. Si la mujer necesita un inductor externo del deseo que sea adecuado (una pareja de características concretas que la motive), el hombre no necesariamente requiere inductores sólidos, que suele suplir con fantasías u otros estímulos ajenos a la relación. Por tanto, la baja satisfacción con la pareja o la pérdida de atractivo por parte de la misma influye pero no tiene un papel tan determinante como en el caso de la mujer, aunque el sistema de atribuciones del hombre use esta coartada para explicarse el proceso.

8.1.2. Epidemiología

El deseo sexual hipoactivo de la mujer ha sido ampliamente estudiado, por el contrario son pocos los estudios que abordan esta disfunción en el caso del hombre. Revisando la escasa bibliografía existente, a finales de los 70 sufrían deseo sexual hipoactivo un 10% de los hombres (Mears, 1978). En una revisión de 52 estudios publicados entre 1990 y 2000, Simons y Carey (2001) encuentran una prevalencia que oscila del 0 al 3%. Flores Colombino (2004) señala una incidencia de deseo sexual hipoactivo del 11,2%.

8.1.3. Etiología

En la mayoría de las ocasiones no se puede determinar con precisión la etiología del deseo sexual hipoactivo del hombre, pero se conocen muchas variables que pueden incidir.

A) Aspectos orgánicos

El mayor factor de riesgo de la falta de deseo masculino es la edad. A partir de los 40 años el deseo comienza a disminuir y, si bien al mismo tiempo decrecen las hormonas sexuales, no todo se le puede achacar a aspectos fisiológicos. Como se verá en el capítulo 16, la sobrevaloración de la juventud y el mito de que alcanzada una edad el hombre no puede funcionar probablemente incida más que el deterioro físico provocado por el envejecimiento.

Aunque cualquier enfermedad crónica puede conllevar una disminución del deseo, es común en la diabetes, insuficiencia cardíaca, fracaso renal, etc. En general en todas las enfermedades que ocasionen fatiga, por ejemplo, entre los enfermos de sida el 89% refiere pérdida de deseo.

Resultan de especial relevancia las alteraciones hormonales. Concretamente el déficit de testosterona y la hiperprolactinemia, que ocasiona disminución del deseo y problemas de ansiedad (Buvat, 2003).

B) Aspectos psicológicos

La lógica apunta en el sentido de considerar la disminución del deseo como consecuencia del desamor y la pérdida de atractivo. No obstante, estas circunstancias de relevancia signi ficativa, no explican el problema de por qué la mayoría de los hombres presentan un deseo sexual hipoactivo generalizado, es decir, no les motiva el deseo su pareja ni ninguna otra persona.

En la bibliografía especializada destacan la ansiedad y el estrés como bases del trastorno, y además, algunos autores han resaltado el enfado, enojo o ira como elementos subyacentes en la ausencia de deseo (Bozman y Beck, 1991).

Se ha visto que los hombres con trastornos alimentarios y los vigoréxicos sufren problemas de deseo, seguramente por estar exclusivamente centrados en el propio cuerpo, además de los trastornos hormonales y metabólicos derivados de sus nocivos hábitos dietéticos.

Por otro lado, las alteraciones del estado de ánimo influyen de manera notable, por ejemplo, experimentan deseo hipoactivo un 40% de los depresivos.

Entre los pacientes del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se ha detectado que el 87% de los aquejados sufren disfunciones sexuales previas, reales o imaginadas. Cuando el paciente piensa que en su ejercicio sexual no da la talla, sufre un déficit de motivación o un proceso de evitación, terminando por una de las dos vías (o ambas) en una pérdida del deseo.

En definitiva, en nuestra experiencia, de mayor a menor frecuencia, la etiología del deseo sexual hipoactivo obedece a evitación por disfunciones sexuales previas reales o supuestas, alteraciones del estado de ánimo (con predominio del estrés agudo por cuestiones profesionales), conflictos de pareja, aversión al sexo, enfermedades crónicas, alteraciones hormonales y otras causas aisladas.

8.1.4. Formas clínicas

El deseo sexual hipoactivo puede ser de toda la vida (primario) o secundario. La otra dimensión, situacional o generalizada, es más teórica que práctica. Es posible tener deseo en unos contextos y no en otros (situacional), pero con el paso del tiempo el problema se termina generalizando a todas las situaciones. Una variedad que merece reflexión es cuando el deseo sólo existe con unas parejas y no con otras, lo que cabe preguntarse si se trata de un problema de deseo o simplemente una cuestión fisiológica.

En no pocas ocasiones acuden a consulta hombres aquejados de deseo sexual hipoactivo y al profundizar en la historia se observa un trastorno de la excitabilidad. En

las clasificaciones al uso, el trastorno de la excitabilidad masculina no aparece y en la práctica clínica la ausencia de excitabilidad se suele confundir con la disfunción eréctil. Ciertamente, resulta lógico pensar que si un hombre no se excita es difícil que alcance la erección, pero aunque poco frecuente hay quienes, desde el inicio de un contacto sexual, tienen una erección firme sin por ello apreciar la sensación subjetiva de la excitación.

Por tanto, se podría definir el trastorno de la excitabilidad masculina cuando de forma persistente y recurrente, tras una estimulación sexual adecuada, existe una erección firme que permite la penetración y la respuesta orgásmica, sin la sensación o con una leve sensación subjetiva de excitación. Esta situación, para ser considerada de entidad nosológica, debe causar malestar en el paciente.

Este cuadro poco frecuente que se suele confundir con el deseo hipoactivo, sería el equivalente al trastorno de excitabilidad subjetiva de la mujer, debiendo existir alguna satisfacción en el momento de la respuesta orgásmica, pero durante los juegos eróticos y la penetración existirá una cierta anhedonia y falta de concentración en la estimulación erótica.

8.1.5. Evaluación

Cualquier intervención encaminada a mejorar el deseo debe ser precedida por una exhaustiva evaluación, donde lo más importante es llevar a cabo una profunda historia clínica bien estructurada.

A) Entrevista

Es muy importante conocer de forma específica en esta disfunción:

- Si existen pensamientos sexuales o fantasías eróticas, tanto espontáneos como provocados voluntariamente.
- Si siente necesidad de acariciar o ser acariciado de manera sensual.
- Frecuencia con que necesita iniciar una actividad sexual.
- La frecuencia ideal de relaciones sexuales.
- Saber qué piensa al iniciar una relación sexual y cuando va pasando el tiempo sin tener relaciones sexuales.
- Determinar en qué circunstancias le sería más cómodo iniciar las relaciones.
- Qué actividades le resultarían menos molestas.

- Precisar cómo reacciona a las demandas de la pareja y si se siente aliviado cuando la relación sexual finaliza.
- Elaborar un listado de situaciones que le provoquen rechazo.
- Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal propia o de la pareja que puedan tener que ver con el proceso.
- Investigar qué cambios se han producido para que estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.
- Preguntar acerca de los pensamientos antes y durante la relación sexual.
- Averiguar si existe desmotivación o evitación ante los estímulos eróticos y hasta qué punto se siente intranquilo ante la idea de tener relaciones sexuales.

Debe diferenciarse si el problema de deseo es primario o secundario, situacional o generalizado. Si el deseo hipoactivo es primario, es decir, nunca se ha experimentado necesidad de acceder al sexo, seguramente se tratará de un problema de carácter psicógeno, a diferencia de la disfunción eréctil primaria, que suele ser de origen orgánico.

Cuando el deseo hipoactivo es situacional hay que evaluar de forma precisa en qué circunstancias mejora. Si el deseo es posible con unas personas pero no con otras, habrá que hacer una intervención de carácter distinto (consejo matrimonial, terapia de pareja, etc.).

Es necesario analizar la forma de evolución, es decir, si va disminuyendo con el paso del tiempo o evoluciona de forma intermitente alternando épocas mejores y peores.

Resulta imprescindible indagar sobre la eficacia de las erecciones y la satisfacción de la pareja, pues tal como se ha visto, detrás del deseo hipoactivo, casi siempre se encuentra el sentido catastrofista de no ser un buen amante. Tiene especial interés detectar la presencia de erecciones nocturnas, ya que el "sistema central de excitabilidad" es dependiente de la testosterona y mediador de dichas erecciones, por lo que se puede descartar un hipogonadismo.

En ocasiones hace falta hacer un diagnóstico diferencial entre deseo sexual hipoactivo, trastorno de excitabilidad, eyaculación retardada y disfunción eréctil.

Si el paciente se considera "impotente", refiere "no tener lo que hay que tener" basándose en que siente menos y entra en detumescencia cuando no hay estimulación directa habrá que pensar en un trastorno de excitabilidad.

En el deseo sexual hipoactivo no existe la motivación adecuada para iniciar un

contacto sexual, pero la respuesta es buena una vez comenzada; mientras que en el trastorno de excitabilidad puede haber ganas de sexo y los genitales no responden o bien la sensación de excitación subjetiva es pobre.

Es imprescindible hacer una buena evaluación de pareja, porque una posibilidad que en cierta forma incide es la falta de atracción por la compañera. De ahí la importancia de valorar la situacionalidad, es decir, si el proceso se da en todas las ocasiones o con todas sus parejas sexuales, o solamente en situaciones y con parejas concretas.

Una vez recabada la información anterior, se debe proceder a investigar los hábitos sexuales del paciente a nivel individual y en pareja siguiendo el modelo de entrevista propuesto en el capítulo precedente.

B) Cuestionarios

Existen cuestionarios específicos para el deseo masculino como The Sexual Desire Inventory (Spector, Carey y Steinberg, 1996), además casi todos los autoinformes tienen algún dominio específico dedicado al deseo, como en el índice Internacional de la Función Eréctil, lo que facilita la realización de estudios y ensayos clínicos, pero en general son de poca utilidad en la práctica clínica. Desde esta perspectiva, el GRISS resulta interesante dado que tiene subescalas que permiten medir la frecuencia sexual, la evitación y la satisfacción.

C) Autorregistros

En algunos casos puede ayudar en el proceso terapéutico la realización del típico autorregistro de columnas, analizando los pensamientos llevados a cabo antes, durante y después de una relación sexual. También puede ser de interés registrar las situaciones en que la pareja induce algún tipo de atracción.

D) Exploración

En la exploración clínica es conveniente examinar la presencia de rasgos de hipogonadismo como ginecomastia, atrofia testicular, pérdida del vello pubiano, etc. En caso de trastorno de la excitabilidad se debe evaluar la sensibilidad genital empleando escobilla, aguja y diapason. Mejor aún es hacer uso del biotesiómetro (aparato que sirve para valorar la función somatosensorial del nervio dorsal del pene a través de un dispositivo que emite distintos tipos de frecuencia y presión).

También se deben analizar las hormonas, especialmente calcular los valores de testosterona biodisponible y los niveles de prolactina en el laboratorio.

8.1.6. Tratamiento

El tratamiento del deseo sexual hipoactivo tiene como objetivo fundamental recuperar las fantasías eróticas e incrementar la motivación para acceder al sexo, para ello es imprescindible reestructurar las creencias erróneas acerca de la propia eficacia sexual, siempre limitada entre quienes no tienen deseo, y conseguir relaciones sexuales satisfactorias.

La satisfacción, máximo baluarte de la eficacia, se convierte en el motor que impulsa el deseo, es por esto que el tratamiento irá encaminado a mejorar la respuesta sexual.

Existen distintos modelos terapéuticos:

1. Modelo de Kaplan. Kaplan (1974), como ya se ha mencionado, es quien incorpora el deseo a la curva de la respuesta sexual de Masters y Johnson (1966). Para esta autora las medidas encaminadas a disminuir la ansiedad eliminarán el conflicto, salvo en aquellas situaciones donde la ansiedad deviene de conflictos edípicos donde las medidas conductuales no resultarán útiles, por lo que habrá de trabajarse el inconsciente. De forma resumida la estrategia consistiría en:

- Desensibilización a través de la focalización sensorial.
- Enfrentamiento a las ideas negativas y la ansiedad anticipatoria.
- Utilización y entrenamiento con fantasías eróticas.
- Empleo de biblioterapia.

2. Modelo de McCarthy. Para este autor (1995) son factores relevantes para llegar a un deseo hipoactivo la ira, la culpabilidad y la reacción ante posibles traumas sexuales. Este modelo, aunque puede ser aplicado al deseo del hombre, resulta más útil en el deseo sexual hipoactivo de la mujer y será visto en el capítulo 12.

3. Modelo de LoPiccolo y Friedman. Estos autores (1998) presentan un modelo que dota de mayor relevancia a la potenciación de los inductores externos del deseo, resultando algo escaso en cuanto al trabajo de la intimidad y la dinámica en pareja. Sin apenas centrarse en las causas del conflicto, basan su estrategia en:

- Técnicas de experimentación y reconocimiento sensorial.
- Insight hasta comprender las causas del problema.
- Reestructuración cognitiva para crear nuevas ideas y pensamientos positivos hacia la sexualidad.
- Intervenciones conductuales con prescripción de tareas sexuales para realizar en

casa, incluyendo entrenamiento asertivo, habilidades de comunicación y técnicas de inducción del deseo.

Este modelo es el más eficaz para el tratamiento del deseo en el hombre.

4. Modelo de Trudel. Descrito por Trudel y colaboradores (1997), es uno de los que mejores resultados obtiene en el tratamiento del deseo hipoactivo de la mujer, por lo que será descrito en las disfunciones femeninas. En todo caso, no es muy aplicable al varón.
5. Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Con muchas de las aportaciones de LoPiccolo y Friedman (1998), Hawton (1985), Kaplan (1974), Masters y Johnson (1970) más la experiencia del autor, se han desarrollado unas pautas con la finalidad de optimizar la respuesta eréctil y eyaculatoria, situaciones de las que no se sienten seguros la mayoría de quienes padecen deseo sexual hipoactivo, pensando en mejorar la satisfacción global al mismo tiempo que se trabajan las fantasías eróticas.

Los pasos serían los siguientes:

- a) Erotización sensual. Se trata de una serie de medidas imprescindibles de afrontar y superar para progresar en el tratamiento. Ésta es la fase más difícil y donde más abandonos de la terapia se producen porque a la persona afectada le cuesta entender el objetivo de la estrategia. Por ello es muy importante hacer una buena hipótesis explicativa del conflicto antes de prescribir las tareas. Consta de varios apartados:
 - Prohibición del coito. Desde la primera sesión se aconsejan tareas encaminadas a disminuir la ansiedad de ejecución y que permitan retomar un cierto nivel de erotismo. Para ello se prohíbe la realización del coito, que tiene como finalidad hacer desaparecer la ansiedad a través de la disminución o ausencia de lo que Beck y Barlow (1986) denominaron "demanda de ejecución". La prohibición del coito facilita que el individuo no esté sometido a la presión del fracaso.
 - Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos. La mayoría de los terapeutas recomiendan en la primera sesión la focalización sensorial de Masters y Johnson (1970), es decir, masaje erótico. En el presente modelo la palabra focalización, de difícil retención y significado para algunos pacientes, ha sido sustituida por erotización. Dicha erotización sólo será abordada en caso de que el paciente haya acudido a consulta con la pareja y se tenga una idea aproximada de cómo está la relación, ya que cuando la hostilidad es muy fuerte, comenzar por este punto suele conducir al fracaso (en los casos de hostilidad muy acentuada se comienza haciendo terapia de pareja y se aborda la sexualidad cuando la relación ha mejorado).

Ha de tenerse en cuenta que es difícil hacer responsable de los masajes y caricias a una mujer cuyo compañero no la desea y la ha estado evitando durante años, generándole inseguridad y agresividad, por lo cual es probable que no se encuentre en absoluto motivada para la erotización y exprese su hostilidad a través de los ejercicios, boicoteando en cierta medida la terapia.

Una vez que por la evaluación se sabe de la motivación para realizar las tareas se inicia la erotización, concretamente el apartado de revitalización y descubrimiento de mapas eróticos, consistente en la puesta en práctica de masaje sensitivo, recorriendo y explorando todo el cuerpo.

Por la experiencia clínica propia y a diferencia de otros autores, se ha determinado como tiempo idóneo dedicar 15 minutos al masaje por cada miembro de la pareja. En aquellos casos en que se sospeche que alguno de los dos va algo forzado, es conveniente reducir el tiempo a diez minutos, siendo preferible no llegar que pasarse.

La intervención se hará aproximadamente de la siguiente manera:

Van a dedicar 15 minutos cada uno para darse un masaje. Previamente deben haberse duchado y, aunque no es imprescindible, lo ideal es que lo hagan juntos. Se recomienda estar completamente desnudos y haber planeado la hora y el lugar para no ser molestados. Aun a costa de perder espontaneidad, es conveniente haber fijado el horario con antelación, de forma que no sea prácticamente necesario que ninguno de los dos tome la iniciativa y que una vez llegada la hora programada, se sepa que corresponde hacer las tareas (incluso pueden fijar el horario en la alarma del teléfono para que avise el momento de comenzar los ejercicios).

En general, comenzará ella dándole un masaje a él, siempre sin tocar los genitales. Una vez transcurridos los 15 minutos, se invertirán los papeles. Lo ideal será repartir el tiempo dedicando cinco minutos a acariciar cuello y cara, otros cinco al tronco y los últimos cinco minutos a las piernas. Ella tocará acariciando y rascando pudiendo emplear labios y lengua (evitando amasar, que es más propio de la rehabilitación). Pese a tratarse de un masaje de marcado carácter erótico, se insiste en la idea de que él debe relajarse durante el mismo.

Usando la estrategia de la intención paradójica, se le pide al paciente que no se excite sino que se relaje, concentrándose en todo momento en el punto en que le están tocando.

El número de ejercicios entre sesiones dependerá de las características de la pareja. El pronóstico se optimizará si se hacen las tareas con la mayor frecuencia posible, estableciendo entre un paso y otro de la terapia un mínimo aproximado de dos semanas, o el equivalente de haber hecho la erotización al menos siete veces.

- Autoestimulación. Por otro lado, se aconseja al individuo que se autoestime (es usual en terapia usar el término autoestimulación, ya que en nuestra cultura la palabra masturbación suele ir asociada a la culpa por transgresión de normas religiosas).

Como algunas personas son reticentes al sexo en solitario, es necesario argumentar que es necesario para potenciar las fantasías eróticas y el deseo. Al mismo tiempo se le aconsejan lecturas eróticas y, al menos, dos minutos diarios de imágenes o películas pornográficas.

En esta fase, se le instruye también para que practique las fantasías eróticas, concentrándose en ello al menos tres veces al día. A pacientes con dificultades para fantasear se les entrena en la elaboración de fantasías. También se puede solicitar, si hace uso del ordenador, que acceda a chats eróticos y cambie impresiones con otras personas. Se puede apremiar a los sujetos un cambio de imagen más atrevido, a hacer un registro diario de los posibles estímulos que puedan generarle alguna activación, en suma, estrategias de exposición a situaciones ansiógenas relacionadas con la sexualidad.

Cuando se haya establecido un hábito, se instruye en el manejo del recondicionamiento orgásmico, técnica propuesta por Maletzky (1995) para el tratamiento de las parafilias, que hemos adaptado para mejorar la excitabilidad con la pareja.

Se solicita que fantasee durante la autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo, se traslada a una fantasía con la propia pareja.

- Comunicación sexual. Para obtener buenos resultados es imprescindible una comunicación fluida, al menos, en lo relativo a la sexualidad.

Es común en parejas disfuncionales desconocer por completo las preferencias en materia sexual del otro, por eso ya en esta primera fase de la terapia, se recomienda que cada día dediquen un tiempo preestablecido para hablar de sexualidad. En concreto, se dividirá el proceso en tres fases:

- Expectativas sexuales: Comentarán la sexualidad ideal de cada uno (previamente en consulta se les entrena en unas normas básicas de comunicación).
- Negociación: En este apartado negociarán las demandas mínimas necesarias para tener una sexualidad satisfactoria por parte de cada miembro de la pareja.
- Elaboración de fantasías: Una vez realizados los pasos anteriores, se recomienda la

elaboración de fantasías sexuales conjuntas y, si les apetece, se les recomienda la construcción de distintos escenarios donde llevar a cabo la práctica de los ejercicios de erotización.

Toda la intervención terapéutica va acompañada de un proceso permanente de educación de la sexualidad y reestructuración cognitiva de las ideas irracionales del paciente y la pareja. Además, en esta fase se hace necesario promover las habilidades de negociación en pareja, ya que si no reina la armonía, difícilmente funcionará la terapia sexual.

b) Erotización genital. Una vez que la pareja se ha entrenado de forma aceptable en la erotización sensual es recomendable pasar a la siguiente fase, que en esta disfunción consta de dos apartados:

- Erotización genital concentrándose en el tacto. En este momento se pide al paciente que dedique todavía cinco sesiones de masaje concentrándose en el punto en que le tocan, intentando relajarse mientras le acarician, a pesar de que la parte final de la sesión incluye acariciar los genitales (sin intencionalidad masturbatoria).
- Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas. Transcurridas cinco sesiones concentrándose en el tacto, se solicita al paciente que intente evocar fantasías eróticas, concretamente las mismas que usa en la autoestimulación.

A la mayoría les cuesta un tiempo desarrollar esta habilidad por lo que, a veces, es necesario prolongar el número de sesiones con esta tarea.

En esta fase, el paciente estimulará a la pareja, en caso de que a ella le apetezca, hasta que alcance el orgasmo, para favorecer que se sienta premiada y él perciba que es capaz de satisfacerla.

c) Erotización orgásmica. A continuación, si el paciente se va sintiendo cómodo sin evitar los ejercicios, se pasa a la denominada erotización orgásmica, que consta de dos fases:

- Caricias compartidas. Tras realizar unos cinco minutos de erotización sensual y genital, deben iniciar un proceso de caricias compartidas con la finalidad de conseguir un cierto nivel de excitación. Sería como reproducir una relación sexual espontánea pero con la prohibición del coito.

Si la excitabilidad es elevada se debe pedir a ella que estimule los genitales hasta conseguir la erección. Transcurrido un momento con el pene erecto, ejecutará la maniobra de "la pinza" que Masters y Johnson (1970) empleaban en el tratamiento de la eyaculación precoz - como se puede observar en la figura

8.1-, para bajarle la erección. La finalidad de esta estrategia es acostumbrar al individuo a afrontar la detumescencia (aunque Masters y Johnson la empleaban con la única finalidad de controlar la eyaculación) y apreciar la capacidad de recuperación, además de ir entrenando el control eyaculatorio. Aparte de ser una tarea excitante, el paciente experimenta que controla la eyaculación y la erección, pues como se ha visto, tras el deseo hipoactivo se encuentra el miedo a no ser un buen amante.



Figura 8.1. La maniobra de "la pinza" de Masters y Johnson (1970) consiste en apretar al nivel del frenillo justo en el momento previo a la eyaculación.

- Autoestimulación delante de la pareja. Si las tareas anteriores han evolucionado de forma adecuada, es el momento de pedir que comience a autoestimularse mientras ella le acaricia cualquier parte del cuerpo. Tiene como objetivo que él sienta el placer y la satisfacción que experimenta en solitario, siendo acompañado por su pareja. La satisfacción se correlaciona positivamente con el deseo, de forma que si él va sintiéndose sexualmente cómodo acompañado por ella, sin el temor a quedar mal, las ganas de sexo se incrementarán.
- Masturbación compartida. Si el desarrollo de las tareas anteriores ha culminado con éxito se procede a la masturbación compartida que, aparte de ser placentera, no suele generar demanda de ejecución ya que, tanto el paciente como su pareja,

entienden que la eficacia sexual no está comprometida con esta práctica.

Llegados a esta fase, algunos refieren encontrarse mucho mejor con relaciones más satisfactorias, pero persistiendo la inapetencia de iniciar las relaciones. En estos casos se debe proseguir la repetición de las tareas y, aunque continúe la desmotivación, se va creando un hábito saludable que satisface a la pareja y del que, a la larga, no se puede prescindir.

d)Coito libre. Se permite tras un mes de llevar a cabo con éxito la masturbación compartida, aunque ambos suelen romper las normas durante la fase anterior.

Cuando en la evaluación se detecta que se trata de un trastorno de la excitabilidad, el tratamiento será similar, pero resulta muy útil el empleo de vaginas artificiales en el proceso de autoestimulación, y si el nivel de atracción hacia la pareja ha decrecido, se recomienda el uso del recondicionamiento orgásmico.

Cuando se consigue un ritmo adecuado de forma individual, se seguirá con la erotización, para terminar de la misma manera que en el tratamiento de la eyaculación retardada que se verá más adelante.

9

Disfunción eréctil

La erección tiene una relevancia capital en todas las culturas y épocas, habiéndose exaltado en pinturas prehistóricas, descrito en papiros egipcios y deificado, como es el caso del dios Príapo. Todavía en el siglo xvii se describía la erección como producida por espíritus o "ventosidades vaporosas", hasta que Dionis (1721) describe la presencia de sangre en cuerpos cavernosos, siendo en los últimos años uno de los campos de mayor interés para los investigadores.

9.1. Concepto

Según el National Institute of Health Consensus Development Panel en Impotence (2003), la disfunción eréctil se define como "la incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias".

Se ha de considerar la existencia de individuos que con una erección adecuada no tienen unas relaciones sexuales agradables, y quienes sin una erección completa, tienen la habilidad suficiente para realizar una penetración satisfactoria, por lo que parece más adecuada la definición del DSM-IV-TR, donde se explicita que la disfunción eréctil sería la "incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, que provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I".

9.2. Epidemiología de la disfunción eréctil

Desde la validación del índice Internacional de la Función Eréctil, se han realizado estudios de prevalencia por todo el mundo. En España se ha calculado la existencia de entre un millón y medio y dos millones de personas con disfunción eréctil (EDEM; Martín Morales, Sánchez Cruz, Sáenz De Tejada y Rodríguez Vela et al., 2001), donde se especifica una prevalencia de un 12,1% mediante autoevaluación y del 19% si se objetiva mediante cuestionarios.

En los Países Bajos un 11% (Blanker, Thomas y Bosch, 2001). En el Reino Unido un 19% (Goldmeier, Judd y Schroeder, 2000). En Australia un 33,9% (Chew, Earle, Stuckey, Jamrozik y Keogh, 2000). En EE UU afecta de 10 a 20 millones de hombres (Padma-Nathan, Payton y Goldstein, 1987) y, según el Massachusetts Male Aging Study (Feldman, Hatzichristou, Krane y Mckinlay, 1994), el 52% de los varones entre 40 y 70

años padece en mayor o menor intensidad disfunción eréctil, aumentando el porcentaje con la edad, ya que se encuentra un 39% a los 40 años frente a un 67% a los 70. De este modo, la edad es un factor fundamental, aumentando la prevalencia de la disfunción eréctil severa, diez veces por encima de los 40 años con respecto a edades inferiores (Moreira, Abdo, Torres y Lobo, 2001). Por encima de los 70 años, no hay acuerdo en las cifras entre los distintos autores, oscilando del 18 al 93%.

De entre todas las disfunciones sexuales, la eréctil es la que más preocupa a quien la padece y supone el primer motivo de consulta en el ámbito de las disfunciones sexuales, a pesar de que la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo de la mujer son más prevalentes. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología la disfunción eréctil, en los tres últimos años, ha pasado de ser la más frecuente de todas las consultas del área de Sexología a ocupar el segundo puesto tras la eyaculación precoz.

9.3. Etiología

Hasta hace unos años, se consideraba a la disfunción eréctil como un problema de origen psicológico en un 75-95% de los casos. La aparición de nuevos métodos diagnósticos ha ido revelando causas de tipo orgánico hasta en un 85% de los mismos. Teniendo en cuenta que el 85% de las disfunciones eréctiles se dan a partir de los 50 años en adelante, es lógico pensar que la mayoría de ellas, por debajo de esa edad, se deban a factores de carácter psicológico.

De forma ineludible, en toda disfunción eréctil hay un componente psicológico, con independencia de que exista una posible causa orgánica originaria, de ahí, la importancia de la multidisciplinariedad a la hora de investigar y tratar este proceso, y la poca validez de clasificar etiológicamente la disfunción eréctil en orgánica, psicógena o mixta, dada la dificultad que entraña poder ajustarse de forma simplista a uno de los tres epígrafes.

Ante una disfunción eréctil, se deduce que ha debido de ocurrir una de las siguientes posibilidades:

1. Inicio orgánico y mantenimiento psicógeno habiendo desaparecido el factor orgánico. Éste es el caso, por ejemplo, de una disfunción de etiología hormonal por déficit de testosterona libre, en la cual tras reponer los valores hormonales, la imposibilidad para la erección persiste.
2. Inicio y mantenimiento psicógeno pero en la evaluación aparece un factor orgánico. Por ejemplo, paciente depresivo que inicia un trastorno de erección y en la evaluación se encuentra una hipertensión arterial o una diabetes.
3. Inicio y mantenimiento psicógeno. Sería el más claro origen psicógeno puro, es decir, individuo que comienza su disfunción coincidiendo con un estrés intenso y a

continuación evoluciona hacia una depresión que perpetúa el problema de erección.

4. Inicio orgánico, agravamiento psicógeno persistiendo el factor orgánico. Situación muy frecuente donde, por ejemplo, como consecuencia de una diabetes aparece la disfunción eréctil y ante la disfunción, el paciente se deprime o bien genera ansiedad de ejecución, lo que mantiene y agrava el proceso.

5. Inicio y mantenimiento orgánico. Por ejemplo, un caso de trastorno de erección provocado por una prostatectomía radical con recesión de las bandeletas (paquete nervioso), donde el inicio y el mantenimiento es orgánico. Aun así el paciente presentará importantes repercusiones psíquicas secundarias.

En toda disfunción eréctil influirán unos factores predisponentes, unos factores precipitantes y factores mantenedores. De tal forma, una secuencia típica podría ser la siguiente: paciente diabético cuya endocrinopatía le va a ir deteriorando la vascularización del pene (factor predisponente), como factor precipitante tendríamos el momento en que el flujo vascular no es el adecuado, o que la neuropatía diabética ha hecho que los impulsos nerviosos no lleguen, ahí se iniciaría el problema de erección que sería mantenido por el propio déficit vascular o neurogénico, más la dificultad añadida por el componente psicológico. Un paciente diabético bien informado es consciente de la alta probabilidad de desarrollar una disfunción eréctil, el día que su erección no es adecuada, piensa que "ya ha llegado mi hora", y a partir de entonces comienza a generar ansiedad de ejecución, es decir, un intenso miedo al fracaso. El miedo aumentará el tono adrenérgico en el pene, empeorando y manteniendo la incapacidad para la erección.

En suma, los factores orgánicos y psicológicos interaccionan conjuntamente en la mayoría de las ocasiones.

9.3.1. Alteraciones orgánicas

Cualquier alteración de los mecanismos fisiológicos que intervienen en la erección, por mínima que sea, puede ocasionar que ésta no se produzca. De entre la infinidad de posibilidades, resulta imprescindible tener presentes los factores de riesgo y enfermedades de mayor repercusión sobre la erección, que son los siguientes:

- Arteriosclerosis
- Diabetes
- Hiperlipidemia
- Hipertensión
- Insuficiencia renal

- Fármacos
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Alteraciones hormonales

El componente que impide la erección tiene que ver con la alteración endotelial de los cuerpos cavernosos, que repercute en la liberación de óxido nítrico endotelial, y el déficit de óxido nítrico neuronal, inhibido por un mecanismo psicológico o mecánico (p. ej., lesión medular), que conduce a una disminución del flujo vascular peneano. A esto hay que añadir las influencias hormonales y el tono alfa adrenérgico. Todas las enfermedades que intervengan en estos mecanismos son proclives a dificultar la erección.

9.3.2. Aspectos psicológicos

Para Hartmann (1998), las causas de una disfunción eréctil psicógena se dividen en tres grupos:

- Factores inmediatos (ansiedad de ejecución).
- Acontecimientos vitales traumáticos de reciente historia.
- Vulnerabilidad desarrollada en la infancia o adolescencia.

La ansiedad de ejecución o desempeño es el factor último que desencadena la pérdida de la erección, actuando generalmente como precipitante y mantenedor de la disfunción. Esta ansiedad es desencadenada por lo que Abraham y Porto (1979) denominaron factores generadores de ansiedad, a saber:

- Temor al fracaso.
- Obligación de resultados.
- Altruismo excesivo.
- Autoobservación.

Según el modelo de Barlow (1986), la demanda de relaciones por parte de la pareja del hombre con disfunción eréctil hace que el individuo reaccione muy negativamente.

Siguiendo a este autor el proceso sería el siguiente: la demanda de ejecución por parte de la pareja haría que el individuo generara unas actitudes negativas hacia la relación con

percepción de falta de control. El paciente estaría concentrado en las consecuencias de su imposibilidad para penetrar, lo que aumentaría su ansiedad, conllevando una pérdida o ausencia de erección y, por tanto, tendencia a la evitación sexual.

Por el contrario, quienes tienen experiencias sexuales positivas, ante la demanda de relaciones sexuales por parte de la pareja, cabe esperar que tengan expectativas de correcta erección, una predisposición positiva, la atención centrada en las sensaciones eróticas, una respuesta adecuada y, como consecuencia, tendencia al acercamiento (figura 9.1).



Figura 9.1. Modelo de disfunción eréctil de Barlow (1986) Representación del modelo experimental que demostró cómo los sujetos sin problemas de erección, ante la demanda de ejecución, tendían al acercamiento a la pareja mientras los disfuncionales tienden a evitar los contactos sexuales.

Partiendo de este esquema, la demanda de ejecución, junto con las dudas sobre la respuesta eréctil, harán que el individuo aumente su ansiedad y bloquee la erección (figura 9.2). Con el tiempo el mecanismo se vuelve cada vez más perverso, ya que los pacientes con disfunción eréctil tienden, como se ha señalado antes, a la evitación de los

momentos sexuales para no caer de nuevo en la frustración consecuente al fracaso y con la idea de no incitar a la pareja para terminar dejándola insatisfecha.

La evitación de los contactos sexuales se hace aún más intensa entre homosexuales, donde la disfunción eréctil acaba frecuentemente con la relación de pareja.

La estructura de personalidad también es una variable notable a tener en cuenta. Una escasa asertividad asociada a pasividad y dominancia baja, es responsable de un 23% de las disfunciones eréctiles. Asimismo van a estar afectados el 54% de quienes padecen ansiedad generalizada. Algunos autores relacionan las disfunciones sexuales con neuroticismo, mientras que otros detectan puntuaciones más altas en síntomas obsesivos.

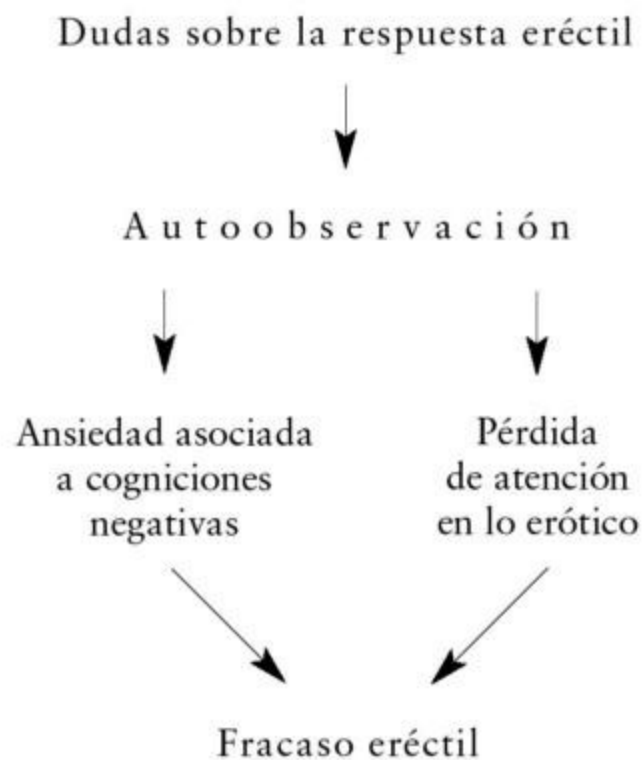


Figura 9.2. Modelo de disfunción eréctil de Barlow (1986).

Un factor de inevitable influencia en la respuesta eréctil es el estado de ánimo. Los estados depresivos son comórbidos con la disfunción eréctil en una relación bidireccional, es decir, las alteraciones de la erección provocan depresión y la depresión induce la disfunción eréctil. Se ha demostrado además que los hombres con trastorno depresivo mayor presentan alteraciones en la tumescencia peneana nocturna.

Otra de las variables de mayor relevancia que se debe tener en cuenta, es la relación de pareja. El comportamiento de la pareja actúa como factor predisponente, precipitante o mantenedor de la disfunción.

Es sabido que el esquema habitual de comunicación de los varones es distinto al de las mujeres. Los primeros, cuando tienen algún problema acostumbran a omitirlo hasta que no encuentran una solución, apareciendo callados y distantes; como además evitan a la pareja, ellas pueden pensar que no les atraen físicamente, o aún peor, que existe alguna relación extramarital.

En cualquiera de los casos descritos, las conductas de las parejas no facilitan la recuperación de la erección. Las mujeres, sobre todo las que no presentan ninguna disfunción, se hacen a lo largo del proceso las siguientes preguntas:

- ¿Es por mi culpa?
- ¿Soy poco atractiva y por eso no se excita?
- ¿Habrá otra persona?
- ¿Habré estado demasiado centrada en los hijos o en el trabajo?

Todas esas dudas van generando un alto nivel de frustración en la mujer y cuestionándole su relación. Además, el hombre, por lo general, no sólo no habla del asunto para aclarar la situación, sino que huye, se centra más en el trabajo, amigos o actividades deportivas, intentando estar el menor tiempo posible a solas en compañía de su pareja.

Otro factor muy común, que agrava el ambiente de incomunicación y de descontento, se debe a la poca consideración del paciente con disfunción eréctil, que en el momento que obtiene una erección casual, por temor a perder la firmeza en el proceso, rápidamente intenta penetrar sin tan siquiera estimular a la pareja. También es habitual despertar a la mujer de madrugada porque se ha notado el pene erecto, para aprovechar la ocasión. Estas conductas no son interpretadas por la mujer como prisa por conseguir penetrar y poder satisfacerla, sino como una prueba de egoísmo.

Si la evolución es prolongada en el tiempo, cuando se consigue tomar medidas para recuperar la erección, puede ser demasiado tarde porque la mujer "ha tirado la toalla" y no tiene el más mínimo interés en recuperar la sexualidad. Por ese motivo se cuidan menos y aparecen menos atractivas ante el compañero, lo que contribuye al mantenimiento de la disfunción (un 20% de los pacientes consideran que su disfunción eréctil es debida a la pérdida de atractivo de su pareja, lo cual no deja de ser un mecanismo de defensa).

En definitiva, a la hora de intervenir en la disfunción eréctil se hace imprescindible tener en cuenta los factores psicológicos y de pareja.

9.4. Evaluación

Cualquier intervención encaminada a mejorar la respuesta eréctil debe ser precedida por una exhaustiva evaluación.

9.4.1. Entrevista

Al efectuar la entrevista, debe diferenciarse si el problema de erección es primario o secundario, parcial o total, situacional o generalizado. Si la disfunción eréctil es primaria y, por tanto, el paciente nunca ha tenido erección bajo ninguna circunstancia, con casi total seguridad se tratará de un problema de carácter orgánico.

La disfunción eréctil primaria es excepcional y casi siempre se deberá a un problema congénito (por ejemplo hermafroditismo). Habitualmente, la disfunción eréctil aparece de forma secundaria, es decir, el paciente ha tenido erecciones aunque sean circunstanciales y de forma brusca o progresiva comienza a perder la capacidad eréctil. Se hace necesario diferenciar si el individuo no ha tenido nunca una erección, respecto a si no ha podido penetrar. En ambos casos se suele considerar la disfunción eréctil como primaria.

En teoría, la erección puede ser parcial o total, pero esta diferenciación sólo acontece al inicio del problema, pues cuando el paciente va observando que su erección es más débil de lo habitual, comienza a generar ansiedad ante la penetración, pasando la pérdida de erección de parcial a total.

Resulta de sumo interés distinguir si el trastorno eréctil es situacional o generalizado. Está claro que, quien tiene erección con una pareja pero no con otra (disfunción eréctil situacional), presenta un trastorno de carácter psicológico. También se puede hablar de disfunción eréctil situacional cuando el paciente responde con erección a la masturbación o felación pero no a la penetración. Otra posibilidad acontece cuando hay erección con la pareja habitual, pero de forma intermitente aparecen problemas.

Asimismo, se debe analizar la forma de evolución. Si la erección evoluciona de forma negativa progresivamente (apunta hacia etiología orgánica) o de forma intermitente, alternando épocas mejores y peores (circunstancia que orienta hacia una etiología psicógena).

Es necesario verificar la respuesta a la masturbación. Al inicio del trastorno, el paciente suele tener erecciones con la automasturbación, pero cuando el individuo utiliza la masturbación para comprobar si responde, fenómeno que Masters y Johnson (1970) denominaron "rol de espectador" y que anteriormente se ha señalado como fenómeno de autoobservación, la erección se pierde. Por este mismo mecanismo, las disfunciones eréctiles situacionales van evolucionando con el paso del tiempo a disfunciones generalizadas (no existe erección bajo ninguna circunstancia).

Es imprescindible indagar sobre la presencia de erecciones matutinas y nocturnas, siempre con la debida cautela, ya que quienes sufren disfunción eréctil tienden a subestimar la aparición de erecciones y el grado de erección alcanzado. Sin embargo, la aseveración de que existen erecciones matutinas tiene más fiabilidad diagnóstica y orienta en el sentido de descartar un proceso vascular. La presencia de erecciones nocturnas descarta alteraciones vasculares graves y un posible déficit de testosterona, ya que el "Sistema Central de Excitabilidad" es dependiente de la testosterona y mediadora de dichas erecciones.

Debido a que las erecciones nocturnas sólo aparecen durante la fase REM del sueño, todos los fármacos que alteran esta fase (por ejemplo, gran parte de los psicofármacos) van a contribuir a la desaparición de las mismas. Las erecciones nocturnas también descartan, como se ha visto antes, que la falta de deseo sea debida a un déficit de testosterona. Por tanto, cuando un paciente se queja de pérdida de libido, será necesario preguntar acerca de sus erecciones nocturnas, si éstas se producen, con casi toda seguridad, la falta de deseo será un mecanismo defensivo para no hacer frente a una relación sexual frustrante.

Por otro lado, si la erección matutina o nocturna persiste durante unos minutos, se puede descartar un trastorno del mecanismo veno-oclusivo.

Un apartado inexcusable de la entrevista es determinar si el paciente comienza la relación sexual con una erección adecuada y posteriormente la pierde. Cuando penetra y en el transcurso del coito la erección desaparece, también se trata de un cuadro psicógeno, porque para lograr la penetración hace falta que todo el sistema neurovascular se encuentre indemne. Son la desconcentración, el propio miedo a perder la fuerza, amén de otros bloqueos psicológicos, los responsables de que en pleno coito el tono simpático se incremente y la erección cese.

Una vez recabada la información anterior, se debe proceder a investigar los hábitos sexuales del paciente a nivel individual y en pareja, sin olvidar en ningún caso indagar sobre el estado actual de la relación de pareja.

9.4.2. Exploración clínica

En la actualidad se dispone de distintos medidores psicofisiológicos, neuroelectrofisiológicos y radiológicos, que ayudan al diagnóstico etiológico. Sin embargo, una buena entrevista sigue siendo la herramienta fundamental que permite acceder al origen de la disfunción en la inmensa mayoría de los casos.

La exploración debe ser lo más exhaustiva posible. De forma específica, cabe destacar:

- Observación de los caracteres sexuales secundarios intentando evidenciar un hipogonadismo.
- Exploración de pulsos inguinales y distales, auscultación de soplos abdominales e inguinales para evidenciar el estado circulatorio.
- Observación de una curvatura del pene (referida como de aparición reciente), orienta hacia la existencia de una induración plástica del pene o enfermedad de Peyronie. Igualmente, la presencia al tacto de nódulos fibrosos confirma dicho diagnóstico.
- Palpación de pulsos en cuerpos cavernosos descarta alteraciones vasculares serias. La ausencia de pulsos no indica lo contrario ni tampoco excluye una fuga venosa.
- Muy simple y práctica resulta la medición del pene en reposo y tras estiramiento manual. La fracción entre ambas medidas, verificadas en las tablas disponibles a tal efecto, nos proporciona información sobre la elasticidad del pene. Valores bajos presuponen la existencia de lesiones parenquimatosas secundarias a diabetes, déficit vascular, etc.
- Exploración neurológica, especialmente determinación de la sensibilidad perineal (dependiente del nervio dorsal del pene, rama pudenda sensitiva y cordones posteriores) y medición del reflejo bulbocavernoso y del reflejo anal digital.

9.4.3• Pruebas complementarias

En ninguna otra disfunción sexual existe mayor posibilidad de utilizar pruebas objetivas que permitan aclarar el diagnóstico. Si con la entrevista y la exploración no queda clara la etiología, se pueden realizar las siguientes pruebas:

A) Determinaciones analíticas

Se sugiere un screening completo para detectar posibles anomalías orgánicas que puedan incidir indirectamente en la erección. Pero en un intento de seleccionar las pruebas imprescindibles, éstas serían:

- 1.Determinación de glucemia: Existe una correlación clara entre diabetes y disfunción eréctil, por tanto, es imprescindible la determinación de glucosa o, mejor aún, el análisis de la hemoglobina glucosilada, dado que la intolerancia a la glucosa ya incrementa el riesgo.
- 2.Determinación de niveles hormonales: En capítulos anteriores se destacó la importante influencia de los estados hormonales en la respuesta sexual. No obstante, la disfunción eréctil atribuida a problemas hormonales es muy variable según los

distintos autores, oscilando entre un 6 al 37% de los casos. En experiencia del autor, la prevalencia de alteraciones hormonales es escasa, apareciendo sólo en un 1,1 % de los pacientes con disfunción eréctil atendidos en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Las hormonas que se deben determinar serían la TST (testosterona), LH (hormona Luteotropa), PRL (prolactina), DHEA-S (Dehidroepiandrosterona sulfatada), E2 (17 beta estradiol) y el perfil tiroideo. De aquí, lo más importante es conocer los niveles de testosterona biodisponible, para lo cual es necesario analizar los niveles de proteína transportadora de testosterona (SHBG) y los de albúmina sérica.

En la práctica no es necesario analizarlas todas, pudiéndose descartar algunas durante la entrevista. Así, si el paciente mantiene un buen nivel de deseo se prescinde de la PRL, cuyo aumento por encima de las cifras normales conlleva pérdida de deseo. Con frecuencia, cuando los valores de prolactina son elevados, los niveles de testosterona son bajos, por lo que no se comete un gran error haciendo exclusivamente la determinación de testosterona, que debido al ciclo circadiano, la muestra de sangre para su determinación debe ser extraída entre las ocho y las diez de la mañana.

En presencia de erecciones nocturnas no es necesario investigar TST y LH, tampoco será necesario analizar el perfil tiroideo cuando no existan signos compatibles con hipertiroidismo (pérdida de peso, temblor, palpitaciones, inquietud...), que conlleva en algunos casos la pérdida de la erección.

En hombres mayores es recomendable pasar el cuestionario ADAM (Cuestionario para la Deficiencia Androgénica en el Hombre Maduro) para diagnosticar el hipogonadismo de inicio tardío, actualmente denominado síndrome del déficit de testosterona, que se halla asociado con frecuencia al síndrome metabólico y, por tanto, con alto riesgo para la diabetes y la enfermedad cardiocirculatoria (ver cuadro 16.2).

B) Inyección intracavernosa de fármacos

Consiste en la inyección de fármacos relajantes de la fibra lisa, en cuerpos cavernosos, para obtener una erección. Está indicada sobre todo para la identificación de trastornos neurovasculares.

El descubrimiento accidental de la capacidad de inducir respuesta eréctil por parte de la papaverina, que daría lugar más tarde al uso de la misma como prótesis química, abrió camino a la investigación de otras sustancias que capacitaron el mismo fenómeno con menor riesgo. Se desechó la fenoxibenzamida y fue usada la fentolamina sola y asociada a la papaverina, hasta la aparición de la prostaglandina E1 (PGE1), que pese a no estar desprovista de efectos secundarios es la que proporciona un mayor margen de seguridad.

Aunque en el ámbito terapéutico se puede usar una asociación de fármacos, para fines diagnósticos se debe utilizar únicamente PGE1, ya que la papaverina tiene importantes efectos secundarios, en particular, un mayor riesgo de priapismo (erección persistente superior a cuatro horas que termina produciendo necrosis por hipoxia en el tejido peneano). La dosis empleada puede ser de 10 o 20 microgramos. En pacientes jóvenes o con trastornos neurológicos se debe comenzar por 10 microgramos. Una vez realizada la inyección se evalúa la erección a los 10, 20 y 30 minutos.

Si tras inyectar PGE1 aparece una erección inmediata, se descarta lesión arterial y lesión venosa, hay que pensar entonces en un problema neurológico o psicológico. Si no se obtiene respuesta, es necesario intentarlo en una segunda sesión con masturbación añadida. De esta forma, si la erección aparece y perdura, el mecanismo venoso es correcto y el reflejo bulbocavernoso también. Visto esto, los principales candidatos etiológicos serían: alteración vascular moderada, lesión neurológica alta (descartable por la clínica, ya que habrá algún tipo de parálisis o insensibilidad) o problemas psicológicos. Para confirmar estos supuestos se debe proceder a la medición del potencial erectivo.

C) Medición del potencial erectivo

Existen varias posibilidades:

1. Tumescencia Peneana Nocturna: Como ya se ha mencionado, durante el sueño es normal que aparezcan erecciones cada hora y media, con una duración de 20 a 30 minutos, habiendo de tres a cinco erecciones a lo largo de la fase REM. Por tanto, la medición de la tumescencia peneana nocturna (TPN) resulta eficaz para diferenciar entre trastornos de origen psicógeno y vascular, aportando medidas útiles para diferenciar entre trastorno vascular arterial o venoso.

Esta prueba fue considerada fundamental para el diagnóstico diferencial de la disfunción eréctil, pero hoy se conoce de la existencia de falsos positivos. Así, un 20% de los trastornos de origen psíquico, tienen una tumescencia peneana nocturna anormal.

En estos últimos años ha perdido algo de vigencia la medición aislada de la tumescencia peneana nocturna, al haberse demostrado que sin monitorizar el sueño al mismo tiempo, una erección débil puede ser debida a un déficit en la plenitud de la fase REM y no en la vascularización del pene. En todo caso, resulta eficaz para diferenciar entre trastornos de origen psicógeno y vascular, aportando medidas útiles para diferenciar entre trastorno vascular arterial o trastorno venoso.

2. Potencial Erectivo Diurno: Consiste en un determinado tipo de pletismografía diurna en respuesta a estímulos eróticos. La técnica se desarrolló después de observarse que el sueño no es imprescindible. La prueba más habitual se realiza haciendo

mediciones de la tumescencia penénea ante la exposición del paciente a películas eróticas. Con este método, el diagnóstico etiológico es correcto en un 80% de los casos.

Una buena respuesta eréctil en uno o ambos métodos descarta lesiones vasculares, apuntando con cierto grado de confianza hacia una etiología psicógena. La ausencia de respuesta no confirma nada, pues son muchos los factores conivientes a la prueba que pueden falsear los resultados.

3. Rigidometría: Otra forma de medir el potencial erectivo consiste en evaluar la capacidad del pene erecto para resistir la deformación tras la aplicación de una presión externa. Para ello se han empleado distintos modelos de rigidómetros, que han ido evolucionando hasta el modelo actual propuesto por Roselló, consistente en un receptáculo terminado en una membrana donde se introduce el pene para empujar contra la misma. El aparato permite transformar la fuerza ejercida por el pene en gramos, justo en el momento que se produce la inflexión (cuando el pene se dobla por la presión del empuje).

El paciente se debe autoestimular hasta conseguir una erección, entonces introduce el pene en el receptáculo y empuja. En el display del rigidómetro, aparece la fuerza ejercida por el pene además de la temperatura distal del mismo (relacionada con la vascularización). Registros inferiores a 500 gramos orientan hacia un trastorno de carácter orgánico. Datos superiores ponen en evidencia una disfunción eréctil psicógena.

No obstante, este dispositivo presenta muchos falsos positivos y negativos, siendo necesario realizar más estudios para valorar la fiabilidad y especificidad de la prueba.

D) Valoración del estado arterial

Entre todas las técnicas radiológicas, son de elección para el estudio de la disfunción eréctil las basadas en los ultrasonidos.

- a) Doppler simple: ha quedado desfasado con la aparición de nuevas tecnologías, resultando útil en la actualidad para la detección de la induración plástica del pene.
- b) Índice Penobraquial (IPB): consiste en medir mediante Doppler la relación entre la presión sistólica en pene y brazo. Se considera normal un índice igual o mayor a 0,91, el cual descarta patología arterial.
- c) Duplex Doppler: Permite la visión individualizada de los vasos, midiendo el diámetro de los mismos y la velocidad del flujo sanguíneo. No obstante, no resulta

del todo fiable al nivel de las pequeñas arterias cavernosas.

- d) Color Flow Doppler: A las posibilidades del Duplex, añade una mayor capacidad de diferenciación de los pequeños vasos. La Asociación Europea y la Americana de Urología no recomiendan esta prueba de forma rutinaria, sin embargo algunos autores encuentran una eficacia diagnóstica del 80%, siendo el método incruento de elección (Corona, Fagioli, Mannucci, Romeo, Rossi et al., 2008).
- e) Doppler Test: Utiliza lo anterior junto con drogas intracavernosas, haciendo más visibles las arterias. Se puede medir así el diámetro antes y después de la inyección, el pulso de la arteria, las irregularidades de la pared arterial y la velocidad del flujo antes y después de la inyección intracavernosa. El principal parámetro hemodinámico para el diagnóstico de disfunción eréctil vascular arterial es la Velocidad de Pico Sistólico (PSV, Peak Systolic Velocity) y la Velocidad Diastólica Final (EDV, End Diastolic Velocity). La PSV debe encontrarse normalmente por encima de 30 cm/segundo. Se considera aceptable entre 25 y 30 cm/segundo y la erección no es posible por debajo de 25 cm/segundo. No hay que olvidar que, si el llenado es lento, además de no funcionar el sistema venooclusivo, el individuo puede comenzar a generar ansiedad.
- f) Estudio de la función endotelial: La insuficiencia arterial de los cuerpos cavernosos es una consecuencia del descenso de la actividad biológica del óxido nítrico (ON). Dado que el flujo sanguíneo es el principal estímulo de la liberación de ON, la función endotelial se mide valorando los cambios postoclusivos de las arterias.

La denominada prueba de liberación de ON consiste en ocluir la arteria braquial durante cinco minutos, considerándose que hay disfunción endotelial cuando el incremento del diámetro postoclusivo es menor del 15% del diámetro basal.

Recientemente se ha diseñado una nueva técnica para medir la función endotelial en las arterias cavernosas. El método consiste en medir el flujo de las arterias cavernosas a unos tres centímetros distalmente de la unión penoescrotal. Después se coloca un manguito y se insuflan 10 mm de Hg por encima de la presión sistólica. Al cabo de cinco minutos se desinfla el manguito y se repite la exploración, valorando el porcentaje de incremento del diámetro de las arterias cavernosas. Cifras del 50% o menores indican lesión arterial (Mazo, Gamidov, Anranovich y Iremashvili, 2006). La sensibilidad y especificidad de esta prueba para la disfunción eréctil arterial ronda el 100%.

La arteriografía y el penograma isotópico deben ser obviados, salvo si el paciente está de acuerdo en someterse a una intervención vascular reparadora.

E) Valoración del estado venoso

Sólo en el caso de no haber obtenido datos concluyentes con las pruebas anteriores y se trate de pacientes jóvenes en los que exista la sospecha de que pueda estar indicada una intervención quirúrgica correctora, debe procederse a un estudio venoso. Es necesario tener presente que las pruebas que hoy día valoran la función veno-oclusiva, diferencian con dificultad trastornos funcionales de alteraciones estructurales.

Entre las pruebas disponibles, son de elección las siguientes:

- a) Cavernosometría dinámica y farmacocavernosografía: Consiste en provocar una erección perfundiendo suero salino en el pene, habiéndose de fuga venosa cuando es necesaria una infusión superior a 180 ml/min para mantener llenos los cuerpos cavernosos, o bien, más de 30 ml para la persistencia de una presión intrapeneana de 90 mm de Hg.
- b) Cavernosometría-grafía con fármacos intracavernosos: Presenta menos riesgo para el paciente que la prueba anterior. Tras una inyección de 15 mg de PGE1 y una perfusión de 15 ml/min, debe mantenerse una presión intracavernosa de más de 60 mm de Hg a los cinco minutos de haber parado de perfundir.

F) Valoración neurológica

En general los procesos neurológicos se detectan en una buena entrevista y sólo se debe recurrir al laboratorio de electrofisiología en aquellos casos donde sea preciso un peritaje médico legal por accidente. En caso de necesidad se usará de modo preferente:

- a) Medición del reflejo bulbo-cavernoso: Radica en estimular la piel del pene eléctricamente a una frecuencia de un impulso por segundo aumentando de forma progresiva la amplitud. Un electrodo inserto en el periné mide el tiempo de latencia, que debe ser de 40 milisegundos. Un tiempo superior indica una alteración de la médula sacra. Hay que tener en cuenta la existencia de muchos falsos positivos, habiéndose comprobado que cuando el tiempo de latencia es alto, no siempre se corresponde con una disfunción eréctil.
- b) Medición de potenciales evocados: Radica en estimular con un electrodo la piel del pene y registrar la conducción mediante detectores en el cuero cabelludo. Se evalúan de esta forma el nervio dorsal del pene, médula espinal, troncoencéfalo y córtex.

Esta prueba presenta muy poca especificidad, de tal manera que, en algunos pacientes, la mejoría de sus potenciales evocados no va emparejada con una optimización de la respuesta eréctil.

- c) Biotesiometría: Como se ha señalado con anterioridad, sirve para valorar la función somatosensorial del nervio dorsal del pene.

Otra prueba posible es la medición de la velocidad de conducción del nervio dorsal del pene que, si todo funciona bien, debe ser de 40 metros/segundo.

Es indispensable hacer notar que las pruebas neurológicas disponibles en la actualidad son de utilidad muy limitada. De hecho, los potenciales evocados y la medición del reflejo bulbocavernoso sólo evalúan fibras nerviosas grandes, mientras que en la erección están implicadas fibras nerviosas autonómicas de pequeño diámetro, concretamente de la misma media que las fibras encargadas de la percepción del calor y el frío. Por ello, resulta de mucha utilidad la medición de los umbrales de temperatura en el pene, cuyas alteraciones se correlacionan con los problemas de erección, en mayor medida que las mediciones de potenciales evocados y reflejo bulbocavernoso.

En todo caso, la cavernosometría, cavernosografía, angiografía y los procedimientos neurofisiológicos son de limitado valor diagnóstico.

9.4.4. Cuestionarios

Se pueden utilizar todos los cuestionarios reseñados en el capítulo 7, dedicado a la evaluación, pero de forma más específica, se suelen utilizar los siguientes:

- Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ; Clayton, McGarvy, Clavet y Piazza, 1997).
- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick et al., 1997).
- Inventario de arousal sexual (SAI-E, Hoon, Hoon y Wicze, 1976).
- Inventario de interacción sexual (IIS; Lopiccolo y Steger, 1974).
- Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust y Golombok, 1986).
- Self-Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR; Rejas-Gutiérrez, Cabello-Santamaría, Calle-Pascual, Chantada-Abad, Fora-Eroles et al., 2005).

Los cuestionarios reducidos desarrollados a partir de los anteriores pueden tener cierta utilidad en algunas investigaciones, pero apenas sirven en el ámbito clínico.

9.4.5. Autorregistros

El empleo de autorregistros en la disfunción eréctil tiene mayor utilidad durante el proceso terapéutico que en la evaluación inicial, sobre todo un modelo de registro que sirva para evaluar los pensamientos del paciente en las distintas fases de realización de las tareas propuestas, tal como se ha descrito en el capítulo de evaluación.

En ningún caso se debe pedir al individuo que registre el grado de excitación o erección obtenida, ya que ello contribuiría a aumentar la ansiedad de ejecución y el fenómeno de autoobservación. No se debe olvidar que la solución a cualquier trastorno de erección de carácter psicógeno dependerá, en parte, de la habilidad que se tenga para incrementar la capacidad de abandono.

Algunos pacientes piensan demasiado qué van a registrar en el papel, en cuyo caso, no es recomendable seguir solicitando el empleo de los registros, ya que se estaría potenciando el fenómeno de la autoobservación.

9.5. Tratamiento

Toda disfunción sexual y muy especialmente los trastornos de la erección deben, en la medida de lo posible, ser evaluados y sometidos a tratamiento en pareja. De hecho, trabajos recientes demuestran que un tercio de los hombres con erecciones adecuadas proporcionadas por terapia farmacológica no refieren tener relaciones satisfactorias debido a la escasa colaboración de su pareja (Pallas y Levine, 2000).

9.5.1. Tratamiento farmacológico

Desde la sexología se entiende que el tratamiento de la disfunción eréctil debe hacerse siempre que sea posible en pareja, lo que facilita una respuesta más adecuada además de evitar futuros abandonos, y con independencia de la etiología de la disfunción, se debe trabajar la interrelación y el manejo del erotismo. La firmeza del pene, por sí misma, no es suficiente en muchos casos, por ello la farmacología sola, sin terapia sexual, es una herramienta poco eficaz; por el contrario, asociada al tratamiento sexo terapéutico, es de una eficacia incontestable.

Existen tres niveles en el tratamiento médico de la disfunción eréctil. En un primer nivel se encuentra la modificación de hábitos insanos, la administración de medicamentos y la utilización de aparatos de vacío. En el segundo nivel, la administración intracavernosa de fármacos vasoactivos y en el tercer nivel, la cirugía reparadora o la implantación de prótesis.

A) Primer nivel

1. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Actualmente se dispone de tres potentes inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) en el mercado, que por orden de comercialización son: Viagra® (Sildenafil, 1998), Cialis® (Tadalafil, 2003) y Levitra® (Vardenafil, 2003). Todos ellos han sido aprobados por la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) y por su homóloga en Estados Unidos - la FDA-, habiéndose demostrado claramente su eficacia y seguridad en el tratamiento de la disfunción eréctil.

Una de las grandes ventajas de estos fármacos radica en que el efecto facilitador de la erección depende de una estimulación sexual y unos niveles de deseo adecuados, lo que simula una respuesta fisiológica, no persistiendo la erección cuando cede el estímulo, problema que existe con la administración de fármacos intracavernosos. A su vez, esto hace que el riesgo de priapismo sea prácticamente nulo.

De forma resumida, el mecanismo de acción de los IPDE5 se caracteriza por una inhibición potente y selectiva de la enzima fosfodiesterasa-5 de los cuerpos cavernosos, que impide la degradación del GMPc con el consiguiente aumento del mismo, lo que facilita la relajación de la fibra muscular lisa de los cuerpos cavernosos del pene (figura 3.2).

A pesar de la alta seguridad de estos fármacos, también existen una serie de contraindicaciones en pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:

- Insuficiencia hepática grave.
- Hipotensión arterial (<90/50 mm Hg).
- Historia reciente de accidente isquémico cerebral o infarto de miocardio.

Pacientes en tratamiento con nitratos o donadores de óxido nítrico (contraindicación absoluta).

- Pacientes con disminución primaria del deseo.
- Pacientes con trastornos hereditarios degenerativos de la retina.

Tampoco se deben utilizar fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil en hombres en los que la actividad sexual esté desaconsejada, por ejemplo, en pacientes con disfunciones cardiovasculares graves tales como angina inestable o insuficiencia cardíaca descompensada, situación que se verá de forma más detallada en el capítulo 16.

a) Sildenafil. Conocido como Viagra®, es una importante y segura herramienta terapéutica para el tratamiento de la disfunción eréctil, con independencia de la etiología.

Según diferentes estudios, pacientes con una disfunción eréctil de cinco años de evolución, mejoran entre el 70 y el 90% de los casos, frente a un 10 al 30% de quienes tomaron placebo.

Los tratados con sildenafil describieron una media de seis intentos con éxito al mes, frente a uno en el caso de los pacientes tratados con placebo. Casi siempre

parece haber mejoría, lo que hace que el tratamiento sólo sea abandonado por un 4% de los individuos, frente a un 18% de los que toman placebo.

El inicio de los efectos se produce desde los 25 a los 60 minutos tras la toma del fármaco favoreciendo la producción de erecciones durante las cuatro o cinco horas siguientes, con una eficacia que puede ser mantenida hasta 12 horas después de su administración. Se ha comprobado que el resultado es mucho mejor tomando la medicación con el estómago vacío o evitando las comidas muy ricas en grasas, no obstante el alcohol no interfiere en su acción.

Las dosis disponibles son de 25, 50 y 100 miligramos. La mayoría de los pacientes prefieren la eficacia de la dosis de 100 mg, incluso aquellos con disfunción eréctil leve o leve-moderada, por lo que es recomendable comenzar el tratamiento con dicha dosis. Los efectos adversos son poco relevantes, al punto que sólo un 2,6% abandona el tratamiento por este motivo.

b) Tadalafilo. El Cialis® está disponible en dosis de 5, 10 y 20 miligramos. Su concentración plasmática máxima se alcanza en un tiempo medio de 2 horas tras la administración. La vida media es de 17,5 horas en individuos normales, excretándose en forma de metabolitos inactivos por heces en el 60% y por orina en un 36%.

Al igual que con sildenafil, los efectos secundarios son escasos y leves, disminuyendo con las sucesivas dosis. La vía de administración es oral y no se modifica con la ingesta de alimentos o alcohol. La dosis inicial debe ser de 10 o 20 mg y, dada la vida media del producto, la actividad del fármaco se puede prolongar hasta 36 horas.

La mejoría de las erecciones fue del 67 y del 81% de los hombres que tomaron 10 miligramos y 20 miligramos de tadalafilo respectivamente, en comparación con el 35% de los que tomaron placebo.

A diferencia del sildenafil y el vardenafil, la larga vida media del tadalafilo permite distintas formas de administración. Comparando la preferencia de los pacientes, se ha comprobado que el 57,8% de los usuarios prefieren 'a demanda', es decir, tomar el fármaco antes de iniciar una relación sexual. Por el contrario, el 42,2% opta por la alternativa de tomar el fármaco tres veces a la semana.

Otra opción que permite la larga vida media del fármaco es la de tomar a diario una dosis de 5 miligramos. Con esta estrategia mejora la erección aproximadamente en el 67% de los pacientes, siendo el fármaco muy bien tolerado. Esta posibilidad resulta especialmente útil en la práctica clínica para combinar con la terapia sexual, ya que se elimina parte de la autoobservación que conlleva tomar un fármaco y estar

pendiente de la reacción. Además, la dosis diaria es muy ventajosa para los pacientes con una alta frecuencia sexual.

c) Vardenafilo. El último inhibidor de la fosfodiesterasa autorizado ha sido el vardenafilo, que está disponible en dosis de 5, 10 y 20 miligramos.

Es efectivo después de 30 a 60 minutos en presencia de estimulación sexual, pero su efecto se puede ver reducido por una comida rica en grasas. Su vida media es de aproximadamente cuatro horas.

La mejoría de las erecciones fue del 66, 76 y del 80% de los hombres que tomaron 5, 10 y 20 mg de vardenafilo respectivamente, en comparación con el 30% de los que tomaron placebo.

Pacientes con una media de seis intentos de relaciones sexuales al mes pasan a tener veinticuatro tras tomar vardenafilo, mejorando al mismo tiempo en sus parejas el deseo, excitabilidad, lubricación, orgasmo y satisfacción con la actividad sexual. La intensidad de la mejoría del varón correlaciona directamente con la respuesta de su pareja.

Las diferencias entre los tres componentes de este grupo (sildenafil, vardenafilo y tadalafil) radican en las afinidades específicas para cada uno de los subtipos de fosfodiesterasa y su distinta farmacocinética.

Como se ha señalado con anterioridad se trata de fármacos muy seguros, no obstante, en algunos pacientes se pueden presentar efectos adversos (cefaleas, rubefacción facial, congestión nasal, molestias gástricas, etc.).

Existe cierto temor a la práctica de relaciones sexuales entre quienes padecen problemas cardíacos, temor no ajeno al personal sanitario. Sin embargo, las características de los IPDE5, con una acción selectiva 4.000 veces mayor que frente a PDE3 (cardio-específica), hace que los riesgos sean mínimos. Así, se ha demostrado que no existen diferencias en el porcentaje de eventos cardiovasculares secundarios entre pacientes tratados con IPDE5 o placebo, incluso se ha llegado a comprobar la ausencia de riesgo en pacientes con insuficiencia cardíaca.

2. Otros fármacos orales. La apomorfina, en dosis de 2 y 3 miligramos, apareció en el mercado con la exclusiva indicación de servir para el tratamiento de la disfunción eréctil. Este fármaco, en la actualidad retirado, actuaba a nivel central activando los receptores dopaminérgicos D2 en el núcleo paraventricular del hipotálamo.

Con un perfil de eficacia menor que los IPDE5, la apomorfina, que se administraba a nivel sublingual, resultaba más eficaz en pacientes con disfunción

eréctil de etiología psicógena.

Existen otros fármacos poco estudiados y de menor eficacia que también tienen un papel en el tratamiento de la disfunción eréctil. Por ejemplo, la yohimbina, utilizada históricamente como supuesto afrodisíaco, proporciona una mejoría al 62% de quienes tienen disfunción eréctil psicógena, frente al 16% de quienes tomaron placebo (Fenemore, 1988). Por experiencia propia, los pacientes que han utilizado yohimbina a dosis de 10 miligramos tres veces al día, no apreciaron ninguna ventaja. Por el contrario, suelen quejarse de molestias gástricas y cierto nerviosismo, además se observan incrementos en la tensión arterial. En España, la yohimbina no está comercializada, por lo que se prescribe como fórmula magistral para elaborar en farmacias.

En este mismo apartado se debe hacer referencia a los parches de nitroglicerina, ya que algunos autores destacan su utilidad en las disfunciones eréctiles leves de origen vascular. Nuestros pacientes, por el contrario, sólo han conseguido importantes dolores de cabeza con este tratamiento.

La fentolamina, un inhibidor tanto de receptores alfa como beta adrenérgicos, a dosis de 50 miligramos vía oral, consigue mejorar a un 42% de pacientes. Otros autores también obtienen buenos resultados con 40 y 80 miligramos sin destacables efectos adversos. Esta medicación, conocida en Estados Unidos como Vasomax® y en Latinoamérica como Z-Max®, no está comercializada en España.

La doxazosina se ha utilizado por ser un antagonista selectivo alfa y porque había una menor prevalencia de disfunción eréctil entre aquellos hipertensos tratados con este principio activo, habiéndose comprobado que incrementa la eficacia del alprostadilo intracavernoso y del sildenafil en pacientes con disfunción eréctil no orgánica (De Rose, Giglio, Traverso, Lantieri y Carmignani, 2002).

Otros fármacos que en ocasiones pueden resultar útiles pero que están poco contrastados experimentalmente son la L-arginina, trazodona, pentoxifilina, delequamina y nicergolina. Se puede mencionar entre este grupo la moclobemida, un inhibidor selectivo reversible de la monoaminoxidasa (MAO), que a dosis entre 450 y 600 mg favorece la respuesta eréctil, siendo de posible utilidad sobre todo en las disfunciones psicógenas (Mann, Pankok, Leissner y Benker, 2001).

Hoy día existen expectativas acerca de la eficacia de diferentes principios activos tales como la oxitocina, glutamato, hexarelina, activadores de la guanilatociclasa, inhibidores de la rokinasa y NCX-911, de los que en la actualidad no existen datos concluyentes.

Es probable que en el tratamiento futuro de la disfunción eréctil exista un

predominio de la ingeniería tisular para renovar el tejido eréctil con células autólogas, además del uso de la genterapia.

3. Tratamiento etiológico. Los fármacos utilizados por ahora en la disfunción eréctil se emplean con independencia de la causa originaria de la disfunción. Sin embargo, en cualquier patología, el tratamiento ideal siempre consiste en la erradicación de la causa que ocasiona el problema. En general, en la disfunción eréctil, como ya se ha mencionado, una vez que aparece el problema de erección, a la causa inicial habrá que añadirle el miedo al fracaso, por dudas ante la próxima relación y la demanda de ejecución. Por tanto, solventar el agente etiológico (que rara vez es unifactorial) no suele servir para restaurar la erección a niveles previos a la presentación del problema.

No obstante, siempre se debe tratar la causa originaria. Así por ejemplo, a quien sufra diabetes habrá que controlarle la glicemia y a quien se encuentre en tratamiento farmacológico por otras patologías, se debe estudiar si los fármacos pueden ser responsables, con la idea de cambiar el medicamento por otros que no contribuyan a la pérdida de la erección.

En caso de hipogonadismo (cuando la testosterona total se encuentre dos desviaciones por debajo de 11 nmol/l) se debe utilizar testosterona que además mejorará el resultado de los IPDE5.

Lo ideal es utilizar una pauta que permita asemejarse al ritmo circadiano natural, cuestión difícil con los inyectables, que proporcionan dosis muy elevadas tras la inyección y, antes de la siguiente dosis, la testosterona puede estar por debajo de los valores fisiológicos. A la hora de elegir entre parches o geles, parece que el gel de testosterona permite alcanzar concentraciones fisiológicas de testosterona, evitando que se produzcan los picos y valles característicos de las otras vías de administración. También se observa que la vía transdérmica es la que ofrece una seguridad mayor en cuanto al perfil lipídico y a los posibles efectos a nivel hepático.

En pacientes con síndrome del déficit de testosterona se debe hacer terapia de reemplazo hormonal. La mejor pauta consiste en administrar gel de testosterona y pasados tres meses mantener el tratamiento con una inyección trimestral de undecanoato de testosterona que, a diferencia del propionato, proporciona unos niveles constantes sin superar las dosis fisiológicas (ver tratamiento del hipogonadismo en capítulo 16).

4. Dispositivos de vacío. Dentro del primer nivel de tratamiento, otra herramienta ampliamente conocida pero poco utilizada son los dispositivos de succión, que han supuesto una alternativa a las prótesis químicas y mecánicas. El éxito oscila de un 70 a un 87% entre los usuarios. Sin embargo, en nuestro medio los pacientes son poco

proclives a la utilización de este método.

Se ha valorado la utilización combinada de psicoterapia más aparatos de vacío, habiéndose demostrado que el tratamiento combinado aporta notables ventajas. Así, mientras la terapia sexual resultaba eficaz en el 60% de los casos, esta cifra alcanzaba el 84% en el tratamiento combinado vacío más psicoterapia (Wylie, Jones y Walters, 2003).

B) Segundo nivel

El segundo nivel del tratamiento de la disfunción eréctil consiste en la utilización de fármacos intracavernosos.

En la actualidad se usa fundamentalmente la PGE1, sola o asociada a fentolamina y papaverina. En principio los resultados son beneficiosos, pero el nivel de abandonos es muy elevado, en torno al 40% después de tres meses tratamiento y de un 70 a un 80% a los tres años. No obstante, la PGE1 es una herramienta imprescindible, especialmente indicada en pacientes que no responden al tratamiento con IPDE5.

También se ha empleado en la disfunción eréctil psicógena que no evoluciona de forma favorable con la terapia sexual, obteniéndose resultados beneficiosos en el 64% de los casos, los cuales pudieron dejar el tratamiento en el plazo de tres meses, aunque un 18% necesitó el tratamiento durante un año (Ghanen, Sherif, Adbel-Gawad, Asaad, 1998). Estos excelentes resultados difieren, de forma radicalmente opuesta, de los aportados por otros autores, quienes compararon la eficacia de la terapia sexual clásica, frente a las inyecciones intracavernosas de bajas dosis de prostaglandinas, constatando que quedaron satisfechos con el tratamiento el 69% de los individuos que recibieron prostaglandinas, con respecto al 75% de los que recibieron terapia sexual, si bien la terapia sexual resultó ser un tratamiento mucho más caro (Baum, Randrup y Junot, 2000).

Otra posibilidad dentro de las inyecciones intracavernosas consiste en la utilización combinada de 25 microgramos de VIP (polipéptido intestinal vasoactivo) con un miligramo de mesilato de fentolamina, con lo que se han conseguido erecciones apropiadas.

Para paliar el miedo del paciente a la inyección intracavernosa, se puede emplear la PGE1 vía intrauretral, es decir, sin necesidad de pincharse. Esta modalidad de tratamiento facilita la respuesta eréctil al 40% de los pacientes pero no se comercializa en España. En Estados Unidos se puede conseguir con el nombre de MUSE.

C) Tercer nivel

En el tercer nivel del tratamiento se encuentra la cirugía, encaminada a restaurar la vascularización - descartada hace tiempo por su ineficacia - o a implantar una prótesis, situación de elección cuando el paciente está dispuesto y han fracasado todas las alternativas terapéuticas anteriores.

La intervención consiste en un vaciamiento de los cuerpos cavernosos, sustituyéndolos por dos cilindros del mismo tamaño que pueden propiciar una erección permanente o no, dependiendo del tipo de prótesis.

Las prótesis que se acompañan de depósito y bomba insufladora (según el tipo se pueden alojar en la cavidad abdominal o en el propio testículo) permiten pasar de la erección a la flaccidez, mientras que las que no tienen depósito mantienen una erección permanente.

9.5.2. Tratamiento sexológico

Según diversos estudios, hasta la aparición de los IPDE5, la eficacia de la terapia sexual había sido superior al resto de las intervenciones (fármacos u otros abordajes). En el caso concreto de la disfunción eréctil secundaria, el número de fracasos terapéuticos es de sólo un 26,2% y, tal como afirma McConhagy (1990), la terapia sexual es muy eficaz, debiéndose los fracasos terapéuticos, en su mayor parte, a la falta de motivación y abandono del tratamiento. En la práctica diaria se observa a menudo que los pacientes abandonan porque no observan erecciones al comienzo de la terapia.

La intervención sexológica está conformada por un conjunto de estrategias de carácter psicoterapéutico que se emplean con los siguientes fines:

- Tratamiento de la disfunción eréctil de carácter psicógeno.
- Optimización del tratamiento con fármacos en la disfunción eréctil de origen orgánico.
- Rehabilitación de la respuesta sexual en aquellos casos donde el tratamiento farmacológico no surte efecto.
- Adaptación y optimización de la respuesta en enfermedades crónicas que imposibilitan la erección.

Los modelos empleados con mayor frecuencia para el tratamiento de la disfunción eréctil son:

- a) Modelo terapéutico de Masters y Johnson. La terapia sexual que proponen estos autores (1970), que es llevada a cabo por dos terapeutas (hombre y mujer) al mismo tiempo, parte de la prohibición del coito para iniciar la denominada por ellos focalización sensorial, consistente en que la pareja desnuda comienza a masajearse

sin pasar a caricias genitales en un primer tiempo y después incluyendo los genitales.

Una vez conseguida la erección se procede a:

- "Técnica fastidiosa": radica en manipular el pene hasta conseguir la erección y después, interrumpir el estímulo para permitir la distracción y pérdida de la erección, retomando de nuevo la manipulación del pene. Esta estrategia se debe mantener durante media hora.
- Una semana más tarde, cuando el pene entra en erección tras la estimulación, la mujer debe excitar los genitales sentada encabalgada sobre el hombre.
- Cuando ella se encuentre cómoda en esa postura, debe introducir el pene en su vagina, con lo cual se elimina la natural distracción erótica del varón al intentar buscar el orificio vaginal.
- La introducción del pene por parte de la mujer se repite en varias ocasiones hasta que el varón se siente seguro. Si no hubiera erección se sigue con el juego erótico sin prisas.
- A continuación ella comienza a moverse lentamente intentando evitar cualquier tipo de demanda sexual.

A partir de ahí, se continuarán, en los días siguientes, los ejercicios de los "placeres pelvianos". Se basa en la repetición del paso anterior, sin pretender la satisfacción de la mujer ni la eyaculación del hombre, hasta que se vaya normalizando la situación.

b) Modelo terapéutico de Helen Singer Kaplan. Parte de las propuestas de Masters y Johnson (1970), pero con una sistemática más flexible, adaptada a cada persona, empleando procedimientos que no se hallan organizados de forma rutinaria y partiendo de las necesidades psicodinámicas de la pareja.

Parte de la focalización sensorial que ella denomina placereado y el objetivo fundamental del terapeuta debe ser conseguir una primera erección. Aunque obtener una erección no significa que el problema esté resuelto, va a servir de referencia al paciente de su capacidad para luchar contra los bloqueos que tiene. Esta primera erección se conseguirá a partir de:

- El placereado, haciendo énfasis en la abstinencia inicial del orgasmo.
- El empleo provisional de fantasías para sustraerse de la ansiedad.

La autora, pese a ser psicoanalista, carga de eclecticismo lo que ella

denominaría "nueva terapia sexual" y recubre el modelo con la ideología psiquiátrica de la época, basando en última instancia la resolución de los problemas en el insight.

c) Modelo terapéutico de Gerard Zwing. Para este autor (1985), la terapia sexual estaría centrada en el síntoma, que tiende a recondicionar favorablemente a hombres y mujeres sanos física y psíquicamente, pero con una psicología erótica inadecuada. Para ello se debe prohibir cualquier ocasión de repetición del fracaso, es decir:

- Descondicionar a la pareja de su estilo erótico desfavorable.

- Eliminar la necesidad imperiosa de obtener el orgasmo.

Se debe informar y desculpabilizar mediante una guía de instrucciones impresas y generar un ambiente para mantener o restaurar el deseo sexual. En este contexto se procederá a:

- Estimulación corporal extragenital con prohibición de acariciar el pene.

- Estimulación del hombre delante de su pareja hasta obtener la erección para familiarizarse con la situación.

- Pasar a la penetración en posturas laterales o encabalgada.

d) Modelo terapéutico de Keith Hawton (1985). El modelo deriva de las proposiciones introducidas por Masters y Johnson (1970) y desarrolladas por Kaplan (1974). Consta de las siguientes etapas:

- Focalización sensorial no genital. Donde, un miembro de la pareja, cuando le apetezca, debe invitar al otro a realizar los ejercicios en casa. En general debe dejarse que la pareja decida quién ofrece la primera invitación. Después de la primera sesión de caricias, el patrón de invitaciones es alternante, de manera que la responsabilidad de la invitación recaerá sobre el otro miembro en la sesión siguiente (con esta sistemática, en nuestro medio, los pacientes no hacen las tareas porque no encuentran el momento y están a la espera de que el otro tome la iniciativa).

- La focalización sensorial genital sería el segundo paso, donde el autor emplea la técnica del "aumento y la disminución del estímulo". Durante una sesión, una vez que el varón ha tenido una erección intensa se debe aconsejar a la pareja que cese todo contacto físico, permitiendo que la erección disminuya. Entonces deben reiniciar las caricias, acariciando la mujer con suavidad el pene del hombre, quien deberá recuperar la erección. El procedimiento debe repetirse 2 o 3 veces en cada sesión.

- Contención vaginal, donde la penetración debe llevarse a cabo con la mujer guiando el pene de su pareja con las manos. Una vez producida la penetración vaginal, la pareja debe permanecer inmóvil y concentrada en las sensaciones placenteras que experimentan. El hombre puede moverse ligeramente para estimularse si su erección comienza a disminuir y emplear fantasías sexuales; al mismo tiempo, la mujer debe contraer los músculos de su vagina.
- Contención vaginal con movimiento. En esta etapa se introduce movimiento durante la contención vaginal y progresivamente se avanza hasta llevar a cabo una relación coital natural. Se recomienda a la mujer que comience el movimiento después el hombre. A continuación establecerán turnos en el movimiento.

Una característica muy positiva de este modelo radica en que el autor pronostica de antemano cuáles son las posibles complicaciones y se las hace saber a los pacientes. Sin embargo, aplicando la terapia al pie de la letra en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, la fase de la contención vaginal, con y sin movimientos, no se superaba con éxito por la mayoría de los pacientes.

e) Biblioterapia y autoayuda. Ha sido frecuente en el campo de la terapia sexual la existencia de materiales de autoayuda, posiblemente porque la gente ha tenido y, aunque con algunos cambios, sigue teniendo dificultades para consultar sobre sus problemas sexuales.

De entre los programas de autoayuda referidos a la disfunción eréctil, son destacables el propuesto por Carole Altman (1978) y la adaptación de Masters y Johnson de su esquema terapéutico (Masters, Johnson y Kolodny, 1994).

1. Modelo de Carole Altman. Comienza por una autoevaluación a partir de un cuestionario que determina si la causa de la disfunción es probablemente de carácter psicológico, o por el contrario, de base orgánica; en cuyo caso, se advierte de la poca probabilidad de mejoría siguiendo el programa de autoayuda.

La filosofía del programa se nutre de la idea de que, al igual que en otros campos, las personas que trabajan y se esfuerzan por conseguir una vida sexual agradable y excitante tienen muchas más probabilidades de conseguirla que las que ignoran su sexualidad. Este esfuerzo se va a ver reflejado en una serie de contratos con la pareja que son imprescindibles y de obligado cumplimiento.

"L•Contrato de la no exigencia sexual"

La persona que siente la necesidad de una mejora sexual no debe experimentar durante la terapia, ninguna sensación de fracaso o de presión; por

tanto, los componentes de la pareja deben evitar toda actividad sexual.

"II:Vamos a intentarlo de verdad"

Este contrato debe entrar en vigencia a la vez que el anterior y debe llegar a un acuerdo sobre las tareas, el horario, la forma de llevarlas a cabo, etc.

"III:Contrato de no penetración"

Es el consentimiento por ambas partes de tener actividad sexual sin pasar a la penetración.

"IV:Contrato de la actividad sexual plena"

Una vez que mediante los ejercicios anteriores se ha ganado confianza y se consiguen erecciones ante diferentes estímulos, se procede al contrato de la actividad sexual plena, dejando siempre en mente la posibilidad de algún fracaso ocasional ("retirada", en palabras de Altman) que se ha dejado redactada por escrito con antelación.

2. Modelo de autoayuda de Masters, Johnson y Kolodny. Partiendo de los principios generales de su modelo, estos tres autores (1994), fieles a su filosofía primigenia, dividen su estrategia terapéutica en pequeños pasos, en un lenguaje fácilmente entendible y, a diferencia de la terapia inicial, dedican un importante peso a la realización de fantasías durante la realización de las tareas.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, partiendo de los modelos citados, se han ido modificando algunas estrategias e integrando nuevas herramientas adquiridas por la experiencia con los pacientes, hasta desarrollar un modelo propio que consta de dos niveles: simple y combinado.

f) Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Dicho modelo lo hemos evaluado de forma empírica, de tal manera, que en el momento actual se puede afirmar que haciendo uso del modelo simple el 66,7% de los pacientes superan el problema, y si se emplea el modelo combinado la eficacia del tratamiento alcanza el 90%.

1. Modelo simple. Los pasos serían los siguientes:

• Erotización sensual

✓ Prohibición del coito. Debido a que el paciente con disfunción eréctil generalmente acude a consulta apremiado por la urgencia (ha pasado mucho tiempo evitando hacerle frente a la situación) y con altos niveles de ansiedad,

es indispensable prescribir alguna tarea de inmediato. Ya desde la primera sesión se aconsejan ejercicios encaminados a disminuir la ansiedad de ejecución. Para ello se prohíbe la realización del coito, tal como establecieron Masters y Johnson (1970), que tiene como finalidad hacer desaparecer la ansiedad y la demanda de ejecución.

- ✓ Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos. En caso de que la relación de pareja sea aceptable, se comenzará con el masaje sensitivo, recalando la necesidad de recorrer todo el cuerpo de forma sensual (algunos hacen un masaje de tipo rehabilitador que nada tiene que ver con el erotismo) durante 15 minutos. Si ella no tiene una buena disposición no se debieran prescribir más de diez minutos. Masters y Johnson (1970) decían: "Cinco minutos de recompensa valen mucho más que media hora de sufrimiento".

Antes de proceder a realizar la erotización hay que tener la seguridad de que existe un nivel de motivación adecuado por parte de ambos miembros de la pareja, pues si se comienzan los ejercicios y no conducen a buen fin, debido a una escasa colaboración, se habrá desperdiciado una herramienta cuya eficacia no es la misma en segundas vueltas.

La intervención se hará de forma similar a como se describió para el deseo sexual hipoactivo.

En este caso, la estrategia de la intención paradójica es fundamental para la resolución del conflicto, por lo que se recalca que no debe excitarse sino relajarse, concentrándose en todo momento en el punto en que le tocan. No debe pensar en si tiene o no tiene erección, entre otras cosas porque de tenerla no puede pasar a la penetración, pero hay que subrayar la idea de que no es importante que se excite sino que se relaje y se pregunte a sí mismo mientras le van acariciando "¿qué siento donde me tocan?"

La frecuencia de ejercicios entre sesiones debe ser variable, dependiendo de las características de la pareja. De forma general se insiste en que lo mejor es hacer las tareas con la mayor frecuencia posible, estableciendo entre un paso y otro de la terapia, al igual que en el deseo, un mínimo de unas dos semanas, o el equivalente de haber hecho la erotización al menos siete veces.

- ✓ Autoestimulación. Se le refiere al paciente que la autoestimulación sirve como rehabilitación del pene, en el sentido de favorecer la vascularización y tonificar la musculatura genital. Antes de aconsejarle que se masturbe, se le habrá explicado con detenimiento el fenómeno de la autoobservación.

Como se mencionó con anterioridad, es común que el paciente con disfunción eréctil se masturbe para comprobar si es capaz de obtener la erección. Con ello, al principio de la evolución la erección se consigue con normalidad, pero el paso del tiempo va haciendo que disminuya la respuesta y que la misma ansiedad movilizadora ante la pareja se exprese en solitario impidiendo que el pene alcance la dureza deseada. Por tanto, es normal que el individuo argumente que de nada sirve masturbarse porque no consigue erectar, a lo que se le debe responder que no es necesario obtener la erección, ni tan siquiera que se excite o alcance el orgasmo, ya que el objetivo es tonificar la musculatura y vasos del pene.

Otra de las metas de la autoestimulación es mantener al paciente activado y potenciarle el deseo. De hecho, se recomienda que practique en solitario, con la mayor frecuencia posible sin que llegue a suponerle una carga. Al mismo tiempo, se le aconsejan lecturas eróticas y, en casos concretos, se puede permitir la visualización de películas pornográficas (valorar previamente, pues en algunos casos sólo sirven para acomplejar al paciente tras la observación de erecciones exageradas).

El momento ideal para llevar a cabo la tarea será justo después de terminar la erotización con la pareja.

- ✓ Comunicación sexual. Se llevará a cabo tal como se señaló en la disfunción anterior, teniendo en cuenta que es probable que la pareja sea una mala colaboradora si no se logra reforzar la intimidad, para lo cual es imprescindible incrementar la comunicación.
- Erotización genital. Una vez que la pareja ha superado el paso anterior y el paciente se relaja o bien se excita sin estar demasiado pendiente de la erección, se pasa a la siguiente fase, es decir, a la erotización genital.
- ✓ Erotización genital concentrándose en el tacto. La erotización genital incluye acariciar los genitales, pero advirtiéndole que las caricias no se harán de forma diferente a como se acaricia el resto del cuerpo y, aunque aparezcan erecciones, se habrá de obviar el coito.

Debe dedicar cinco sesiones concentrándose en el punto en que le tocan. Es importante resaltarle de nuevo que cuando su pareja le acaricie el pene, debe estar centrado en las sensaciones que experimenta, intentando relajarse mientras le estimulan. Una vez más se le informa de que no esperamos que obtenga una erección, sino que el objetivo consiste en encontrarse cómodo.

- ✓ Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas. Pasadas cinco sesiones de erotización genital concentrándose en el tacto, el paciente deberá abstraerse en fantasías eróticas mientras es acariciado.

La finalidad de esta estrategia es generar "distracción cognitiva" en el sentido propuesto por Barlow y Beck (1986), para que el paciente no esté pensando durante las caricias "no puedo", "soy incapaz de erectar", etc.

Cuando le toca el turno de acariciar a él y ella tiene una sexualidad saludable (es normal que se haya sentido abandonada durante todo el tiempo de evolución de la disfunción), se puede permitir, en caso de que se excite, que él la estimule hasta llegar al orgasmo. Cuando esto sucede, el paciente suele sentirse muy excitado, apreciando la sensualidad de la pareja. A causa de lo cual, suele ser un momento en el que obtiene erecciones adecuadas para la penetración. Se ha de insistir, por tanto, en la necesidad de no proceder al coito bajo ningún concepto.

En las parejas con una sexualidad disfuncional o simplemente con actitudes sexuales negativas, es mejor que ambos realicen las tareas por igual para facilitar la respuesta sexual de ella. Por tanto, deben dedicarse exclusivamente a acariciar sin llegar más lejos.

- Erotización orgásmica. Si el paciente está colaborando y no evita las tareas, se pasa a la denominada erotización orgásmica, que en esta ocasión consta de tres fases:

- ✓ Caricias compartidas. Se llevará a cabo justo de la misma forma que en el deseo sexual hipoactivo, es decir, tras realizar unos cinco minutos de erotización sensual y genital, se pasa a caricias compartidas a modo de petting con la prohibición del coito.
- ✓ Autoestimulación delante de la pareja. Si las tareas anteriores han evolucionado de forma adecuada y el paciente no tiene problemas con la erección cuando se masturba en solitario, es el momento de pedirle que se autoestime hasta conseguir la erección mientras ella le acaricia cualquier parte del cuerpo.

Una vez alcanzada la erección, el paciente debe parar hasta que la erección desaparezca, entonces repetirá de nuevo el proceso en tres ocasiones. Al cuarto intento, si le apetece, puede seguir estimulándose hasta llegar al orgasmo.

- ✓ Rozamiento genital. Esta tarea se entremezcla con las anteriores, de forma que a lo largo de los ejercicios deben dedicar unos minutos, cuando hay

erección, al rozamiento de los genitales. Tras autoestimularse, el varón rozará sus genitales contra los labios menores y clítoris de la mujer. A continuación, adoptará una posición pasiva y será ella, quien cogiendo el pene, lo roce con sus genitales encabalgada (se advierte que bajo ningún concepto se debe intentar la penetración).

Llegado este momento, se permitirá alcanzar el orgasmo pero sin penetración. Se pretende que el paciente se familiarice con la erección delante de su pareja, acontecimiento que no ocurría anteriormente, sin el miedo de un posible fracaso.

- Capacitación para el coito. Partiendo de la erotización orgásmica, tras unas siete sesiones cuya eficacia es mayor cuanto más seguidas sean, se debe continuar con la capacitación para el coito, que consta de los siguientes pasos:

- ✓Penetración inmóvil con autoestimulación. Al individuo que obtiene fácilmente la erección por caricias de su pareja o autoestimulación, se le pide que una vez conseguida la erección, su pareja se introduzca el pene en la vagina, estando sentada encima con las rodillas situadas junto al costado, por debajo de los pezones del varón (encabalgada). Una vez que esté el pene dentro, el paciente se queda inmóvil hasta que desaparezca la erección. Llegados a esta fase debe comenzar a autoestimularse de nuevo, compartiendo la masturbación con ella y al reaparecer la erección se procede de nuevo a que ella introduzca el pene en la vagina.

Los ejercicios se finalizan con la masturbación del paciente delante de su pareja, dándole la opción de estimularla a ella hasta el orgasmo, o bien que sea ella quien se estimule a sí misma.

Con esta tarea se pretende habituar al paciente a que pierda la erección sin miedo y, además, hacerlo consciente de que la puede recuperar por sí mismo.

- ✓Estrategia del "cartero": Denominada así porque el autor hace referencia cuando explica esta tarea a sus pacientes, a una famosa escena erótica de la película El cartero siempre llama dos veces (dirigida por Bob Rafelson en 1981).

Se trata de que el paciente se autoestime hasta alcanzar la erección mientras ella se encuentra en decúbito supino al borde de una superficie alta, por ejemplo una mesa, o bien puede estar al borde de la cama, mientras él se apoya con las rodillas en el suelo (se debe poner un cojín u otro amortiguador para que no molesten las rodillas). En esa situación él

está masturbándose en la cercanía de los genitales de ella. Cuando tiene erección se roza y, sin dejar de frotarse, introduce el pene. Una vez dentro lo retira de inmediato para seguir autoestimulándose. En esta postura es muy importante calcular la altura apropiada, de forma que la entrada vaginal esté unos centímetros por debajo del pene y él tenga que inclinarse un poco hacia delante, si la altura es la misma, el ángulo para la penetración no es adecuado (figura 9.3).

Tras varios empujes intravaginales se debe apartar de nuevo y, sin tocarse, esperar a que la erección desaparezca para comenzar otra vez. La finalidad, al igual que en la penetración inmóvil, es acostumbrar al individuo a perder la erección sin miedo, y así se le hará saber.



Figura 9.3. "Estrategia del cartero".

Una vez alcanzada esta fase con éxito el pronóstico es muy favorable, sobre todo si la relación de pareja es armoniosa.

El entrenamiento debe seguir durante todo un mes para asentar la

respuesta. No obstante, en este momento se debe ser más permisivo con los horarios de los ejercicios, con el fin de dejar lugar a la espontaneidad.

- Coito libre. Transcurrido un mes practicando con éxito las tareas anteriores, se recomienda acentuar los ejercicios durante la penetración. Se solicita que durante la penetración inmóvil, aumenten los empujes intravaginales pero a un ritmo lento.

En todo caso el orgasmo no debe producirse con la penetración, esto quiere decir que cuando el placer sea intenso, próximo a la eyaculación, el pene debe ser retirado para alcanzar el orgasmo con caricias y juegos.

Una vez en esta etapa, parece lógico permitir la realización espontánea del coito una vez conseguida la penetración, pero el número de recaídas es mayor con respecto a seguir con pautas terapéuticas (muy parecidas de hecho a una relación natural), que le evitan al paciente responsabilidad y demanda de ejecución, lo que permite que afiance los hábitos conseguidos. Así, salvo pacientes con personalidad obsesiva, fieles cumplidores de las prescripciones, es habitual que en mitad de esta fase, muchas parejas dejen de respetar las propuestas y de forma natural vayan acoplándose a una relación saludable. A otras, tras un mes de realizar estas prácticas, se les da permiso para que procedan a una relación espontánea, pero practicando la penetración inmóvil al menos una vez cada dos semanas durante seis meses.

2. Modelo combinado del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Desde la práctica clínica se entiende que en toda disfunción eréctil, independientemente de la causa originaria, como factor mantenedor de la disfunción se va a encontrar un fuerte componente psicológico que puede dificultar el tratamiento.

De la misma manera se tiene constancia de que cuando la pareja no colabora o no se siente integrada en el proceso terapéutico, la adherencia al tratamiento farmacológico disminuye, siendo frecuentes los abandonos de la medicación. Como se ha dicho antes, incluso tratamientos farmacológicos efectivos para la erección como las inyecciones intracavernosas, son abandonados por el paciente cuando la pareja no colabora. Por tanto, el tratamiento de la disfunción eréctil debe hacerse siempre que sea posible en pareja, lo que favorecerá una respuesta más adecuada además de evitar futuros abandonos con independencia de la etiología de la disfunción.

En cualquier caso, la razón fundamental para la utilización de un tratamiento combinado (fármacos + terapia sexual) parte de la ansiedad de ejecución que experimenta el paciente con disfunción eréctil (miedo al fracaso, etc.), que en ocasiones conlleva una desaparición del deseo, imprescindible para que funcionen

los inhibidores de la fosfodiesterasa. Además la ansiedad aumenta el tono adrenérgico, con lo cual el flujo sanguíneo en el pene decrece.

Según demuestra el modelo de Beck y Barlow (1986) ampliamente citado, uno de los elementos generadores de ansiedad anticipatoria (miedo al fracaso) es lo que este autor denomina "demanda de ejecución" por parte de la pareja. Esto significa que cuando aparece una disfunción eréctil, la pareja va a presionar para que el paciente ejecute una respuesta sexual adecuada y esta exigencia propiciará un mayor nivel de ansiedad. Por tanto, cuando la pareja colabora disminuye la demanda de ejecución (aspecto fundamental sobre el que se interviene en terapia sexual), elemento facilitador de la respuesta sexual, y de ahí que la terapia sexual en pareja, combinada con inhibidores de la fosfodiesterasa, pueda incrementar la eficacia del fármaco, así como el fármaco puede incrementar la eficacia de la terapia sexual.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología el tratamiento de elección para la disfunción eréctil consiste en el empleo del modelo previamente descrito junto con los IPDE5, tal como sigue:

- Erotización sensual. Se llevará a cabo tal como se ha detallado en el apartado de terapia sexual, es decir, en esta fase no se emplea la medicación.
- Erotización genital con fármacos. En esta fase, especialmente en pacientes de larga evolución y también en aquellos con una relación de pareja conflictiva, se añade un IPDE5. Se remarca la prohibición del coito, con el objetivo de familiarizar a la pareja con las erecciones en un proceso de comunicación y erotización.

Lo ideal es tomar un IPDE5 a diario como el todelefilo de 5 mg y dedicar un horario específico todos los días para hacer las tareas, ya se ha explicado que una mayor frecuencia correlaciona con mejor pronóstico.

En el transcurso de tres semanas como máximo, el paciente debe hacer las tareas al menos siete veces.

- Erotización orgásmica con fármacos. Los ejercicios se realizarán de igual manera que en el modelo descrito, pero tomando IPDF5. El paciente debe realizar las tareas correspondientes, es decir, caricias compartidas, autoestimulación delante de la pareja y rozamiento genital.

Se le permitirá alcanzar el orgasmo pero sin penetración. De esta forma el paciente se familiariza con la erección delante de su pareja y toma confianza. Por otro lado, se asume que la disminución de la ansiedad de ejecución, al no tener que enfrentarse al coito, facilitará la excitación y, por tanto, la liberación de óxido nítrico y disminución del tono adrenérgico, permitiendo la actuación del IPDE5.

- Capacitación para el coito con fármacos. Una vez superados los pasos previos se utiliza la penetración inmóvil. En esta situación se utiliza de forma determinante la intención paradójica, al pedirle al paciente que se mantenga quieto dentro de la vagina hasta perder la erección, para cuando esto ocurra comenzar de nuevo la estimulación. El IPDE5 dificultará la detumescencia y el pene no bajará, experimentando una agradable sensación de control.

A continuación se le pide que se mueva con lentitud dentro de la vagina sin permitirle la eyaculación dentro (así no tiene la percepción de estar en una relación coital habitual que le puede desencadenar el miedo al fracaso). Estas tareas se alternan con el empleo de la "estrategia del cartero".

- Coito libre sin fármacos. Transcurridas siete sesiones de ejercicios se consiente el coito libre. Una vez llegado a este punto se inicia la retirada del fármaco, tras explicarle que con el entrenamiento seguido no va a necesitar más medicación.

La retirada se hace de forma progresiva disminuyendo en primer lugar la dosis, después se pasa a tomar la medicación en días alternos, a continuación cada dos días, después cada tres y por último cada cuatro, hasta la retirada definitiva. En esta fase son de especial utilidad los IPDE5 de vida media más larga.

Durante los seis primeros meses tras el tratamiento se recomienda que practiquen la capacitación para el coito dos veces al mes como mínimo.

Esta estrategia persigue que el tratamiento tenga un efecto "curativo" definitivo, sin necesidad de tener que seguir usando fármacos para conseguir la erección. Obviamente en pacientes con lesiones orgánicas el fármaco seguirá siendo necesario, pero si no se ha llevado a cabo este proceso es probable que las dudas ante la respuesta, la demanda de ejecución y, en suma, el miedo al fracaso, dificulten la acción del medicamento. Además la secuencia de ejercicios facilita el proceso de comunicación y un mejor entendimiento en pareja, facilitando también el cumplimiento del tratamiento.

La terapia combinada ha resultado ser más eficaz que el tratamiento farmacológico y la terapia sexual como estrategias aisladas. El 90% de los pacientes siguen con erecciones adecuadas un mes después de haber terminado la intervención terapéutica (Cabello-Santamaría, 2004). Además el nivel de abandono de los distintos tipos de intervención es mucho menor con la terapia combinada (el 23% de los abandonos corresponden a terapia farmacológica, el 69% a terapia sexual y el 8% a la terapia combinada).

En resumen, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, hoy día se inicia el

tratamiento de la disfunción eréctil con el modelo de terapia combinada, dejando el modelo simple para aquellos casos que tienen reparos en tomar medicación, disfunciones eréctiles psicógenas de corta evolución y contraindicaciones a los IPDE5.

10

Eyacuación precoz

io.i. Introducción

Desde un punto de vista sociológico, hasta épocas recientes parece que el tiempo eyaculatorio no había sido un problema relevante. Sin embargo, en el ámbito médico la eyacuación precoz ya fue definida por Gross en 1887 y pasó a ser una enfermedad dramática entre las clases sociales altas.

Para la mayoría, hasta hace escasas décadas el asunto no preocupaba demasiado, de hecho, algunos pacientes ancianos con disfunción eréctil se jactan de haber sido muy rápidos en su juventud. Es probable que la salida a la luz de informes sobre la sexualidad femenina y mensajes como el de "no hay mujer frígida sino hombres inexpertos", en el contexto machista imperante, han hecho que el hombre se sienta responsable de la satisfacción sexual de la mujer. Esta responsabilidad es causa de muchas de las disfunciones sexuales masculinas, y en especial, del miedo a no durar el suficiente tiempo para que la mujer alcance el orgasmo, a pesar de que la consecución de orgasmos en la mujer no depende tanto del tiempo como de aspectos cualitativos.

Posiblemente debido a estas cuestiones, desde al menos el último tercio del siglo xx, se han producido dos fenómenos: la eyacuación rápida se ha configurado como una enfermedad y el tiempo eyaculatorio global de la población se ha retardado, a pesar de que el hombre ya era uno de los mamíferos más lentos a la hora de eyacular.

Los animales, dada la finalidad reproductiva de su sexualidad, no pueden dedicar mucho tiempo al coito (situación de peligro ante múltiples depredadores), por lo que casi ninguna especie tarda más de algunos segundos en la conducta de apareamiento. Por el contrario, sí es común que el número de empujes intravaginales por unidad de tiempo sea mayor con respecto al hombre, por ejemplo, un Macaco Rhesus puede hacer entre dos y cinco por segundo.

io.2. Concepto

Existen diversos criterios: algunos autores han definido la eyacuación precoz en términos temporales, estableciendo márgenes que oscilan de uno a siete minutos, antes de que tenga lugar la eyacuación y una vez producida la penetración.

Otros mantienen como criterio el número de empujes intravaginales o movimientos de

frotación en el coito. De forma arbitraria se ha establecido un mínimo de entre ocho y quince empujes, a partir de los cuales ya no se trataría de una eyaculación precoz. Para Gindin (1993), la intromisión del pene "desencadena un movimiento gestual instintivo seguido de diez a quince movimientos que conduce a la eyaculación".

Algunas definiciones están basadas en la satisfacción de la pareja, como en la Clasificación de Trastornos Mentales CIE-10, donde se define la eyaculación precoz como "la incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual". En esta misma línea, Masters y Johnson (1970) definieron la eyaculación precoz como la "incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración el tiempo suficiente como para satisfacer a su pareja en el 50% de sus contactos sexuales".

El déficit de control voluntario es otra variable que se ha tenido en cuenta a la hora de concretar el proceso. En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se define como la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima, antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. En esta definición se advierte que deben tenerse en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

En ámbitos relacionados con la sexología, esta falta de control por parte del hombre para posponer su orgasmo, con independencia del tiempo que tarde en eyacular, es lo más relevante. Se entiende por control adecuado de la eyaculación el poseer un grado razonable de dominio voluntario que permita proseguir los movimientos del coito mientras se encuentra en un alto nivel de placer y de excitación, hasta que se decide "dejarse ir" y eyacular (Kaplan, 1974). En el mismo sentido, de forma empírica se ha comprobado que si se tiene en cuenta que en la eyaculación intervienen factores de condición (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal y percepción de control) y factores de impacto (satisfacción, angustia y problemas de pareja), el tiempo de latencia influye directamente en la percepción de control pero no afecta a la satisfacción ni a la angustia. Sin embargo la percepción de control se correlaciona directamente con la angustia eyaculatoria y la satisfacción (Patrick, Rowland y Rothman, 2007).

Por último, la Academia Internacional de Sexología Médica define la Eyaculación Precoz como "la condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio".

10.3. Epidemiología

La tasa media de prevalencia de la eyaculación precoz se sitúa alrededor del 30% del total de la población masculina, aunque algunos hombres no lo consideran un problema. En los noventa había diez millones de eyaculadores rápidos en EE UU (Masters, Johnson

y Kolodny, 1994).

En el Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales (GSSAB) realizado en 29 países, que recoge datos de 13.618 hombres, un tercio serían eyaculadores precoces.

En resumen, los hombres con eyaculación precoz varían según distintos estudios entre el 15 y el 40% del total de la población masculina. De ellos, sólo un 25% suele buscar ayuda especializada (Seco, 2002). Pormenorizando entre etnias, los negros suponen el 34%, los hispanos 27% y los caucásicos el 19%.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, en la actualidad la eyaculación precoz es la primera demanda en orden de frecuencia.

10.4. Etiología y etiopatogenia

Como en cualquier otro proceso intervienen factores orgánicos, psicológicos y sociales, y es probable que la mayoría de las veces se trate de una combinación de todos ellos.

10.4.1. Aspectos orgánicos

La investigación sobre la fisiología de la eyaculación está relacionando una serie de factores con el tiempo eyaculatorio que se mencionan a continuación, aunque no existen conclusiones definitivas, existiendo muchas hipótesis sin contrastar en el momento actual.

a)Aspectos genéticos. A todo trastorno que se precie se le han de indagar los posibles factores hereditarios. En este caso la investigación no es fácil porque los eyaculadores precoces que acuden a consulta no saben si sus padres o abuelos tenían el mismo problema. Además, por cuestiones culturales, el abuelo, de haber sido rápido, lo habría achacado a su "potencia sexual" y no le habría dado importancia. Una buena estrategia para investigar sería preguntar a las madres "cuál era la velocidad de papá", pero en este caso habría que asumir la subjetividad materna.

A pesar de las dificultades, en este momento algunos investigadores están detrás de la pista del gen o genes propiciatorios. En este sentido, Assalian (2004) afirma que existe una alta incidencia familiar que llega al 90%, mientras Jern y colaboradores (2009), estudiando a gemelos, sólo atribuyen a los genes un 28% de la incidencia.

b)Cuestiones neurológicas:

1.Excitabilidad y sensibilidad. Existe la creencia de que la eyaculación precoz está relacionada con la aparente incapacidad del hombre para distinguir su propio

nivel de excitación y las sensaciones que le acompañan, sobre todo cuando esta excitación alcanza niveles muy altos en los momentos previos a la eyaculación, donde deberían aparecer sensaciones premonitorias de que la eyaculación va a ocurrir. Sin embargo, esto ha sido refutado por el ya clásico y bien diseñado trabajo de Spiess, Geer y O'Donohue (1984), donde se demuestra que no existen diferencias significativas en la apreciación de la excitación sexual entre eyaculadores rápidos y el grupo control, aunque los primeros eyaculan a más bajo nivel de excitación. De igual manera se ha verificado que los eyaculadores precoces no presentan una mayor excitación que los sujetos control en idénticas situaciones eróticas objetivas.

Entre los pacientes del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, la no detección de la sensación de preeminencia eyaculatoria es aplicable en exclusiva a un reducido grupo de eyaculadores especialmente rápidos, tales como los eyaculadores anteportam (eyaculan antes incluso de penetrar) o quienes no pueden hacer más de uno o dos empujes intravaginales.

Otra creencia, referida por muchos, consiste en tener una mayor sensibilidad en el pene. Así, usando biotesiometría, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a sensibilidad entre el grupo control y los afectados de eyaculación precoz. Por tanto, parece que la eyaculación precoz no es un problema de sensibilidad.

2.Aspectos electrofisiológicos. Las mediciones electrofisiológicas ponen de manifiesto que previsiblemente las alteraciones de la eyaculación tengan un predominio central o bien medular. La eyaculación precoz se debería a un aumento de la excitabilidad del centro medular simpático (DI 0 - L2), o bien, a una susceptibilidad mayor del centro medular simpático a los estímulos corticales.

En los hombres sin problemas de eyaculación, durante el proceso de excitación se produce una supresión selectiva de los potenciales simpáticos evocados genitales, que no afecta, por ejemplo, a los potenciales evocados de la región palmar de la mano. Sin embargo, los eyaculadores rápidos mantienen un elevado tono simpático durante esta fase.

Otros han centrado el origen de la eyaculación precoz en la existencia de un reflejo bulbocavernoso hiperexcitable.

Por último se encuentran quienes explican el proceso como consecuencia de un bajo umbral sensorial del nervio dorsal del pene.

3.Receptores serotoninérgicos. Infiriendo de los estudios con animales de laboratorio y comprobada la eficacia de los fármacos antidepressivos inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), hoy día muchos estudiosos, centran el origen del conflicto en los receptores 5-HT_{2C} y 5-HT_{1A}. Waldinger y colaboradores (1998) creen que la EP se debe a una hipersensibilidad de los receptores 5-HT_{1A} o una hiposensibilidad de los receptores 5-HT_{2C}. Esto enlaza con las teorías hereditarias, ya que atribuye a un componente genético las citadas alteraciones de los receptores.

c)Alteraciones prostáticas. Se ha detectado que determinados agentes irritantes cervicouretrales y prostáticos acortan la latencia eyaculatoria. Algunos autores han encontrado la próstata inflamada con mayor frecuencia en pacientes con eyaculación precoz frente al grupo control y se ha postulado que el 64% de quienes padecen eyaculación precoz tienen una inflamación prostática, de ellos, el 52% una prostatitis bacteriana y el 12% una prostatitis no bacteriana (Shamloul, 2006). En todo caso se debe seguir profundizando en este tipo de investigaciones, ya que entre otras cosas, la prostatitis no explica por qué los eyaculadores precoces muestran menos consistencia en la latencia eyaculatoria durante el coito respecto a la masturbación, a diferencia de los grupos control.

d)Hormonas. No se ha determinado hasta ahora, de forma definitiva, que los cambios hormonales incidan en el tiempo eyaculatorio, pero parece que alguna influencia se puede atribuir a los picos de oxitocina, tanto con pulsos a nivel central, como a nivel periférico.

Debe haber alguna relación cuando se han detectado receptores oxitocinérgicos en epidídimo y deferentes. Además en cultivos de células epiteliales del epidídimo, la oxitocina facilita la liberación de endotelina-1, que también induce la contracción. Por otro lado, se ha encontrado que la eyaculación puede ser más rápida cuando hay pocos niveles de magnesio en el semen.

e)Fármacos. En raras ocasiones existe cierta asociación entre algunos fármacos y el incremento de la rapidez eyaculatoria. Entre ellos la ciproheptadina, trifluoperacina, pseudoefedrina, yohimbina, etc. Asimismo este fenómeno puede producirse tras la retirada abrupta de opiáceos.

10.4.2. Aspectos psicológicos

Los primeros estudios, de orientación psicodinámica, hablaban de un excesivo narcisismo en los eyaculadores precoces. Más tarde Kaplan (1974) explicó la eyaculación precoz como un castigo inconsciente del hombre hacia la mujer para dejarla insatisfecha, aunque posteriormente, manifestó no encontrar procesos neuróticos ni trastornos de la personalidad en la mayoría de los eyaculadores rápidos.

Masters y Johnson (1970) determinaron que la causa fundamental de la eyaculación

precoz era un condicionamiento a partir de unas primeras experiencias desagradables, lo que no explica la situación de los eyaculadores precoces secundarios. Es lógico pensar, no obstante, que las primeras experiencias pueden determinar, en muchos casos, la respuesta eyaculatoria del futuro, así como el hábito masturbatorio. Los que se masturban tranquilamente con fantasías, recreándose y haciendo pausas, tienen mejor respuesta eyaculatoria en pareja que quienes se masturban con fotos y de forma compulsiva con el fin de liberarse de una tensión.

Metz y Prior (2000) mantienen que algunos hombres parecen carecer de habilidades interpersonales, así como de un conocimiento fisiológico sexual o sensual específico que les impide controlar la eyaculación.

Se ha comprobado que mientras los hombres sin problemas eyaculatorios se centran en la excitación y satisfacción durante la respuesta sexual, los eyaculadores rápidos están preocupados por el control del orgasmo, ansiosos ante un posible fracaso y con pensamientos relacionados con el mantenimiento de la erección.

Hay que plantear la hipótesis de que todos los eyaculadores rápidos con un predominio ansioso deberán estar en el grupo de mayor tono simpático cortical, mientras que aquellos eyaculadores espontáneos sin que medie la ansiedad y, quizás los anteporram, tengan un fuerte predominio medular, donde la base orgánica quizás tenga más peso que la psicológica.

Una falta de información veraz sobre sexualidad es común en los eyaculadores precoces, lo que facilita experimentar miedo a "no saber hacerlo", a quedar como un "inexperto", a "no dar la talla" o a no tener un pene lo suficientemente "poderoso", etc. Además, siempre viene añadido el fenómeno de autoobservación de la respuesta, tanto propia como de la pareja, lo que impide el abandono y genera cada vez mayor nivel de ansiedad con el consiguiente incremento del tono simpático cortical, que mandará una excesiva cantidad de impulsos al centro medular y provocará una eyaculación más rápida de lo deseable.

La ansiedad muy elevada está asociada a bajos umbrales de sensación, por lo que es probable que una ansiedad extrema provoque disfunción eréctil y la ansiedad intermedia acelere la eyaculación. Esto explicaría la frecuente asociación de una eyaculación rápida con el pene flácido.

Por otro lado, la eyaculación dependerá de la cantidad y calidad de las relaciones sexuales. Cuanto más se alargue la frecuencia menor será la latencia eyaculatoria y parece que los eyaculadores rápidos tienen mayores tiempos de abstinencia que el grupo control, aunque algunos autores no están de acuerdo con esta afirmación.

La calidad también influye, la experiencia clínica dicta que cuando el control

eyaculatorio es pobre, el paciente dedica menos tiempo a juegos eróticos, da menos rienda a las fantasías y tiene unas relaciones muy monótonas. En suma, la frustración subsiguiente a un coito involuntariamente rápido hace que el paciente evite en lo posible las relaciones, por lo que la frecuencia disminuye y, como cree que la eyaculación se produce por exceso de excitabilidad, reduce los juegos eróticos. Al disminuir el tiempo de juegos, el paciente no adopta el hábito de relajarse y disfrutar del contacto en general, centrando toda la respuesta en los genitales.

Resulta de máximo interés la idea de Fora (1994), quien mantiene que en la latencia eyaculatoria influyen cuatro factores principales dependientes de numerosos subfactores:

- La rapidez e intensidad de la excitación, influenciada por la novedad, tipo de estímulo, etc.
- El umbral eyaculatorio, que depende en último término del reflejo bulbocavernoso, el cual está más elevado en personas que eyaculan rápido.
- La capacidad de control, cualidad aprendida a lo largo de la vida sexual del sujeto.
- La inhibición del reflejo de forma voluntaria.

De todo lo expuesto se puede concluir, que no existe, por lo menos hasta ahora, ningún argumento que explique por sí solo el origen de la eyaculación precoz, siendo más probable que sean varios los factores implicados. Pensando en la clínica, difícilmente se cometerán errores si se establece que en la eyaculación precoz habrá unos factores predisponentes (por ejemplo, antecedentes familiares, hipersensibilidad a 5-HT_{1A} o una hiposensibilidad, a 5-HT_{2C}, predominio oxitocinérgico, un rápido reflejo bulbocavernoso, mal aprendizaje, etc.), unos factores precipitantes (baja frecuencia sexual, pareja demandante, ansiedad de ejecución, prostatitis, etc.) y unos factores mantenedores (ansiedad de ejecución, déficit de habilidades psicosexuales, prostatitis crónica, conflictos de pareja, etc.).

io.5. Formas clínicas de la eyaculación precoz

El trastorno eyaculatorio se presenta de múltiples formas, siendo necesario investigar las distintas dimensiones.

En cuanto a la dimensión temporal, la mayoría de las eyaculaciones precoces que se presentan en consulta suelen ser primarias o de toda la vida. Son pocos quienes tras tener una latencia eyaculatoria aceptable, pierden el control posteriormente. Cuando esto ocurre suele obedecer a motivos físicos, ansiedad o estrés intenso.

La dimensión situacional tiene menos peso en la eyaculación precoz que en otras

disfunciones. Es extraño encontrar a un individuo que, teniendo relaciones con más de una pareja, afirme tener eyaculación precoz con una de ellas y con otras no. Es frecuente que al inicio de una nueva relación de pareja el control sea menor, pero igualmente puede suceder que en una relación esporádica con pareja ajena a la habitual, la eyaculación se retarde.

En esta disfunción tampoco tiene mucho sentido establecer distintos grados de gravedad. Para los ensayos clínicos es usual clasificar a los individuos en función del número de minutos que tardan en eyacular (por ejemplo, grave si la latencia eyaculatoria intravaginal es menor de un minuto y moderada si es menor de dos minutos), en la clínica se siente mal tanto quien dura un minuto como quien tarda dos.

La experiencia muestra que algunos individuos vienen a consulta autodefiniéndose como eyaculadores precoces porque "tan sólo tardan unos 15 minutos en eyacular" y no dejan satisfecha a su pareja, es decir, no hay problemas de eyaculación, pero sí de expectativas.

Además de dimensionar, en primaria, secundaria, etc., es muy interesante diferenciar la presencia de ansiedad de ejecución y determinar cualitativamente la latencia eyaculatoria. Casi todos los autores, en aras de una mayor fiabilidad, hacen referencia exclusivamente al tiempo de la latencia eyaculatoria intravaginal (IELT). Sin embargo, desde un punto de vista clínico resulta imprescindible evaluar el IELT y el tiempo de latencia global, es decir, el control del tiempo con otro tipo de conductas eróticas.

La mayoría tardan poco tiempo intravaginalmente, pero controlan bien durante los juegos previos y la masturbación. Entre nuestros pacientes se ha comprobado que quienes tienen altos niveles de ansiedad evitan más las relaciones sexuales y eyaculan rápido durante la penetración, pero controlan bien en la masturbación y juegos eróticos. Por el contrario, los que tienen bajos niveles de ansiedad eyaculan por igual en la penetración y con otras conductas eróticas (felación, masturbación, etc.). Es por tanto muy relevante diferenciar hombres con ansiedad de los que no parecen estar tensos durante la práctica sexual (tienden a tener peor pronóstico), dado que la intervención terapéutica será distinta.

Quienes tienen ansiedad anticipatoria no presentan problemas en los juegos eróticos y van bien mientras la pareja no manifieste el menor síntoma de excitación, pero no resisten los empujes coitales (algunas mujeres se quejan de no poderse mover, pues en cuanto ellos notan la excitación, eyaculan).

Desde un punto de vista estrictamente fisiológico, la estimulación del nervio dorsal del pene es más intensa con los movimientos masturbatorios, por tanto, sería más fácil eyacular con la masturbación. Sin embargo, la ansiedad derivada de intentar satisfacer a la pareja es la que precipita la respuesta eyaculatoria en numerosas ocasiones.

En Sudáfrica es común la práctica del "Dry Sex" o sexo seco para sentir más. Consiste en añadir polvos vegetales con la finalidad de resecar la vagina y que haya mayor rozamiento durante el coito, proporcionando un incremento de la estimulación del pene a expensas del dolor y la poca satisfacción de la mujer. Por el contrario, en nuestro entorno, a diferencia de Sudáfrica, estamos muy interesados en el placer de la pareja, por lo que un exceso de lubricación, que conlleva menor rozamiento (disminuye la activación del nervio dorsal del pene), facilita la eyaculación.

Algunos pacientes eyaculan si dedican algún tiempo (ellos lo suelen considerar excesivo) a juegos eróticos, por lo cual pasan casi de inmediato a la penetración, resultando frustrante a la pareja. En estos casos ellas suelen quejarse del egoísmo del compañero y son poco colaboradoras en el proceso terapéutico. Menos frecuente pero mucho más grave es la situación de quienes eyaculan ante la idea de tener relaciones sexuales.

Por último, existe un grupo muy escaso de hombres que eyaculan en situaciones ajenas a la sexualidad, por ejemplo conduciendo en moto o, a veces, en el trabajo de forma inesperada, situación en la que se debe indagar una etiología orgánica.

En resumen, aunque se han publicado excelentes clasificaciones de las distintas formas clínicas de eyaculación precoz fundamentadas en aspectos etiopatogénicos como, por ejemplo, la de Metz y Prior (2000) y aún mejor la de Koldo Seco (2002), en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, con vistas al tratamiento se diferencia entre:

- Pseudoeyaculador precoz (no presenta criterios de disfunción).
- Eyaculador primario/secundario.
- Eyaculador precoz coital/coital y no coital.
- Eyaculador precoz con/sin ansiedad.
- Eyaculador precoz con /sin pareja.
- Eyaculador precoz con pareja colaboradora/con pareja no colaboradora.

Estas opciones ofrecen todo tipo de entrecruzamientos cuyo pronóstico variará mucho dependiendo de la forma clínica, siendo el peor para la eyaculación precoz "primaria coital y no coital sin ansiedad ni pareja".

io.6. Evolución

Quienes perciben su eyaculación como rápida tienen una sensación de frustración que les hace estar pendientes de su tiempo eyaculatorio antes y durante toda la relación sexual,

no alcanzando las mínimas cotas de abandono, imprescindible para una respuesta satisfactoria. Como consecuencia, la ansiedad de ejecución generada facilitará una latencia eyaculatoria cada vez más rápida.

En la mayoría de los casos, de forma adaptativa, se recurre a distintas formas de culminar la relación sexual, siendo lo más habitual el proceder a la estimulación manual u oral por parte del varón a su pareja, hasta que ella consigue el orgasmo; después él pasa a la penetración, que será rápida, pero menos angustiante al saber que su pareja ha alcanzado el orgasmo.

Otros individuos con menos recursos de afrontamiento se sienten cada vez peor y, como mecanismo defensivo, recurren a la evitación y falta de deseo, en algunos casos aparece una disfunción eréctil de forma secundaria e incluso aversión sexual.

En los adultos jóvenes la eyaculación precoz primaria siempre lleva un curso crónico, pero por encima de los 50 años puede haber, en algunos casos, un ligero descenso del IELT.

10.7. Respuesta de la pareja

La pareja del eyaculador precoz reacciona de múltiples maneras. Las mujeres que tienen una buena aptitud orgásmica generalmente se adaptan a la situación consiguiendo el orgasmo por alargamiento de los juegos previos a la penetración, o si la precocidad no es muy elevada, tras una preparación adecuada durante el petting, decidiendo ellas el momento de la penetración justo en el instante de la inevitabilidad orgásmica. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la respuesta es de reproche o resignación, apareciendo en ambos casos una falta de deseo importante acompañada de anorgasmia.

Cuando la eyaculación precoz coexiste con una disfunción sexual de la pareja como la anorgasmia o el deseo sexual hipoactivo, la mujer, si no tiene mucha experiencia sexual previa, tiende a atribuir su problema a la eyaculación rápida, siendo poco colaboradora en el tratamiento y, a veces, obstaculizando la terapia. Por el contrario, mujeres disfuncionales con amplia experiencia sexual, conscientes por tanto de que su disfunción ha persistido a pesar de las diferentes parejas, tienden a desdramatizar la situación y no generar demanda de ejecución.

En suma las mujeres no disfuncionales con buen nivel de deseo generan mayor demanda de ejecución en el hombre, pero es más probable que contribuyan con las tareas terapeúticas, mientras que las mujeres disfuncionales no suelen colaborar en la terapia pero suelen ejercer menos demanda de ejecución.

io.8. Evaluación

Aunque cada persona presenta sus características propias, el eyaculador rápido suele ser fácil de historiar si se compara con quienes presentan disfunción eréctil. Mientras que estos últimos dan muchos rodeos ante la pregunta "¿qué le trae por aquí?" o "¿qué le ocurre?" o "¿en qué puedo ayudarlo?", el eyaculador precoz se suele definir de inmediato a sí mismo como tal. Una buena forma de continuar la entrevista sería: "aunque no esté con el reloj en la mano, ¿cuánto tiempo cree que tarda en eyacular". De forma clara para el paciente, se seguirá el mismo proceso especificado en el capítulo de evaluación para la segunda y tercera sesiones, pero en la primera visita, dentro del apartado de la problemática actual, se debe interrogar acerca de las cuestiones que siguen a continuación (ver Anexo al final del libro).

- Intensidad:

- Tiempo subjetivo aproximado que tarda en eyacular.
- Número aproximado de empujes intravaginales.
- Tiempo subjetivo en la masturbación individual.
- Sensación premonitoria de la eyaculación.

- Situación:

- Justo al desvestirse.
- Justo al iniciar los juegos eróticos.
- Durante los juegos eróticos sin que su pareja lo acaricie.
- Durante los juegos eróticos por estimulación manual de la pareja.
- Al inicio de un contacto buco-genital.
- Al pensar en tener una relación sexual.
- Al iniciar el coito.
- Justo después de varios movimientos coitales.
- Al realizar una fantasía erótica.
- Espontáneamente, sin pensar en nada relacionado con el sexo.
- Cómo es la respuesta con otras parejas.

-Condiciones que le ayudan a retrasar la eyaculación.

•Evolución:

-Primaria o secundaria.

-Aparición brusca o paulatina.

-Momentos de empeoramiento o mejoría.

•Estrategias de autocontrol:

-Ninguna.

-Pensamientos alternativos.

-Disminución de la actividad sexual.

-Parada.

-Otros recursos.

•Percepción de control:

-Ninguna.

-Moderada.

Como se ha señalado, se puede excluir cualquier patología orgánica en aquellos que controlan el tiempo en la masturbación, felación o demás juegos eróticos, pero no durante la penetración.

La exploración física es fundamental en aquellos casos en que la eyaculación precoz aparece de forma secundaria, en hombres que son iguales de rápidos en la masturbación y en el coito, y en los que eyaculan de forma espontánea. En estos casos se llevará a cabo un tacto rectal para determinar una posible prostatitis y se explorará el estado del reflejo anal y bulbocavernoso, además se debe hacer un sedimento urinario y obtener muestras microbiológicas secuenciales.

A nivel psicofisiológico se pueden realizar determinadas pruebas con las que todavía se dispone de poca experiencia en este campo, pero tanto la exploración de los potenciales evocados simpáticos, como la medición del umbral de percepción del nervio dorsal del pene pueden resultar útiles.

Los autorregistros sirven a nivel experimental, pero desde la terapia no se puede

obsesionar aún más al paciente, por lo que sólo se prescribirán registros en caso de que interese para evaluar cómo se están efectuando las tareas recomendadas.

A modo de autorregistro, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología solicitamos al paciente que cronometre varias masturbaciones sin detenerse y averigüe el tiempo medio. Las medidas aportarán una idea de la posible organicidad, pues un tiempo lento masturbatorio frente a un tiempo rápido en el coito descarta alteraciones orgánicas. A continuación se le pide que cronometre varias masturbaciones propiciadas por su pareja (los eyaculadores realmente precoces disminuyen el tiempo con respecto a la automasturbación, mientras que los grupos control tienen el mismo crono o es algo más lento).

Desde la práctica clínica, los autoinformes más relevantes son los ya mencionados SAI-E, IIS y GRISS, pero de forma más específica se puede utilizar el Autotest de Eyaculación Precoz propuesto por Gindin y Huguet (1993), que resulta especialmente útil en aquellos pacientes que, pese a tener un umbral eyaculatorio adecuado, se perciben como eyaculadores rápidos, ayudando en la reestructuración de su creencia errónea.

En el campo de la investigación con la finalidad de realizar ensayos clínicos, Symonds y colaboradores (2007) han validado un cuestionario de nueve preguntas que se ajusta a los criterios del DSM IV, pero de poca utilidad en la práctica diaria.

ro.9. Tratamiento

Cualquier proceso terapéutico encaminado a retardar la eyaculación debe entenderse como un programa de optimización de la respuesta sexual, más que un proceso encaminado a "curar" una patología. Se ha de tener en cuenta que, tal como se apuntó al principio, una latencia eyaculatoria rápida no habría sido problema hace 50 años. De la misma forma una latencia orgásmica rápida en la mujer, cuyos mecanismos fisiológicos son similares, es considerada en la actualidad como una virtud.

Desde la sexología clínica existen varias posibilidades terapéuticas, que se exponen en los siguientes apartados.

10.9.1. Terapia farmacológica

En principio la utilización de fármacos es el método más rápido para retardar la eyaculación. Los medicamentos empleados tienen otras indicaciones terapéuticas y de forma secundaria incrementan la latencia eyaculatoria, algunos incluso impiden la eyaculación. Lo cierto es que la terapia farmacológica funciona mientras se toma la medicación, siendo frecuentes las recaídas cuando ésta se abandona.

Salvando épocas muy recientes, la mayoría de los estudios realizados con los

inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la clorimipramina, no han usado criterios basados en la evidencia, casi no se han empleado estudios dobles ciegos y no se ha medido la IELT. En la actualidad se ha incrementado de manera notable la investigación en este campo con metodologías más rigurosas, dando lugar a la recomendación de una serie de principios activos que se verán a continuación.

- a) Antidepresivos tricíclicos. Han sido ampliamente estudiados en este campo, sobre todo la clorimipramina que, a dosis de 25 miligramos, permite retardar la eyaculación en individuos que tardaban desde 81 hasta 202 segundos. Una dosis de 50 miligramos diarios conseguía retardar hasta 419 segundos.
- b) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Con menos efectos secundarios y un alto nivel de eficacia, se ha utilizado la fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram y la sertralina, con la cual se consigue pasar de 0,3 minutos a 3,2 minutos después de cuatro semanas tomando 50 miligramos.

Todos estos fármacos se han usado de forma continua, es decir, una dosis diaria. Más reciente ha sido el empleo del tratamiento a demanda (justo para mantener una relación sexual), así se ha comparado el uso de 20 miligramos de paroxetina frente a 25 miligramos de clorimipramina, consiguiéndose un mayor retraso del IELT con la clorimipramina. La clorimipramina a demanda parece tener mejor efecto que cualquiera de los ISRS, sobre todo cuando el tiempo basal del IELT es superior a 60 segundos.

Si tras dos semanas de tratamiento con 50 miligramos diarios de sertralina se pasa a tomar los 50 miligramos a demanda, el tiempo eyaculatorio cambia de 23 ± 19 segundos a $4,5 \pm 2,7$ minutos.

También se ha observado un mejor resultado con 90 miligramos de fluoxetina en una dosis semanal respecto a 20 miligramos de fluoxetina diarios.

Otras posibilidades para usar a demanda son los betabloqueantes como el propranolol y las benzodiacepinas, que se deben tomar dos o tres horas antes de la relación (aunque en ocasiones disminuyen la fuerza eréctil).

- c) Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5). Constituyen una novedad en el tratamiento de la eyaculación prematura. El sildenafil no aumenta la IELT pero mejora la percepción del control eyaculatorio. Sí parece haber un incremento de la IELT con el uso combinado de paroxetina más sildenafil o sertralina más sildenafil.

Además se han empleado con éxito el vardenafilo y la asociación de tadalafilo con 90 miligramos semanales de fluoxetina de liberación retardada, aunque esta

indicación no está aprobada.

Hasta ahora no existe una explicación basada en la evidencia de por qué los IPDE5 pueden contribuir a incrementar la IELT, pero es lógico intuir que la seguridad en la respuesta eréctil genera una confianza que facilita una disminución de la ansiedad de ejecución. Se ha de recordar que, tal como se ha citado, uno de los pensamientos que emergen en quienes eyaculan precozmente es el miedo a perder la erección.

- d) Anestésicos locales. Otra estrategia muy difundida consiste en el empleo de anestésicos locales, habiéndose comprobado que el uso tópico de un compuesto a base de 7,5 miligramos de lidocaína y 2,5 miligramos de prilocaína incrementa la IELT de 84 segundos a 11 minutos. Aún mejores resultados se pueden obtener con la mezcla de anestésicos y fármacos, de esta forma, el uso de fluoxetina más lidocaína ha mostrado mayor eficacia que la fluoxetina sola. Asimismo, se obtienen buenos resultados administrando conjuntamente sildenafil y el anestésico EMLA. No obstante, a pesar del éxito obtenido en los estudios, por experiencia propia, se deben intentar alternativas terapéuticas que no disminuyan el placer, mecanismo en el cual se basan los anestésicos locales, ya que el nivel de abandonos es muy elevado.
- e) Tramadol. Poco usado en el tratamiento de esta disfunción, el tramadol principio activo que actúa como analgésico activando los receptores opioides a nivel central e inhibiendo la recaptación de serotonina y norepinefrina, ha demostrado eficacia retardando la eyaculación a demanda. En teoría una dosis de 25 miligramos consigue que la latencia pase de $1,17 \pm 0,39$ a $7,37 \pm 2,53$ minutos (Salem, Wilson, Bissada, Delk et al., 2008).
- f) Dapoxetina. Es el único fármaco desarrollado con indicación específica para el tratamiento de la eyaculación precoz. Se trata un inhibidor del transporte de serotonina con características farmacocinéticas adecuadas para ser tomado a demanda. Presenta el pico máximo a la hora y media de la ingesta, quedando en sangre sólo un 5% de la dosis a las 24 horas. Los ensayos clínicos indican que 30 miligramos de dapoxetina permiten un alargamiento del IELT de 0,92 a 3,2 minutos y 60 miligramos producen un alargamiento hasta los 3,5 minutos con pocos efectos secundarios, tales como náuseas, cefaleas, diarreas y mareos (Buvat, Tesfaye, Rothman, Rivas y Giuliano, 2009).

En España se comercializa con el nombre de Priligy®, debiéndose comenzar por una dosis de 30 miligramos pasando, en caso de que el resultado inicial sea insuficiente, a 60 miligramos a las seis semanas.

El uso de medicamentos como única medida para el tratamiento de la

eyaculación precoz conlleva un gran número de recaídas, por ejemplo, a las tres semanas de abandonar la paroxetina ha vuelto a eyacular rápido el 90% de los pacientes. Por este motivo parece más útil el empleo combinado de fármacos con terapia sexual. Así, la utilización conjunta de sertralina con terapia sexual conlleva un 90% de éxitos terapéuticos (Sira, 1996). En el mismo sentido, Yamira Puentes (2002) utilizando clorimipramina desde la quinta sesión de terapia sexual, manifiesta que se solucionó el problema al 84,1% de los afectados, mejorando el 11,4% y no encontrando cambios el 4,5%.

Con la comercialización de la dapoxetina se abre una nueva etapa en el tratamiento de esta disfunción, ya que la sexoterapia combinada con el fármaco a demanda otorga una mayor flexibilidad y posibilidades que el tratamiento con dosis diarias.

10.9.2. Tratamiento sexológico en pareja

En la bibliografía científica y aún más en la paracientífica existen cantidad de técnicas y modelos para retrasar la eyaculación de los que se van a reseñar algunos.

a) Modelo de Masters y Johnson. Entre los distintos modelos de tratamiento, el propuesto por estos dos autores (1970) es el más difundido. Se trata de una desensibilización sistemática in vivo que de forma muy resumida consta de las siguientes fases:

1. Focalización sensorial I: tiene como objetivo que el hombre pierda la ansiedad y se sienta cómodo en un ambiente erótico. Uno de los miembros de la pareja será el emisor de las caricias y el otro será el receptor, y pasado un tiempo intercambian los papeles. Los participantes deben concentrarse en el placer de recibir. Se prohíbe acariciar los genitales. Una vez superada con éxito esta fase se pasa a la focalización sensorial II.
2. Focalización sensorial II: comienza de la misma forma que la fase anterior pero incluye las caricias de los genitales manteniendo la prohibición del coito. Esta tarea tiene como objetivo que el individuo aprenda a centralizar su atención en sus propias sensaciones y no en las sensaciones de su pareja.
3. La técnica de compresión o pinza. Una vez superada la fase anterior se comparten las caricias y se emplea esta técnica, que se basa en presionar con fuerza la punta del pene cuando el sujeto percibe alguna sensación preeyaculatoria, momento en que le avisará a ella para que realice la maniobra de presión. Para ello situa rá el pulgar sobre el frenillo y el resto de los dedos por detrás abrazando el pene. Esta presión la ejercerá el tiempo suficiente para que él pierda la excitación y la erección. Lo habitual es que esta maniobra se repita cuatro veces por sesión y se

procuren dos sesiones por semana (figura 8.1).

b) Técnica de parada y arranque (Stop/Star). Propuesta por Semans (1956) y aseverada por Kaplan (1974), consiste en aconsejar la autoestimulación como entrenamiento para identificar las sensaciones que preceden la inevitabilidad eyaculatoria. Una vez que el orgasmo está cerca debe parar los movimientos, relajarse y comenzar de nuevo. Tras un tiempo de entrenamiento se incorpora a la pareja, advirtiéndole del momento exacto en que ella se debe detener.

Cuando la pareja esté familiarizada con la tarea, se pasa entonces a la penetración vaginal encabalgada pidiéndole a ella que se detenga en el momento que perciba el inicio de las sensaciones premonitorias al reflejo orgásmico. El procedimiento se debe repetir varias veces en cada ocasión, hasta ir consiguiendo el control previsto.

c) Modelo de LaPera y Nicastro. Estos dos autores (1996) proponen un modelo de tratamiento para realizar en 20 sesiones, tres veces a la semana. Radica en el uso de fisio kinesiterapia del suelo pélvico, electroestimulación y biorretroalimentación del suelo pélvico. Con esta propuesta el 61% de los hombres todavía controlaban la eyaculación a los seis meses del tratamiento, pero un 39% no experimentaba ningún cambio.

d) Técnica de la restricción testicular. Masters y Johnson (1966), en la descripción de la respuesta sexual del varón, hicieron referencia a que la excitabilidad conllevaba elevación testicular. Con este fundamento se pueden comprar online unos dispositivos que se fijan a los testículos impidiendo su ascenso y que probablemente retrasaran la eyaculación por la molestia que deben ocasionar. Dentro de este apartado se puede mencionar la aparición de un anillo constrictor que, según un estudio, incrementa la IELT en aproximadamente un 30% (Jan Wise y Watson, 2000).

e) Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Con el paso de los años en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se ha configurado un modelo terapéutico propio integrando las diferentes estrategias. Al igual que en el tratamiento de la disfunción eréctil existen dos modalidades.

1. Modelo simple sin fármacos. Las primeras fases se llevan a cabo tal como se explicó para la disfunción eréctil, es decir:

-Erotización sensual: centrada en la potenciación de los mapas eróticos, comunicación sexual y ejercicios de autoestimulación. Al inicio del tratamiento se les pide, a quienes tienen un tiempo subjetivo superior a los dos minutos, que cronometren la latencia eyaculatoria con la masturbación sin hacer pausas, con

la finalidad de que tomen conciencia del tiempo.

- Erotización genital: primero con el individuo centrado en el punto que le tocan y después ejercitando las fantasías eróticas.
- Erotización orgásmica I: como se describió en la disfunción eréctil, se procede a ejercitar las caricias compartidas, autoestimulación delante de la pareja y rozamiento genital. En este punto se entrena la técnica del stop/star alternándola con la técnica de compresión o pinza (figura 8.1). Además se le enseña al paciente que respire hondo y contraiga fuertemente el ano, ya que de haber, como sostienen algunos autores, una correlación entre la eyaculación rápida y la latencia del reflejo bulbocavernoso, con este movimiento estamos dificultando que tal reflejo se active.
- Erotización orgásmica II: superada la fase anterior, se solicita que se estimulen de forma compartida (sin utilizar la penetración) y cuando la excitación sea elevada, él continúe hasta que ella alcance el orgasmo. Inmediatamente después ella lo masturbará a él hasta el final, cronometrando las cinco primeras sesiones para que se tenga constancia del tiempo.
- Desensibilización intravaginal I: una vez superados los pasos anteriores se procede a la penetración encabalgada. Tres series de tres minutos cada una, durante las cuales el paciente pondrá en práctica los ejercicios del esfínter anal y suelo pélvico, en el sentido propuesto por LaPera y Nicastro (1996), hasta eyacular fuera de la vagina por autoestimulación. En esta fase se contrae la musculatura del suelo pélvico durante la penetración pero no se permiten empujes vaginales. Se ejercita la concentración en fantasías eróticas.
- Desensibilización intravaginal II: partiendo de los ejercicios anteriores, el paciente comienza con series lentas de empujes vaginales. La sesión termina con eyaculación fuera de la vagina por estimulación de la pareja.
- Desensibilización intravaginal III: se inicia con la desensibilización vaginal II, pero en este caso, tras una serie lenta se pasa a otra serie más rápida para volver de nuevo a los movimientos lentos. Se recalca la necesidad de las fantasías y se permite el orgasmo intravaginal.

2. Modelo combinado: estriba en la conjunción de la eficacia de la terapia sexual descrita junto a la utilización de una dosis diaria de un ISRS. Las fases del tratamiento serían las mismas pero a partir de la erotización orgásmica se incluye el fármaco. En casos de eyaculación anteportam se administra el medicamento desde la fase de erotización genital.

La aparición de la dapoxetina facilita el tratamiento ya que pasado un mes de haber alcanzado la desensibilización vaginal III, la administración del fármaco a demanda, antes del encuentro sexual, es el camino ideal para afianzar la seguridad del paciente. Si la evolución es favorable se administra el fármaco de forma alterna disminuyéndolo progresivamente hasta la retirada total.

Aunque en la mayoría de las ocasiones el cumplimiento de los ejercicios conduce a una respuesta sexual satisfactoria, en ocasiones no se observan beneficios, lo que obedece a que no se entienden las tareas, déficit de habilidades para llevarlas a cabo, falta de motivación, ansiedad movilizadora por las propias tareas y resistencias al tratamiento por la existencia de fuertes ganancias secundarias. En estos casos se debe evaluar de forma más profunda la relación de pareja y elaborar estrategias de motivación para que el paciente las cumpla.

10.9.3. Terapia individual

El tratamiento individual se debe realizar si no hay ninguna alternativa de pareja, o bien la pareja habitual boicotea o dificulta la terapia. En principio se recomienda practicar autosensibilización corporal acariciándose todo el cuerpo, insistiendo en la necesidad de centrar la atención en qué se siente. Se trata de aprender a detectar las señales que avisan de la proximidad de la eyaculación. En suma, se lleva a cabo la parte individual de la técnica del stop/star. El ejercicio se debe repetir hasta cuatro veces en cada sesión de masturbación, al menos, tres veces por semana.

En consulta, se entrena al paciente en relajación por un sistema similar a la técnica de Shoultz. Este aprendizaje servirá para iniciar una desensibilización sistemática en imaginación y, al mismo tiempo, para que durante la relación sexual pueda relajar la musculatura perineal que suele estar en tensión en todos los eyaculadores precoces. La relajación perineal se verá favorecida realizando los ejercicios de LaPera y Nicastro (1996).

Las siguientes sesiones, además de ir contrastando la evolución, se dedicarán en primer lugar a la relajación. Una vez relajado, con la ayuda de una coterapeuta, se inicia un masaje sensitivo de todo el cuerpo a excepción de los genitales. La finalidad de este proceso es habituar al paciente y exponerlo al contacto con otra persona para que supere el miedo al tacto. Previamente a esta fase, se le advierte que no habrá relaciones sexuales ni ningún tipo de contacto bilateral con la coterapeuta. A continuación, en la misma sesión, se sigue el proceso con la desensibilización en imaginación.

10.9.4. Terapia de grupo

La terapia de grupo ha sido poco usada en esta disfunción, no obstante se ha empleado con buenos resultados. De hecho, al comparar la eficacia de la terapia clásica en pareja,

frente a la terapia de grupo, se observa que a la quinta sesión los logros son mayores en la terapia de grupo, si bien, a medida que avanzan las sesiones, las consecuciones se equiparan en los dos modelos. También se han usado talleres de fines de semana, pero aunque han servido para mejorar la frecuencia sexual, la comunicación en pareja y han generado un gran cambio en las actitudes y creencias sexuales erróneas, se ha seguido manteniendo la disfunción.

En resumen, en la actualidad existen múltiples tratamientos que, con mayor o menor fortuna, retrasan la latencia eyaculatoria pero el objetivo de la terapia debiera ser, no tanto aumentar el tiempo - que también-, como conseguir que el paciente sienta percepción de control.

11

Trastornos del orgasmo masculino

ii.i. Introducción

Otras disfunciones relacionadas con la respuesta eyaculatoria son la eyaculación retardada y la aneyaculación, pero como puede haber eyaculación sin orgasmo, resulta más adecuada la denominación de trastorno orgásmico.

Es obvio que uno de los fines de la sexualidad es la reproducción, por tanto, mal le iría a la especie humana si no dispusiera de un mecanismo eyaculatorio consistente. Hay que pensar, desde un punto de vista evolucionista, que la selección natural habrá pulido dicho mecanismo, de tal forma que los casos de fracaso eyaculatorio sean una excepción. De hecho, sólo un 0,4% de las consultas al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología obedecen a ese motivo. Seguramente por eso, las investigaciones realizadas al efecto son escasas, tendiéndose a equiparar los dos cuadros (aneyaculación y eyaculación retardada) en el mismo apartado y entendiéndolos como un continuo del mismo proceso. Sin embargo, la experiencia clínica revela que ambos son muy diferentes en la mayoría de las ocasiones, sobre todo desde el punto de vista de la etiología y del pronóstico, manifestando cierta equivalencia con la anorgasmia femenina.

11.2. Concepto

Si en el caso de la eyaculación precoz se ha visto cómo algunos autores han establecido márgenes temporales a la hora de definirla, no existe ese paralelismo en la eyaculación retardada. Tampoco se han postulado criterios considerando el número de empujes en el coito. Por tanto, no hay unos niveles objetivos de tiempo a partir de los cuales hablar de demora eyaculatoria, aunque recientemente se ha entrevistado a 180 expertos, con más de tres años de experiencia, para que determinaran qué latencia eyaculatoria consideraban ideal y han marcado un tiempo entre 3 y 13 minutos, considerando "demasiado largo" un crono superior a 19 (Corty y Guardiani, 2008).

Bastante más fácil es definir la aneyaculación, pues como su nombre indica, sería la imposibilidad de eyacular tras una estimulación erótica adecuada. En todo caso, no deja de ser una mala definición, ya que no se especifica lo que se entiende por estimulación erótica adecuada.

Es necesario tener en cuenta la presencia o ausencia de sensación orgásmica, pues aunque infrecuentes, aparecen casos donde no hay fluido eyaculatorio y la impresión

orgásmica persiste. Por otro lado, hay ocasiones donde la emisión seminal no se corresponde con la percepción subjetiva del orgasmo (por ejemplo en el síndrome de Dhat). Quizás por eso, ya en el DSM-III-R (1987) se hablaba de orgasmo masculino inhibido y no de aneyaculación.

El DSM-IV-TR (2000) se refiere al trastorno orgásmico masculino cuando se cumplen los siguientes criterios:

- a) Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
- b) El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- c) El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o una enfermedad médica.

Es evidente que en la definición no entrarían las personas con eyaculación retrógrada que pueden percibir la sensación del orgasmo y no expulsar el líquido seminal, que pasa a la vejiga urinaria y se mezcla con la orina.

Según Yeates (1987), los trastornos de la eyaculación - que no los del orgasmo - se diferencian en alteraciones por exceso (eyaculación precoz) y por defecto. Estas últimas se clasificarán en función de la fase eyaculatoria afectada:

- Aneyaculación si existe alteración de la fase de emisión.
- Eyaculación retrógrada si la alteración es de la fase uretral.
- Eyaculación asténica cuando está afectada la fase de expulsión.

En el ámbito de la sexología, lo que interesa son los trastornos del orgasmo propiamente dichos, o sea, la ausencia de orgasmo con independencia de la presencia o la falta de eyaculación. En la práctica, salvo casos excepcionales, esto se refiere a la eyaculación retardada y la aneyaculación.

En el trastorno del orgasmo, a diferencia de lo que pudiera pensarse, el nivel de excitación de los afectados puede ser excelente. De hecho, la erección casi nunca se ve perjudicada, sin embargo, el placer alcanza unas cotas de las cuales no es capaz de dispararse, no detectando el paciente sensaciones premonitorias de que la eyaculación

vaya a ocurrir.

En general el afectado se encuentra excesivamente atento, evaluando un posible cambio en su respuesta que sirva de desencadenante para eyacular y agobiándose a medida que pasa el tiempo, hasta alcanzar unos niveles de ansiedad que mantienen el bloqueo eyaculatorio. En otros casos hay una significativa incapacidad para concentrarse en el encuentro erótico, quedando la mente dispersa en otras ideas que impiden avanzar en la excitabilidad.

11.3. Epidemiología

Como se ha mencionado, la tasa de prevalencia de hombres con eyaculación retardada o aneyaculación es muy baja. Revisando la bibliografía se encuentran valores que oscilan entre el 4 y el 10%. Quizás el estudio más completo, con una muestra de 5.000 hombres entre 16 y 44 años encontró que el 5,3% había experimentado incapacidad para eyacular pero sólo el 2,9% mantenía el problema más de seis meses (Mercer, Fenton, Johnson et al., 2003).

Lo cierto es que el número de demandas en consulta por esta disfunción está sufriendo un crecimiento desorbitado. Se podría decir que, proporcionalmente, es el trastorno que más está aumentando en los últimos tiempos.

11.4. Etiología

Dada la baja prevalencia existente, no son muchos los estudios llevados a cabo para determinar las bases del cuadro, pero como en otras disfunciones, las causas se reparten entre orgánicas y psicológicas.

11.4.1. Alteraciones orgánicas

- a) Obstrucción de las vías seminales. Suele ocurrir por agenesia de las mismas u obstrucción de los conductos eyaculadores, situación habitualmente debida a procesos infecciosos.
- b) Pérdida o disminución de la motilidad de las vías seminales. Debido a alteración mecánica o farmacológica de la inervación responsable de la eyaculación. Entrarían en esta sección las lesiones medulares, mielopatías, neuropatía diabética y neuropatía alcohólica, además de todos los fármacos y drogas que interfieren en la inervación. A modo de ejemplo, el 1% de los diabéticos sufre de eyaculación retrógrada.

En las lesiones medulares altas se encuentran trastornos eyaculatorios en el 95% de los afectados (Bennet, Seagers, Vasher y McGuire, 1988). El orgasmo es inusual

debido a la insensibilidad y, a veces, tras la estimulación erótica aparece una hiperreflexia autonómica (sudoración, hipertensión, cefaleas, etc.), que algunos lesionados sienten como placentera.

En las lesiones medias (nivel de afectación situado entre D12 y L1) la erección refleja podría permitir, en teoría, la penetración, pero no existirá eyaculación ni orgasmo. En las lesiones bajas (por debajo de L1) el orgasmo y eyaculación son posibles, si bien ésta no va acompañada de propulsión del líquido seminal.

c) Problemas hormonales. La hiperprolactinemia se ha descrito como responsable de este trastorno en algunas ocasiones, habiendo retornado a la normalidad tras el tratamiento adecuado (Ishikawa, Kaneko, Ohashi, Nakagawa y Hata, 1993).

d) Causas yatrogénicas tales como la cirugía abdomino-pelviana, linfoadenectomía retroperitoneal, resección transuretral, etc.

11.4.2. Factores psicológicos

Resulta difícil precisar los factores psicológicos que inciden en la aparición del trastorno.

Masters y Johnson (1970) encuentran entre estos factores un gran dogmatismo religioso, desprecio hacia la pareja, deseo de no tener hijos y aparición de un suceso traumático (adulterio, fallo de un anticonceptivo y ser sorprendido en el momento del coito).

Apfelbaum (1980) destacaba que el origen del trastorno se debía a una ausencia de deseo, para él, la persona no termina eyaculando porque en el fondo existe una falta de interés. Pero la experiencia propia no se corresponde en absoluto con lo descrito. De hecho, es frecuente la observación de casos con tasas de deseo muy elevadas aunque, tras sucesivos fracasos, eluden las relaciones como mecanismo de evitación para no afrontar nuevos desengaños.

Kaplan (1974) afirma que la eyaculación retardada aparece en personas incapaces de dejarse llevar debido a sentimientos de agresividad ante su pareja. Sin embargo, muchos de los pacientes con esta disfunción no parecen ajustarse a este esquema.

Haslam (1980) centra el origen del problema en el uso prolongado del coito interrumpido como método anticonceptivo, el miedo a dejar embarazada a la pareja y una posible homosexualidad encubierta.

Kustenoff (2005) ha propuesto una teoría que denomina "síndrome de la erección precoz", considerando que la causa radica en una excesiva rapidez al obtener la erección, de forma que el paciente, justo al inicio de la relación sexual, evoluciona bruscamente

hacia la fase de meseta con un nivel bajo de excitabilidad que no le permite avanzar hasta el orgasmo (se diría que se saltan la fase de excitación de la respuesta sexual).

Rowland y colaboradores (2005), por el contrario, manifiestan que el individuo con eyaculación retardada presenta dificultad para mantener la erección, menor satisfacción en pareja, escasa preocupación por el problema, baja frecuencia sexual, más problemas de salud, excitabilidad subjetiva menor e igual frecuencia masturbatoria que el grupo control.

En resumen, de todas las posibilidades, las causas más frecuentes que pueden ocasionar alteraciones del orgasmo son los trastornos psicológicos, diabetes melítus, las lesiones medulares, disección de nódulos linfáticos retroperitoneales, mielitis transversa y esclerosis múltiple.

Entre los pacientes del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se encuentran características psicológicas muy distintas de unos a otros y poco o ningún parecido con la muestra de Rowland (2005). Entre los aneyaculadores, la mayoría de las ocasiones se vislumbran creencias acerca de no ser un buen amante, actitudes sexuales negativas, déficit de habilidades sociales para seducir, autoestimulación poco común o ausente, trastorno obsesivo compulsivo, traumas relacionados con la sexualidad, incapacidad de concentración en fantasías o en la relación y estilo de apego evitante.

Casi todas las eyaculaciones retardadas obedecen a cuestiones psicológicas, donde la ansiedad de ejecución puede ser la responsable última del retraso eyaculatorio o el factor mantenedor del proceso. Cabe destacar que algunos hombres con eyaculación retardada de origen psicógeno (que son rápidos en la masturbación), a veces, no presentan ninguna característica que se pueda catalogar como patológica, no atisbándose ni tan siquiera un mínimo de respuesta ansiosa ante el coito y, a diferencia de los anteriores, la masturbación constituye una práctica habitual.

ii.5. Formas clínicas

Las dimensiones básicas que se deben estudiar son similares a las de otras disfunciones, es decir, dimensión temporal, dimensión situacional, dimensión etiológica y gravedad del problema.

Al igual que en la eyaculación precoz, en lo referente a la dimensión temporal, la mayoría de las eyaculaciones retardadas que se presentan en consulta suelen ser primarias o de toda la vida. La eyaculación retardada secundaria es muy escasa, aunque a veces algunos hombres con un buen tiempo eyaculatorio comienzan a demorar su eyaculación, lo que suele ser contingente a la ingesta de medicamentos, drogas o algún trastorno médico. Con menos frecuencia se encuentra una pérdida de atracción hacia la pareja o una situación de estrés intenso.

Hay que hacer la salvedad del incremento fisiológico del IELT por la edad, que como se vio en la fisiología de la respuesta masculina, tiene que ver, en parte, con un aumento del período refractario.

En una aneyaculación secundaria permanente se debe pensar en un trastorno orgánico, incluso en aquellos casos donde, tras las pruebas médicas disponibles, no se detecte el agente etiológico.

La dimensión situacional carece de interés en esta disfunción porque, al menos entre los pacientes del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, no se ha detectado ningún caso de aneyaculación sistemática con unas parejas y buen funcionamiento con otras, si bien es usual que esto ocurra en ocasiones aisladas, sin llegar a tener entidad para considerarlo como un trastorno.

En cuanto al grado de severidad, obviamente lo más grave es la aneyaculación. En la ausencia de eyaculación intravaginal pero con posibilidad de eyacular por otros medios, el grado de afectación dependerá de la variabilidad estimular con la que el paciente puede alcanzar el orgasmo. Así, el trastorno se puede considerar como muy leve, en aquellos pocos individuos que eyaculan al ser masturbados por su pareja. Sin embargo, es mucho más grave cuando sólo se alcanza el orgasmo por autoestimulación y en una postura concreta. Entran en este apartado quienes sólo eyaculan, por ejemplo, por rozamiento con la almohada (uno de nuestros pacientes con una excelente excitabilidad ante cualquier conducta sexual con la pareja, sólo podía eyacular "rozando el pene con la lozd", es decir, necesitaba saltar de la cama y frotar el pene contra el frío suelo).

En todo caso, la variabilidad es muy amplia pudiendo presentarse el cuadro de distintas formas de menor a mayor gravedad:

- Eyaculación retardada en vagina.
- Eyaculación retardada con estimulación bucal sin posibilidad de eyacular en vagina (situación muy infrecuente).
- Eyaculación retardada con estimulación manual de la pareja.
- Eyaculación normal con autoestimulación pero retardada con cualquier estímulo adecuado por parte de la pareja.
- Eyaculación retardada con autoestimulación manual.
- Aneyaculación a pesar de una estimulación adecuada propia y de la pareja.
- Aneyaculación con todo tipo de estímulos pero con poluciones nocturnas (descarta etiología orgánica a excepción de problemas en la sensibilidad genital).

- Aneyaculación sin poluciones nocturnas.

De entre todas las posibilidades descritas, la más frecuente es la capacidad de eyacular a través de la masturbación sin poder hacerlo en vagina, lo que acontece en el 85% de los afectados (Masters, Johnson y Kolodny, 1994). No obstante, la variabilidad es muy amplia, de tal forma que aunque es inusual, existen hombres que eyaculan en el transcurso del coito, pero son incapaces de hacerlo durante la estimulación oral o manual de su pareja y otros no pueden tampoco durante la propia masturbación.

Otra variable que se debe considerar es la percepción orgásmica. En la eyaculación retardada la sensación orgásmica suele existir con mayor o menor intensidad, mientras que la aneyaculación se corresponde con anorgasmia (salvo los casos de eyaculación retrógrada).

11.6. Evolución

A consecuencia de la frustración originada por el trastorno, la ansiedad generada propiciará una latencia eyaculatoria cada vez más lenta, el individuo se siente cada vez peor y, como mecanismo defensivo, recurre a la evitación y falta de deseo, que suele ir empeorando con el paso del tiempo.

En muchos casos, la baja frecuencia sexual en pareja se compensa con la automasturbación, que contribuye a la evitación de la compañera.

Finalmente, la presión de la mujer conduce al afectado a solicitar consejo profesional, que cuando no tiene pareja, persiste con el problema sin pedir ayuda. Hay que tener presente que la ausencia o tardanza en el orgasmo les lleva a reflexionar sobre la idea de que son malos amantes, por tanto, no son pródigos en buscar pareja ni hábiles seductores.

En algunas ocasiones, aparecen hombres cuya vida sexual se ha caracterizado por una frecuencia muy baja de relaciones y han acudido a consulta por la apremiante necesidad de tener hijos. Por fortuna la frecuencia de esta posibilidad es baja.

11.7. Respuesta de la pareja

Dependerá mucho de la experiencia y salud sexual de la mujer. Cabría pensar que la dificultad al eyacular conlleva ventajas para ella, pero esto sólo sucede en relaciones esporádicas; la demora siempre termina acarreando problemas.

Entre mujeres con poca experiencia sexual previa, lo más habitual es la autoinculpción creyendo, erróneamente, que no saben estimular al compañero de forma adecuada, o bien, que no son lo suficientemente atractivas para él.

Las mujeres experimentadas y seguras de sí mismas pasan por una primera fase de presión al compañero, con lo cual la demanda de ejecución facilita que el problema persista. Con el paso del tiempo comienzan a sentir falta de deseo por la frustración subsecuente y algunas tienden a sospechar tendencias homosexuales en su pareja.

Las mujeres expertas pero no muy seguras, tras la primera fase de presión, en un segundo tiempo comienzan a sentirse culpables y elaboran todo tipo de estrategias de seducción y provocación, que a este tipo de pacientes les viene fatal.

ii.8. Evaluación

El proceso se llevará a cabo de igual manera que en las disfunciones ya vistas, añadiendo una serie de cuestiones específicas para este trastorno.

11.8.1. Historia clínica

En primer lugar es imprescindible saber si existe algún tipo de eyaculación, bien por masturbación, poluciones nocturnas o cualquier otra forma. En caso de que el paciente sostenga que no eyacula bajo ninguna circunstancia, algunos autores solicitan que duerma con un preservativo en el pene durante un mes, para ver si recolecta algún fluido, ya que algunos no son conscientes de sus poluciones.

Si tiene poluciones nocturnas o eyacula con la masturbación, habrá que pensar, casi con total seguridad, en un trastorno de origen psicológico. En caso de eyacular en unas situaciones pero no en otras, se tratará de la misma etiología. En quienes al ser interrogados refieran tener orgasmo sin eyacular, habrá que pensar en una eyaculación retrógrada, lo que podrá ser demostrado con un estudio del sedimento urinario justo después de una masturbación.

Cuando por la entrevista clínica no se logre determinar una etiología psicógena, se utilizarán otros recursos diagnósticos que sirvan para identificar posibles alteraciones biológicas.

11.8.2. Exploración

Resulta apropiado hacer una exploración para determinar la sensibilidad del pene. La forma ideal sería empleando un biotesiómetro que compare la sensibilidad del pene con otras partes del cuerpo. En su defecto se puede emplear un diapasón, agujas, escobillas u otros elementos clásicos empleados en la exploración de la sensibilidad. También resulta útil la determinación de los reflejos bulbocavernoso, anal y perineal.

11.8.3. Pruebas complementarias

Existen una serie de pruebas que no suelen ser determinantes pero sirven de ayuda a la hora de investigar las causas de la disfunción.

- Determinación analítica de glucemia y prolactina. Se ha citado con anterioridad que la eyaculación retrógrada es más frecuente en personas diabéticas, del mismo modo algunos autores la relacionan con la hiperprolactinemia.
- Sedimento urinario justo después de un coito o masturbación.
- Biotesiometría.
- Estudio ecográfico (preferentemente ultrasonografía endorrectal) y radiológico de vías seminales (vesículo-deferentografías).
- Medición del reflejo bulbocavernoso.
- Potenciales evocados somato-sensoriales.
- Potenciales evocados simpático-genitales.
- Videocistografía.

Las cuatro últimas pruebas han sido muy empleadas en el estudio de la erección, pero recientemente se han hecho imprescindibles en el diagnóstico de los trastornos eyaculatorios, en especial en sujetos con lesión medular y, aunque su aplicación no está muy difundida, en la actualidad son de suma utilidad para determinar lesiones neurológicas causantes del trastorno.

En esta disfunción, más que en ninguno de los otros trastornos de la sexualidad masculina, a veces no queda claro el diagnóstico etiológico. Pero como siempre, el objetivo será construir una hipótesis explicativa estableciendo los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.

11.9. Tratamiento

Al igual que en otros casos será necesario tranquilizar al paciente, dar información y educación sexual, incidir en las actitudes sexuales negativas y mejorar la comunicación en pareja.

11.9.1. Terapia farmacológica

La utilización de medicamentos para solucionar la eyaculación retardada es la gran tentación, pero en ninguna otra disfunción se han obtenido tan malos resultados con el empleo de fármacos. No obstante, pecando quizá de un excesivo optimismo se han

empleado facilitadores adrenérgicos como la yohimbina. La ciproheptadina, que en teoría favorece la eyaculación de las ratas, no ha resultado muy eficaz. Tampoco se han conseguido grandes resultados con el empleo de efedrina o fenilpropanolamina.

De forma intuitiva se ha empleado la apomorfina con algunos resultados favorables, pero las náuseas que ocasiona limitan su uso, además se ha retirado del mercado.

Experimentalmente se ha empleado la hormona de crecimiento y oxitocina, esta última, administrada de forma intranasal durante el coito, ha proporcionado buenos resultados (Ishak, Berman y Peters, 2008).

Resumiendo, en la actualidad no existe ningún medicamento que contribuya de forma eficaz a resolver el problema de la eyaculación retardada o la aneyaculación. En lesionados medulares, con fines reproductivos, se emplean con relativo éxito las inyecciones subcutáneas de neostigmina o la administración oral de midodrine, cuyo objetivo es conseguir semen con vistas a la inseminación artificial. También en las alteraciones medulares, con vistas a la obtención de semen para la fertilización, se hace uso de electroeyaculadores que, aplicados a nivel rectal y tras una descarga eléctrica, permiten a algunos pacientes eyacular.

11.9.2. Tratamiento sexológico

Es habitual usar la estrategia descrita por Masters y Johnson (1970) con la incorporación de las maniobras puente establecidas por Kaplan (1974). Se trata de una desensibilización sistemática in vivo junto con la técnica conductual de aproximaciones sucesivas.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se ha desarrollado una metódica propia, con pequeñas variaciones sobre el modelo de Masters y Johnson (1970) y Kaplan (1974), que ha ido cosechando buenos resultados y se describe a continuación:

1. Erotización sensual y genital: Tal como se ha descrito en el tratamiento de otras disfunciones, se comienza prohibiendo de entrada cualquier actividad coital. Partiendo de la teoría de Kustenoff (2005), se pretende que el paciente aprenda a excitarse de manera progresiva y no pase directamente a la erección mantenida.

Mientras tanto, a nivel individual, el paciente tendrá que masturbarse a solas, haciendo uso de fantasías hasta conseguir eyacular. Una vez que haya eyaculado de forma consecutiva unas doce veces, procederá a cambiar de mano a la hora de estimularse.

Superado este paso, se usarán lubricantes para que la situación tenga más parecido a los genitales femeninos y a continuación se recomienda, con fines masturbatorios, el uso de vaginas artificiales de Cyberskin® - se pueden conseguir

en sexshops-, material que tiene un textura muy parecida a la real (figura 11.1).

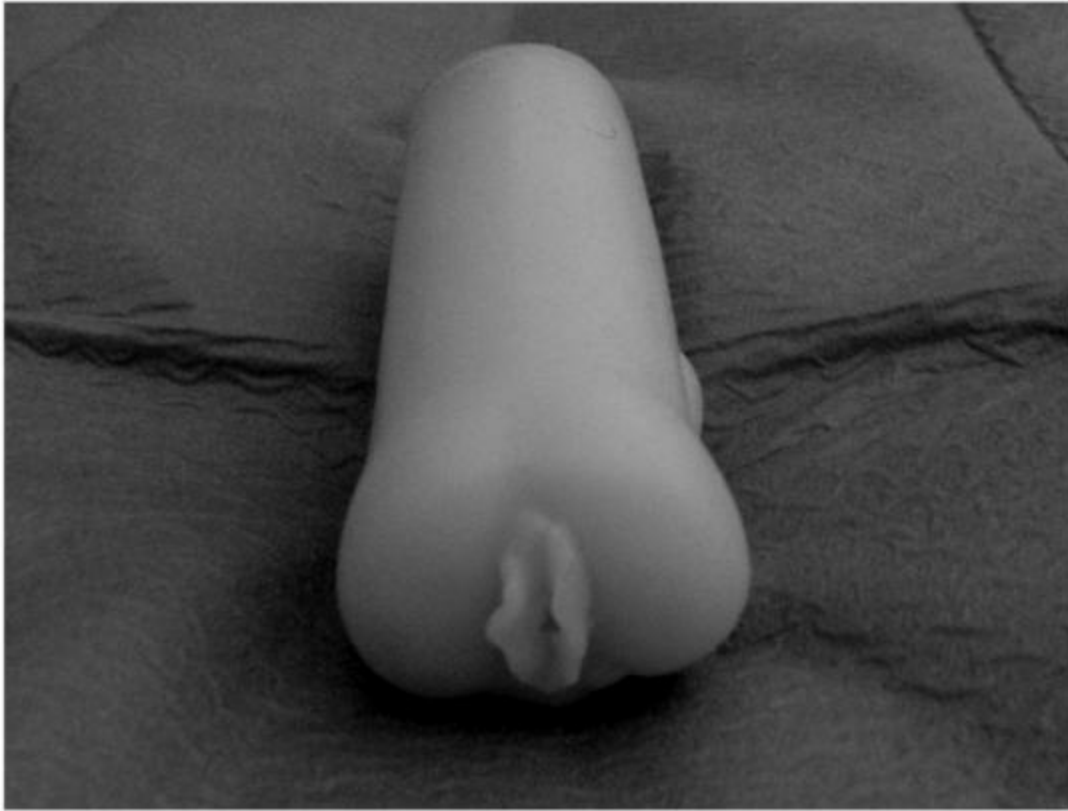


Figura 11.1. Vagina de Cyberskin®.

2. Erotización orgásmica: Cuando el afectado eyacule de forma solitaria, deberá masturbarse en la misma estancia donde se encuentre su pareja con la vagina artificial, sin que ella esté presenciando el proceso. Una vez superada la situación intentará la masturbación delante de ella pero sin que le preste ningún tipo de colaboración. El paso siguiente será masturbarse con la vagina artificial mientras ella le acaricia otras partes del cuerpo.

Cuando se ha superado esta fase se recomienda a la pareja continuar con las caricias hasta encontrar una excitación aceptable alternando la frotación masturbatoria de ella y de él (puede ser con la mano, aunque se obtienen mejores resultados con la vagina artificial), pero terminando con la eyaculación provocada por él mismo, siempre con ella encabalgada. Cada vez se irá incrementando el tiempo de masturbación que ejerce ella, hasta conseguir que el sujeto eyacule por las caricias de su pareja.

3. Erotización intravaginal 1. Con la finalidad de provocar el mayor rozamiento y excitabilidad posible se sugiere al paciente que, tras un tiempo de autoestimulación

en pareja, proceda a practicar la penetración a tergo (ella tendida boca abajo con las piernas abiertas y él introduce el pene por detrás). Al mismo tiempo ejercitará contracciones del esfínter anal y, con su mano pasada por debajo del vientre femenino, estimulará los genitales de ella al mismo tiempo que presiona la base del pene (figura 11.2).



Figura 11.2. Postura "a tergo" con autoestimulación simultánea del pene.

4. Erotización intravaginal II. Tras un mes de entrenamiento en la fase anterior se procede a aconsejar la "maniobra del cartero" (figura 9.3). En esa posición debe practicar la autoestimulación de pie con rozamiento genital para terminar eyaculando. Tras varios ensayos debe acoplar el pene justo en el momento de la inevitabilidad orgásmica y seguir practicando durante un mínimo de tres meses para luego pasar a ensayar otras posturas.

A algunos les va mejor la postura que en el kamasutra se denomina "la sorpresa" (ella se coloca de pie de espaldas a él y flexiona la cintura hacia delante hasta apoyarse con las palmas de las manos en el suelo, flexionando levemente las rodillas para evitar la tensión de los músculos). En esta posición él realiza la maniobra descrita.

Aunque esta postura va mejor que la del cartero, la incomodidad que supone para la pareja limita mucho el uso y algunas abandonan las tareas.

11.9.3. Tratamiento individual

El tratamiento individual se debe realizar si no hay ninguna alternativa de pareja, y también si la pareja habitual no colabora lo suficiente.

Se recomienda en principio practicar autosensibilización corporal acariciándose por todo el cuerpo, pasando luego a la masturbación con fantasías hasta conseguir el orgasmo. Se le solicita que se masturbe en distintas posturas y situaciones para facilitar una excitabilidad cómoda en cualquier situación. Cuando logre eyacular con las vaginas artificiales, se le indicará cómo hacer "maniobras puente" como la maniobra del cartero a la hora de acceder a tener relaciones de pareja.

12

Deseo sexual hipoactivo de la mujer

En la actualidad la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas es muy elevada, según diferentes estudios la cifra oscila alrededor del 40%. Independientemente de la precisión de dicha cifra, hay evidencia suficiente de que las mujeres presentan problemas sexuales en mayor medida que los hombres. No obstante, no piden ayuda profesional más del 20% de las mismas.

En este capítulo se hará referencia a la disfunción sexual más frecuente es decir, el trastorno del deseo, denominado en las clasificaciones vigentes como deseo sexual hipoactivo.

12.1. Introducción

El deseo sexual hipoactivo es la disfunción cuya incidencia aumenta progresivamente a mayor ritmo, y probablemente la que más fracasos terapéuticos proporciona.

Existen muchas lagunas en el conocimiento del deseo, de hecho, tal como se apuntó en el capítulo 2, dedicado a la respuesta sexual femenina, Masters y Johnson (1966) describieron la respuesta sexual humana sin mención alguna al deseo y hasta épocas recientes no había sido tenido en cuenta.

Hoy día, siguiendo las aportaciones de Basson (2002) y las hipótesis de Levin (2002) y Fisher (2002), se pueden distinguir varios tipos de deseo dependiendo de los estímulos externos, los neurotransmisores cerebrales y la concentración hormonal, entre otros factores.

Se puede hablar de un deseo sin objeto, que probablemente tiene mucho que ver con las hormonas, en concreto con la testosterona biodisponible, donde la mujer tiene la sensación subjetiva de desear pero no a una persona en especial. A nivel fisiológico esta forma, que se puede denominar impulso, se activa en el período periovulatorio y, según las mujeres, justo antes o después de la menstruación.

Otra forma de desear que está muy centrada en el objeto, es decir, se anhela a una persona en concreto, puede denominarse deseo romántico y va a estar relacionada, a nivel cerebral, con los receptores dopaminérgicos.

Por último, existe otra variedad, típica de mujeres cuya relación de pareja no es novedosa, que comienzan las relaciones sexuales sin tener deseo y se activan después de un proceso de excitación. A esta variante se le podría denominar deseo postexcitatorio y probablemente sea la forma más frecuente de desear entre mujeres mayores.

12.2. Definición

En general, toda persona que disminuye su frecuencia sexual considera que el deseo está mermando, pero la frecuencia, por sí misma, no es una variable ajustada para medir la capacidad de desear. En la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se habla de deseo sexual hipoactivo cuando "existe disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente, y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal".

La definición del AFUD (American Foundation for Urologic Disease, 2003) es prácticamente la misma: "deficiencia persistente o recurrente (o ausencia) de fantasías/pensamientos sexuales y/o deseo o receptividad de actividad sexual, lo que causa una ansiedad personal".

Basson y colaboradores (2003), partiendo de la definición del DSM-IV-TR, introdujeron aspectos relacionados con el ciclo vital, quedando una definición más ajustada a la práctica: "Ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales siendo la motivación para buscar la excitación escasa o nula y teniendo presentes los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja".

Una definición muy aplicable a la clínica es la propuesta por Fuertes (1995): "el deseo sexual hipoactivo aparece cuando la interacción entre el grado de excitabilidad neurofisiológica, la disposición cognitiva y los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales no conducen a ningún tipo de impulso sexual, de forma que el sujeto no siente necesidad o apetencia alguna de buscar placer y estímulo sexual, antes o después de iniciada una conducta sexual". Partiendo de esta definición, es de sumo interés diferenciar cuándo los inductores externos del deseo son adecuados o no. En la actualidad, todos los estudios sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales sitúan al deseo sexual hipoactivo en los primeros puestos con un elevado nivel de incidencia. Probablemente se esté patologizando a la población, en la medida en que no tener deseo no debe significar exclusivamente una situación patológica, a veces puede estar sucediendo que no existan inductores externos adecuados para motivar la respuesta.

En el mismo sentido, en la definición de Basson (2003) resultaría de mayor coherencia hacer referencia a la calidad de la pareja más que a la duración de la misma, ya que existen parejas que, a pesar de llevar mucho tiempo juntos, siguen manteniendo

un alto nivel de deseo y como se comentó con anterioridad en el ciclo vital, un porcentaje muy relevante de mujeres de 70 años siguen considerando la sexualidad muy importante para sus vidas. Por tanto, parece más preciso definir el deseo sexual hipoactivo como "la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores externos del deseo" (Cabello-Santamaría, 2007).

12.3. Epidemiología

Un problema notable a la hora de establecer la prevalencia del deseo sexual hipoactivo radica en los distintos criterios a la hora de clasificar la disfunción. En primer lugar, en algunas investigaciones se introducen en "el mismo saco" a la aversión sexual, el trastorno de excitabilidad y la discrepancia sexual (cuadros que se confunden fácilmente y se verán más adelante); otros trabajos más recientes sólo incluyen a la falta de deseo que provoca sensación de malestar a quien la padece ("distress") y ningún estudio tiene en cuenta la calidad de los inductores externos del deseo. En suma, se puede inferir que los datos de prevalencia acerca del deseo son sólo de carácter orientativo, baste ver la variabilidad de cifras existentes, a diferencia de los hombres que se expusieron en el capítulo anterior y cuyas cantidades, independientemente de los autores, eran casi coincidentes; los datos referidos a las mujeres varían mucho dependiendo del investigador. Algunos cifran la falta de deseo en un 51% (Mears, 1978) de las mujeres. Flores Colombino señala una incidencia del 30,1 % (2004). Para Simons y Carey (2001) el problema oscilaría entre el 5 y 46% de las mujeres, otros lo cifran en el 11% (Johnson, Phelps y Cottler, 2004), entre el 24% y 43% para Laumann y colaboradores (2005), y el récord lo establece Fulg-Meyer (1999), con un 80%.

Uno de los últimos estudios sobre una muestra de 2.207 mujeres ha puesto de manifiesto que el deseo sexual hipoactivo afecta al 36,2% de las mujeres. Las de etnia negra alcanzarían el 20,3%, las hispanas el 39,6% y las caucásicas el 38% (West, D'Aloiso, Agans, Kalsbeek, Borisov y Thorp, 2008).

Es difícil confiar en los datos precedentes pues la mayoría de los estudios están realizados con muestras incidentales (no aleatorias) que acuden a centros sanitarios por otros motivos, por tanto, hay que suponer un mayor número de variables que pueden facilitar la aparición de la pérdida del deseo.

Aunque casi todos los estudios señalan que la disfunción sexual más frecuente de la mujer es el deseo sexual hipoactivo, dependiendo de la cultura puede haber variaciones. Por ejemplo, entre mujeres iraníes es más común la anorgasmia (26%) que el deseo inhibido, que iguala con un 15% al trastorno de excitabilidad (Shokrollahi, Mirmohamadi, Mehrabi, Babaei, 1999).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología el deseo sexual hipoactivo es la

disfunción que más acusa la mujer, representando el 48,1% de entre todas las demandas femeninas (Cabello-Santamaría, 2003).

12.4. Formas clínicas

En la clínica diaria se observan muy variadas formas de presentación del deseo sexual hipoactivo. Lo más común es que no se presente solo sino asociado al trastorno de la excitabilidad y/o aversión sexual como se verá más adelante, generalmente porque la mujer acude a consulta después de un prolongado tiempo de evolución. No obstante, cuando el deseo sexual hipoactivo aparece de forma aislada se aprecian distintas posibilidades que según el DSM-IV-TR serían:

- a) Deseo sexual hipoactivo de toda la vida: nunca ha habido motivación suficiente para iniciar las relaciones sexuales y ha venido pasando desde siempre y con todas las parejas.
- b) Deseo sexual hipoactivo adquirido: en otros tiempos el deseo era adecuado pero desde ciertas fechas se ha visto disminuido.
- c) Deseo sexual hipoactivo situacional: existe en unas ocasiones pero no en otras.
- d) Deseo sexual hipoactivo general: persiste en todas las situaciones.

Desde la práctica clínica en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, cuando el deseo hipoactivo no está asociado a otra disfunción, las formas habituales de presentación son las siguientes:

- a) Deseo sexual hipoactivo primario. Nunca hubo un nivel de deseo adecuado. En estas mujeres que están acostumbradas a prescindir de la sexualidad es necesario diferenciar si solicitan ayuda de motu propio o presionadas por la pareja. A lo largo de los meses, por esta vía acuden a consulta muchas mujeres maltratadas, cuyo único interés es que su compañero no se moleste y poder satisfacerlo. Esta forma de presentación se suele asociar a otras disfunciones y, en no pocas ocasiones cursa como una disfunción global incluyendo trastorno de excitabilidad, aversión, vaginismo y anorgasmia.
- b) Deseo sexual hipoactivo secundario: en otra época existió un deseo normal que ha ido desapareciendo con el paso del tiempo. Resulta de vital importancia detectar si la disminución del deseo ha sido de forma progresiva o brusca. En el primer caso, la causa más frecuente es un escaso ajuste de la relación de pareja. En el segundo, es necesario examinar la ingesta de medicamentos, un posible y abrupto cambio hormonal (que habitualmente da lugar a una pérdida progresiva) y algún problema psicológico agudo.

- c) Deseo sexual hipoactivo secundario evanescente: un tipo de mujeres que sólo tienen deseo en la fase de enamoramiento. En cuanto profundizan en la relación el deseo desaparece. Acontece en mujeres con un largo historial de parejas. En ocasiones, pero no siempre, cursa con un trastorno límite de la personalidad.
- d) Deseo sexual hipoactivo circunstancial: mujeres que sólo están motivadas para iniciar un contacto sexual en condiciones muy concretas. Situación poco frecuente, por ejemplo, el deseo aparece cuando la pareja visita la casa de los padres, mujeres con prácticas de sumisión-dominación que manifiestan impulso sólo con determinado papel, etc.
- e) Deseo sexual hipoactivo nominal: se podría decir que el objeto de deseo tiene un nombre. Sólo se desea a esa persona no apareciendo el impulso en ninguna otra circunstancia. Esta situación aparece en la clasificación de la FLASSES (2008) como "síndrome de disfunción sexual tipo I". A estas mujeres las vemos en consulta cuando se separan y comienzan una nueva relación, porque mientras viven con la pareja que es objeto de su deseo, consideran que lo correcto es no sentir atracción por nadie, ni tan siquiera en fantasías.
- f) Deseo sexual hipoactivo inoportuno: el deseo aparece exclusivamente cuando la pareja no tiene ganas.

Un cuadro muy habitual que se presenta en las consultas de sexología es la discrepancia en cuanto a la frecuencia de relaciones. Así, una mujer que desde siempre ha tenido motivación suficiente para iniciar un encuentro sexual a la semana con una respuesta satisfactoria, que convive con una pareja que requiere tener relaciones sexuales a diario, no necesariamente presenta una disfunción (aunque se requiera una intervención terapéutica en pareja). Con el paso del tiempo estas mujeres no encuentran ningún momento para el sexo, ni fantasean ni tienen el más mínimo interés erótico, pero cuando inician las relaciones pueden resultar satisfactorias. Suele ser la presión de la pareja reivindicando mayor frecuencia la que suscita ansiedad, activando un nivel de evitación sexual que, si la presión es muy fuerte, puede terminar en un auténtico estado aversivo.

Mayor gravedad en relación a la calidad de vida suponen el trastorno de excitabilidad y la aversión sexual, ambos muy interrelacionados y a veces confundidos por algunos autores con el deseo sexual hipoactivo.

12.5. Etiología

Son muy variados los factores que pueden producir una alteración del deseo, muchos de ellos no bien conocidos.

12.5.1. Factores orgánicos

Las alteraciones neuroendocrinológicas, trastornos hormonales, enfermedades metabólicas y otras afecciones crónicas influyen de forma negativa. Por citar un ejemplo, entre mujeres diabéticas el 88,4% puede llegar a tener falta de deseo.

Cabe destacar que los bajos niveles de estrógenos disminuyen la lubricación, favorecen la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales y, por tanto, tienen que ver con la excitabilidad, lo que termina repercutiendo en el deseo.

Más influencia en este campo tiene la disminución de andrógenos, que no sólo favorece la pérdida de deseo, sino que influirá también en el nivel de excitabilidad.

En la práctica, cuando una mujer acude a consulta aquejada de deseo sexual hipoactivo, desde el punto de vista orgánico, habrá que pensar como etiología más usual en:

- Alteraciones hormonales: una disminución de andrógenos, una subida de prolactina o cambios hormonales propios de la menopausia.
- Medicamentos: los fármacos que con mayor frecuencia están relacionados con la falta de deseo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (una relación de pareja insatisfactoria puede provocar una distimia, la mujer acude a consulta de atención primaria y le prescriben este tipo de fármacos, con lo que el deseo disminuye y se incrementan los problemas de pareja).
- Enfermedades crónicas de larga evolución.

12.5.2. Factores psicológicos

La mayoría de los autores centran el conflicto en la ansiedad y problemas de pareja, otros factores citados comúnmente son el estrés, estados depresivos y la baja autoestima. En concreto, las mujeres con ataques de pánico y quienes padecen un trastorno obsesivo compulsivo, ven afectado el deseo en mayor medida que cualquier otra fase de la respuesta sexual (Minnen y Kampman, 2000).

Algunos hacen hincapié en la cólera como factor más significativo para inhibir el deseo después de la ansiedad (Bozman y Beck, 1991). No resulta fácil además, determinar si las variables antes citadas preceden o son consecuencia de la falta de deseo. Por ejemplo, se ha puesto de manifiesto que las mujeres con deseo sexual inhibido presentan en un alto porcentaje humor inestable, frágil autocontrol y déficit de autoestima (Hartmann, Heiser, Ruffer-Hesse y Kloth, 2002), lo cual parece lógico como consecuencia y no necesariamente como desencadenante.

Una vez más habrá que determinar cuáles son los factores predisponentes,

precipitantes y mantenedores del proceso y, en este caso, parece que estos últimos influyen como factores mantenedores.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología ha sido difícil agrupar los factores etiológicos debido a la gran variabilidad de factores intervinientes, ya que en general se encuentra un conjunto de múltiples asociaciones. A pesar de todo, se han seleccionado ocho grupos básicos donde encuadrar los casos, que por orden de frecuencia son los siguientes:

1. Problemas de pareja.
2. Disfunciones sexuales previas.
3. Desmotivación, sin nada especialmente destacable en la evaluación.
4. Trastornos del estado de ánimo.
5. Trastornos hormonales.
6. Medicamentos.
7. Enfermedades crónicas: diabetes, insuficiencia renal, etc.
8. Otros.

Son muchas las variables que pueden incidir a la hora de generar problemas en pareja, pero los conflictos en torno a la intimidad, especialmente debidos a déficit de comunicación, son los más frecuentes. Los problemas de la intimidad como causantes del deseo sexual hipoactivo conducen a reflexionar sobre si la disminución del deseo constituye un fenómeno fisiológico más que un trastorno. Desde la perspectiva de Sternberg y Barnes (1988) los componentes del amor serían la pasión, la intimidad y el compromiso/decisión. Cuando estos autores estudian la evolución de cada uno de los componentes, todos necesarios para una relación de pareja satisfactoria, definen el concepto de autoexposición fenómeno por el cual ambos miembros de la pareja se abren entre sí hasta alcanzar un nivel de confianza y conocimiento, que llegado un momento es tan exhaustivo, que se puede prever lo que la otra persona piensa, deja de haber sorpresas, los guiones son siempre los mismos y, como consecuencia, se llega a no tener conciencia del otro por lo cerca que se encuentra. En suma, una vez aquí, al otro no se le considera. Este proceso de rutinización de los guiones acontece en casi todas las parejas dificultando y cercenando el concepto global de intimidad, y al bajar ésta, el deseo (especialmente de la mujer) se bloquea. Por tanto, se puede afirmar que en toda relación, si no se inventan nuevos guiones, al disminuir la intimidad el deseo desaparecerá.

Le sigue en frecuencia la situación en la cual la disminución del deseo obedece a la

evitación subsecuente como consecuencia de la frustración provocada por unas relaciones sexuales insatisfactorias. Cualquier disfunción sexual terminará presentando una disminución del deseo, al menos, en la mitad de los casos. Las disfunciones que más frecuentemente provocan el cuadro son el trastorno de excitabilidad y la aversión sexual, pero también ocurre en la anorgasmia, el vaginismo y la dispareunia. De entre todas las disfunciones, aunque es infrecuente, algunos casos de vaginismo mantienen un alto nivel de deseo.

En tercer lugar, se encuentran pacientes en cuya evaluación nada es destacable. Siempre se puede sospechar que la anamnesis no ha sido adecuada, pero ciertamente en algunas ocasiones queda constancia de que el deseo sexual hipoactivo acontece en una excelente relación de pareja, donde la educación sexual ha sido oportuna, la historia psicosexual envidiable, los acontecimientos vitales no son relevantes, el estilo de vida es adecuado, etc., y sin embargo, a la persona en cuestión no se le moviliza el erotismo. Evidentemente, en estos casos no existe problema alguno si ambos miembros de la pareja tienen el mismo nivel de coincidencia, lo cual no suele suceder. Es más habitual que alguien presente mayores apetencias dando lugar al conflicto.

La presencia de gran número de casos donde es difícil encontrar una hipótesis explicativa del proceso y que casi siempre sean deseos hipoactivos primarios, lleva a pensar en la existencia de personas que, por motivos hoy desconocidos, constitucionalmente no son muy proclives a mantener relaciones sexuales, o bien, que existen sucesos traumáticos anteriores a su capacidad de recordar y/o tan intensos, que como mecanismo de defensa son depositados en el olvido (disociación), pero obviamente esta idea no tiene un soporte empírico, serán necesarios diseños experimentales lógicos para confirmar la hipótesis propuesta.

Le siguen en frecuencia los trastornos del estado de ánimo. Bien por la propia entrevista o en determinadas ocasiones utilizando expresamente el BDI (Beck Depression Inventory, 1979), se observa que parte de las pacientes mantienen un tono anímico muy bajo. Lo difícil es determinar si el trastorno sexual es primario o secundario al estado anímico, generalmente consistente en un proceso distímico. En este apartado también se contemplan el estrés y la ansiedad como elementos fundamentales en la disminución del deseo. Una situación estresante, mantenida durante un tiempo prolongado dificulta que exista un ambiente proclive a las relaciones sexuales, además el estrés favorece el aumento de prolactina, que inhibe el deseo. Sin embargo, existen personas cuyo estrés les ha limitado de forma notable la actividad en general, pero utilizan la sexualidad como válvula de escape.

Donde la ansiedad se hace imprescindible es en el deseo sexual hipoactivo asociado a la aversión sexual, conformando la base etiológica del trastorno.

12.6. Evolución

En ausencia de pareja, tanto el deseo sexual hipoactivo como el trastorno de excitación y la aversión sexual pueden pasar casi de forma inadvertida, o al menos, no ser una situación preocupante. Sin embargo, cuando se vive en pareja, existe una presión considerable por parte de la misma y sensación de culpabilidad, desamor e incapacidad sexual.

Revisando los casos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, se han determinado varias fases evolutivas en el deseo sexual hipoactivo secundario:

- Primera fase: El problema puede comenzar con un desajuste en la frecuencia, donde la mujer no es consciente del asunto, tan sólo no encuentra el momento oportuno para dedicarle al sexo.
- Segunda fase: Ella comienza a sentirse agobiada porque el compañero percibe sensación de rechazo y comienza a presionar.
- Tercera fase: Aunque con sensación de agobio, cuando la pareja presiona, la mujer presenta un buen desenvolvimiento, comenzando a tener una percepción del placer discretamente disminuida y esforzándose por realizar encuentros eróticos. Otra forma habitual de reaccionar es incrementando la actividad no estrictamente erótica con besos, caricias y otros arrumacos, evitando el contacto genital. En esta fase, una vez terminado el coito, se tiene sensación de liberación.
- Cuarta fase: Ante la idea de tener relaciones se genera un alto nivel de ansiedad. En este momento, él suele estar alerta, obsesionado por la situación y con abundante deseo, percibiendo como insinuación erótica cualquier conducta de ella, aunque no tenga nada que ver, por lo que la presión se hace mayor. Es en esta fase cuando él comienza a hacer un despliegue de conductas insinuantes y ella no responde, las quejas verbales se hacen más comunes y la relación de pareja comienza a deteriorarse en aspectos ajenos a la sexualidad.
- Quinta fase: En ella se instaura una fuerte ansiedad de anticipación que puede llegar a tener importantes manifestaciones somáticas, como vómitos o dolor de cabeza, y sólo con pensar que la situación es propicia para una relación sexual, puede provocarle una crisis de ansiedad. En este momento se habría alcanzado el estado aversivo.

12.7. Evaluación

12.7.1. Historia clínica

Se llevará a cabo como en el resto de disfunciones sexuales, pero haciendo especial hincapié en determinar si el origen ha sido desde el principio deseo sexual hipoactivo, un

trastorno de excitabilidad o una aversión sexual. Es imprescindible precisar su dimensionalidad (primario, secundario, situacional, con evitación, etc.) más que en ningún otro caso.

En esta disfunción es fundamental conocer de forma específica:

- Si existen pensamientos sexuales o fantasías eróticas, tanto espontáneos como provocados voluntariamente.
- Si siente necesidad de ser tocada y acariciada de manera sensual por su pareja.
- Frecuencia con que siente la necesidad de iniciar una actividad sexual con su pareja.
- Frecuencia en que le apetece iniciar las relaciones sexuales aunque luego no se decida a hacerlo.
- La frecuencia ideal de relaciones sexuales.
- Saber qué piensa al iniciar un encuentro erótico y cuando va pasando el tiempo sin tener relaciones sexuales.
- Determinar en qué circunstancias le sería más cómodo iniciar las relaciones.
- Qué actividades le resultarían menos molestas.
- Precisar cómo reacciona a las peticiones de su pareja y si se siente aliviada cuando la relación sexual finaliza.
- Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal que puedan tener que ver con el proceso.
- Investigar qué cambios han ocurrido para que estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.
- Preguntar acerca de los pensamientos antes, durante la relación sexual y cuando pasa el tiempo sin tener relaciones sexuales.
- Averiguar si existe desmotivación o evitación hacia los estímulos eróticos y hasta qué punto se siente intranquila ante la idea de tener relaciones sexuales.

El resto de la evaluación se llevará a cabo como en las otras disfunciones ya descritas, es decir, historia psicosexual, acontecimientos vitales, educación de la sexualidad, etc.

12.7.2. Exploración

En el deseo sexual hipoactivo la única exploración que resulta imprescindible es la realización de una analítica donde, como mínimo, se deben solicitar valores hormonales. Los rangos de normalidad para la determinación de la testosterona libre varían según las distintas edades y todavía no existen ensayos analíticos que determinen con elevada sensibilidad estos niveles. En diferentes publicaciones se recomienda que a la hora de diagnosticar un déficit androgénico se tenga como referencia: "niveles bajos de testosterona o niveles situados en el cuartil inferior del rango normal de testosterona de la mujer en los años reproductores" (Braunstein, 2002). Por consiguiente, si la mujer presenta síntomas clínicos característicos del déficit androgénico y se detectan unos niveles bajos de testosterona, puede ser susceptible de tratamiento con terapia sustitutiva androgénica. No se debe olvidar descartar las hiperprolactinemias.

12.7.3. Cuestionarios

En la práctica habitual y con vistas al tratamiento se pueden emplear el SAI-E, GRISS e IIS. A veces pueden servir el FSDS, el FSFI y el PFSF, sobre todo con fines experimentales. Ahora mismo se encuentra en proceso de validación un cuestionario breve - cinco ítems - que puede ser muy útil para fijar el diagnóstico, denominado Decreased Sexual Desire Screener.

El WSID (Women's sexual interest diagnostic interview) desarrollado por DeRogatis y colaboradores (2008), está recién validado, y con muchas posibilidades de ser el cuestionario más empleado en el futuro.

De forma adicional, en ocasiones, puede ser de utilidad el empleo de otros cuestionarios que sirvan para detectar una depresión encubierta o un trastorno de ansiedad que, por lo general, se habrá descubierto en la historia clínica. Un cuestionario útil para descartar de forma rápida un episodio depresivo o ansioso es el Prime MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders; Spitzer, Kroenke y Williams, 1999), asimismo puede ser necesario el empleo del BDI y el MILLON ya citados, dado que en muchos de estos casos hay que profundizar a nivel psicoterapéutico.

12.7.4. Autorregistros

Tanto en el deseo sexual hipoactivo, como en la aversión y el trastorno de la excitación pueden tener un enorme interés los autorregistros. Por una parte, para todo el trabajo relacionado con las fantasías eróticas y para detectar qué estímulos favorecen la puesta en marcha de la motivación que facilita el inicio de un encuentro erótico. Como mínimo, es necesario elaborar un listado de situaciones que provoquen rechazo.

También el clásico autorregistro de columnas donde se especifican los pensamientos previos, durante y después de un contacto erótico, ayudará en el proceso terapéutico.

12.8. Reacción de la pareja

Por lo general, la pareja de la persona afectada se siente minusvalorada, no querida y escasamente atractiva. En este contexto es habitual ejercer unas demandas excesivas, hasta llegar a mantener un reproche permanente ante cualquier circunstancia. En casos extremos, el compañero no deja de pensar en otra cosa, condicionando todas las áreas de la relación al problema existente. La presión pasa por las siguientes fases:

- Primera fase: se hace una llamada de atención y la queja no es excesiva, dando un margen de confianza al cambio.
- Segunda fase: la persona no se siente querida, presiona a menudo con quejas fundamentalmente verbales y comienza a obsesionarse con el sexo, iniciando estrategias para favorecer la excitación de ella, lo que redundará en una mayor sensación de agobio. Al mismo tiempo comienza a hacer presiones indirectas en público, por ejemplo, en las reuniones con los amigos.
- Tercera fase: inicia un enfriamiento voluntario de la relación de pareja, estrategia a caballo entre el castigo y la idea, errónea por cierto, de que con esta medida ella reaccionará con más deseo. Muy al contrario, ella siente aún mayor presión al ver el alejamiento, y la ansiedad puede llegar a cotas muy altas pudiendo entrar en un proceso aversivo o, como mínimo, acentuar la situación existente.
- Cuarta fase: tras un tiempo sin haber dado resultado la estrategia anterior, se pasa a la presión activa de nuevo, con quejas verbales y no verbales, planteándose en muchos casos el futuro de la relación. La sensación de rechazo que percibe conduce en ocasiones a situaciones de celos, especialmente cuando detecta, o cree detectar, que la pareja esboza una conducta insinuante con otra persona. La realidad suele ser que la persona con deseo sexual hipoactivo en estadios avanzados intenta evitar cualquier tipo de arrumacos con el compañero, porque ante cualquier conducta cálida él interpretará que la veda está abierta.

12.9. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo

12.9.1. Tratamiento farmacológico

Hasta ahora no existe ningún fármaco con la indicación precisa y única de actuar sobre la falta de deseo. No obstante, existen varios grupos farmacológicos que vienen siendo empleados.

A) Fármacos que potencian la excitabilidad

Aunque la excitabilidad es una fase de la respuesta distinta al deseo y la mayoría de

las mujeres con falta de deseo, una vez que encuentran la motivación suficiente para iniciar un contacto sexual, no tienen problemas para excitarse, son muchos los autores que estudian fármacos que potencien la excitabilidad en la creencia de que una mayor facilidad para la excitación activará el deseo subsecuentemente.

En este sentido se ha usado, por ejemplo, la efedrina, el sildenafil, fentolamina, apomorfina, PGE1, HMP-12 (Adrenoceptor antagonista), etc. Sin embargo, concretamente con el empleo de sildenafil sólo Caruso y colaboradores (2001), en un trabajo de insuficiente validez, encontraron un aumento de la frecuencia sexual después del uso del fármaco, mientras otros autores no descubrieron cambios (Basson y Brotto, 2003).

Todos estos fármacos pretenden incrementar la amplitud del pulso vaginal y, por ende, la lubricación, además de obtener una erección clitoridea. Pero las mujeres no perciben cambios subjetivos en la excitabilidad a pesar de que la lubricación aumente, tal como anteriormente se había puesto de manifiesto por otros autores que descartaron una correlación directa entre lubricación y satisfacción.

B) Compuestos hormonales

Aunque el efecto de la testosterona en el deseo femenino ya se estudió en los años 50, el conocimiento acerca de que la producción de testosterona en la mujer de 40 años es un 50% menor que a los 20 ha servido para impulsar el uso de compuestos hormonales en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

Frecuentemente, las mujeres menopáusicas con déficit androgénico presentan un descenso del deseo, fatiga crónica y en general una disminución de la sensación de bienestar. De tal forma, si la paciente presenta síntomas clínicos conviene medir los niveles androgénicos.

La terapia de sustitución con andrógenos se puede realizar a través de distintas vías, pero la transdérmica es la que mejor permite alcanzar concentraciones fisiológicas de testosterona, evitando que se produzcan los picos y valles característicos de las otras vías de administración. También se observa que la vía transdérmica es la que ofrece mayor seguridad en cuanto al perfil lipídico y a los posibles efectos a nivel hepático.

En la actualidad existe un parche específicamente diseñado para las mujeres denominado Intrinsic® (Procter&Gamble), que libera 300 microgramos de testosterona. Los resultados obtenidos con la aplicación del mismo ponen de manifiesto que el deseo mejora ostensiblemente con respecto al grupo control (Simon, Braunstein, Nachtigall, Utian, Katz et al., 2005).

Asimismo se encuentra mejoría con diferencias significativas a través del PFSF (Perfil

de la Función Sexual Femenina) en otras variables tales como la excitabilidad y el orgasmo.

Otros autores no tan proclives al empleo de compuestos androgénicos manifiestan que las mujeres con deseo sexual hipoactivo, de edades comprendidas entre 18 y 45 años, tenían peores relaciones sexuales (24% frente a un 0% del grupo control), antecedentes de depresión (57% frente al 8%) y problemas de pareja, pero las cifras hormonales no se diferenciaban del grupo control (Nyunt, Stephen, Gibbin, Durgan, Fielding et al., 2005). Además se ha demostrado que mujeres entre 19 y 43 años que padecían hirsutismo y, por tanto, es de suponer una mayor actividad androgénica, presentaban menos niveles de deseo que el grupo control, una prueba más de que otros muchos factores influyen sobre el deseo aparte de las hormonas (Conaglen y Conaglen, 2003).

Concluyendo, de entre los estudios más relevantes utilizando hormonas en el deseo hipoactivo, se ha puesto en evidencia lo siguiente:

- La testosterona administrada junto a estrógenos mejora el deseo con respecto a los estrógenos solos en mujeres menopáusicas.
- Se ha estudiado la influencia de la dehidroepiandrosterona (DHEA) con resultados contradictorios, para algunos autores provoca una mejoría del deseo mientras que otros no observaron cambios ni en la amplitud del pulso vaginal, ni en la excitabilidad subjetiva.
- Dosis suprafisiológicas de testosterona mejoran el deseo.
- 150 pg de testosterona no presentan cambios significativos con respecto al placebo.
- 450 µg producen un efecto similar a 300 µg incrementando el deseo, por lo que parece no tener sentido administrar dosis superiores a ésta.
- La aplicación de testosterona no presenta efectos adversos durante 12 semanas.

Evidentemente estamos en un momento álgido en cuanto a investigaciones y reflexión sobre el tratamiento de la mujer con andrógenos, y con los estudios llevados a cabo se demuestra, como mínimo, que la terapia androgénica mejora el deseo en mujeres menopáusicas con niveles bajos de testosterona, cuya falta de deseo no va a mejorar por la administración de estrógenos. Por tanto, con las indicaciones precisas, los suplementos de testosterona pueden ser de mucha utilidad.

No obstante, hay que manejar muchas variables antes de aconsejar andrógenos de forma generalizada para el deseo de la mujer, por ejemplo, en nada mejorará el deseo al administrar testosterona si la relación de pareja no es buena. En la experiencia clínica tampoco se observa mejoría en el deseo hipoactivo primario. En suma, los mejores

resultados y, por tanto, los criterios para indicar terapia sustitutiva con andrógenos son:

- Parejas de corta duración.
- Parejas con buena relación.
- Cuando en la historia psicosexual se pone de manifiesto que la mujer le tiene asco (no ansiedad anticipatoria) al sexo.
- Deseo hipoactivo debido a un episodio depresivo donde, aparte del tratamiento específico, hemos visto una mejoría con la administración de testosterona.
- Sexualidad buena previa a la disminución de andrógenos, en caso de menopausia se debe valorar cómo fue la sexualidad anterior, porque si la respuesta no era buena es impensable que vaya a mejorar.

C) Psicofármacos

Tampoco existe ningún psicofármaco con la indicación exclusiva de tratar el deseo. Sin embargo, en casos con cierto nivel de disforia, o incluso en procesos donde la falta de deseo va acompañada de un episodio depresivo y/o la depresión acarrea la pérdida del deseo, existen una serie de fármacos que han demostrado mayor eficacia con respecto a otros. Por ejemplo, el amineptino (actualmente retirado del mercado español) restaura mejor el deseo que la amitriptilina, posiblemente por sus efectos desinhibidores y por reducir los niveles de prolactina. En el mismo sentido, la mirtazapina mejora el deseo en el 41% de las mujeres diagnosticadas de depresión.

Hoy día se está usando el bupropion de forma inespecífica, independientemente de la etiología del deseo sexual hipoactivo, no obstante los resultados distan de ser espectaculares pues sólo va bien en el 29% de las mujeres (Segraves, Croft, Kavoussi, Ascher, Batey et al., 2001). También ha resultado ser un fármaco eficaz en el tratamiento del deseo inhibido por tratamientos con ISRS. Sin embargo, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, con el empleo de bupropion no se encontraron diferencias significativas entre el fármaco y la terapia sexual, disminuyendo el nivel de abandonos cuando se emplea un tratamiento combinado de bupropion más terapia sexual (Cabello-Santamaría, 2005).

El futuro del tratamiento del deseo sexual hipoactivo con psicofármacos habrá que buscarlo desarrollando principios activos con actividad dopaminérgica que no produzcan náuseas (escollo presentado por algunos fármacos experimentados), agonismo 5HT1 y/o antagonismo 5HT2 del tipo de la flibanserina, que actualmente se encuentra en fase de estudio.

D) Otros

Aunque los fármacos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos como el tamoxifeno y raloxifeno no parecen incrementar el deseo, el lasofoxifene si podría tener utilidad en este sentido pero fue rechazado por la FDA (Food and Drug Administration). La tibolona sí ha demostrado ser eficaz, al menos en mujeres posmenopáusicas. No obstante, la promesa entre este grupo sería el estetrol, pero todavía no hay resultados.

El bremelanotide (PT-141), un péptido sintético (hormona alfa-melanocíclica-estimulante), administrado vía intranasal, se ha intentado emplear porque en algún trabajo con escasa muestra parecía mejorar el deseo, pero recientemente ha sido rechazado por la FDA.

12.9.2. Tratamiento sexológico

Existen varios modelos terapéuticos, entre los que destacan los que se citan a continuación:

- a) Modelo de Kaplan (1974). De formación psicoanalítica, fue el pionero en el tratamiento del deseo. Para ella la estrategia terapéutica fundamental, señalada en el capítulo anterior, consistía en disminuir la ansiedad. De hecho, encontró que en un 25% de los casos coexistían graves trastornos de ansiedad, por lo que asociaba alprazolam al tratamiento psicoterapéutico.
- b) Modelo de McCarthy. Tal como se citó en el capítulo anterior, McCarthy (1995) centra el origen del deseo hipoactivo en la ira, la culpabilidad y la reacción ante posibles traumas sexuales.

La estrategia terapéutica se resume en dos puntos, por un lado romper con la ansiedad anticipatoria y otros elementos negativos y, por otro, construir un estilo de vida sexual satisfactorio. Para ello, las tareas empleadas básicamente son:

- Mejorar la intimidad.
- Técnicas encaminadas a incrementar la atracción entre los miembros de la pareja.
- Favorecer la confianza y seguridad en la pareja.
- Desarrollar nuevos escenarios sexuales.

Concretando, debe basarse en el aprendizaje de habilidades para la intimidad, cambio de actitudes, ausencia de demanda de placer por parte de la pareja y estimulación múltiple, además de reestructurar las cogniciones acerca de que la pareja forma un íntimo equipo, la aceptación de una expresión sexual individual y

adoptar unas expectativas realistas.

- c) Modelo de LoPiccolo y Friedman. Como se vio en el deseo del hombre, estos autores (1998) presentan un modelo centrado en la potenciación de los inductores externos del deseo y pobre en cuanto al trabajo de la intimidad y la dinámica en pareja, por lo que resulta poco eficaz en el tratamiento del deseo de la mujer, al contrario de lo que ocurría con los hombres.
- d) Modelo de Trudel. Este autor y sus colaboradores (1997) consideran que las causas habituales de deseo sexual hipoactivo serían: la ansiedad anticipatoria hacia las relaciones sexuales, problemas en la relación de pareja, miedo al abandono sexual asociado a cogniciones negativas, ausencia de comunicación emocional y sexual, pérdida del placer y la satisfacción, actitudes sexuales negativas, vergüenza y culpa.

El programa terapéutico utiliza nueve pasos:

- Análisis de las causas inmediatas y a largo plazo que provocan el deseo hipoactivo.
 - Información sexual.
 - Ejercicios para potenciar la intimidad en pareja.
 - Focalización sensorial.
 - Entrenamiento en habilidades de comunicación.
 - Entrenamiento en reforzamiento mutuo en pareja.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Trabajo con las fantasías sexuales.
- e) Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Por experiencia propia, el tratamiento va a variar dependiendo de la etiología, la fase evolutiva y de la presencia o no de componentes aversivos (cuadro 12.1).

Cuadro 12.1. Algoritmo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo

Enfermedad crónica

- Alteraciones hormonales
- Insuficiencia renal
- Neurológicas (esclerosis múltiple, etc.)
- Diabetes
- Etc.

Tratamiento: Específico enfermedad crónica

- Terapia sexual:
 - Trabajar fantasías eróticas
 - Autoestimulación
 - Focalización sensorial
 - Mejorar comunicación
 - Seducción
 - Tratamiento farmacológico
-

Medicación

- Hipolipemiantes
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Neurolépticos
- Antieméticos
- Antiepilépticos
- Litio
- Etc.

Tratamiento: Sustitución del fármaco

- Terapia sexual:
 - Trabajar fantasías eróticas
 - Autoestimulación
 - Focalización sensorial
 - Mejorar comunicación
 - Seducción
 - Tratamiento farmacológico
-

Insuficiencia androgénica

- Menopausia
- Ooforectomía
- Mujeres con fallo ovárico prematuro (FOP)

- Causas yatrogénicas como la utilización de antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), quimioterapia o radioterapia.
- Enfermedades crónicas.
- Etc.

Tratamiento:

- Terapia sexual:
 - Trabajar fantasías eróticas
 - Autoestimulación
 - Focalización sensorial
 - Mejorar comunicación
 - Seducción
- Tratamiento médico:
 - Andrógenos: gel o parches
 - Estrógenos + Andrógenos

Psicógeno

Inductores externos (pareja)

- Problemas de pareja, especialmente alteraciones de la intimidad

Tratamiento:

- Información sexual
- Potenciar inductores externos:
 - La utilización de lecturas, películas
 - Cambiar su apariencia
 - Trabajar fantasías sexuales
 - Recondicionamiento orgásmico
 - Terapia de pareja
 - Trabajo con los aspectos relacionales conflictivos
 - Resolución de los conflictos y manejo de la ira
 - Terapia de grupo

Inductores internos (fantasías)

- Educación moral y religiosa restrictiva
- Relaciones entre padres deterioradas
- Inadecuada información sexual
- Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia
- Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años

Tratamiento:

- Terapia sexual:
 - Trabajar fantasías eróticas Autoestimulación (imagen corporal: Kegel, etc.)
 - Autoestimulación con orgasmo
 - Focalización sensorial I, II, III
 - Mejorar comunicación, lucha de poder, miedo intimidad, etc.

- Tratamiento médico: ansiolíticos, bupropion, testosterona
- Terapia grupo
- Tratamiento farmacológico

Asociado a una disfunción previa

- Ansiedad anticipatoria
- Educación moral y religiosa restrictiva
- Relaciones entre padres deterioradas
- Inadecuada información sexual
- Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia
- Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años
- Problemas pareja
- Alteraciones orgánicas
- Etc.

Tratamiento:

- Información sexual
- Terapia sexual y/o de pareja
- Específico de la causa orgánica
- Tratamiento farmacológico

Asociado a aversión o trastorno de la excitabilidad

- Educación moral y religiosa restrictiva
- Relaciones entre padres deterioradas
- Inadecuada información sexual
- Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia
- Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años
- Problemas pareja
- Ansiedad anticipatoria
- Causas orgánicas (raro)

Terapia sexual:

- Información sexual
- Manejo de la ansiedad
- Terapia sexual y/o de pareja
- Específico de la causa orgánica
- Tratamiento farmacológico:

- Ansiolíticos, bupropion, testosterona, fármacos vasocongestionantes
- Terapia de grupo

Mixto

Etiología combinada
Terapia combinada

En este modelo se apuesta por una intervención combinada de fármacos más terapia sexual, intentando hacer un tratamiento etiológico, de tal forma que en los casos de deseo sexual hipoactivo de causa orgánica, se procura llevar a cabo la corrección de la causa más una intervención en terapia sexual acorde con la evolución del trastorno, tal como se explicita a continuación:

1. Deseo sexual hipoactivo de corta evolución sin componentes aversivos: antes de

establecer una estrategia terapéutica, además de tener una hipótesis explicativa del trastorno, se debe conocer exhaustivamente la situación de la pareja, ya que si hay un gran deterioro, no es conveniente comenzar por la problemática sexual sino intentar arreglar los elementos que componen la intimidad, obviando la clásica terapia sexual para entrar, en principio, en terapia de pareja.

De forma resumida, el primer paso consiste en conseguir que el compañero deje de presionar y no tome la iniciativa en ningún momento, pero al mismo tiempo no debe alejarse de su pareja, es más, debe comenzar a elaborar un proceso de seducción y atenciones intentando mejorar la comunicación, incrementando su tolerancia y comprensión de la situación, entendiendo que el resultado terapéutico va a depender, en gran medida, de la eficacia de su actuación.

Es imprescindible centrarse en favorecer los inductores del deseo, y para ello resulta útil aplicar ciertas medidas tales como:

- Trabajar las fantasías sexuales.
- Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante.
- Estudiar la posibilidad de cambiar de apariencia, visitar espectáculos eróticos, etc.
- Recomendar maniobras de autoestimulación para adquirir un ritmo sexual adecuado y periódico.

Una vez que la mujer se masturba con regularidad y de forma placentera, se recomienda la práctica del recondicionamiento orgásmico, tal como se vio en el deseo masculino, y en pareja se introduce la erotización sensual de la misma forma que se ha mostrado en otras disfunciones.

De las distintas modalidades del recondicionamiento, sólo resulta útil la autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo se traslada a una fantasía con la propia pareja.

El paso siguiente, si no ha surgido ningún problema será la instauración de la erotización genital, mientras se sigue practicando a nivel individual el recondicionamiento orgásmico.

A continuación se pasará a la erotización orgásmica, tras haber mandado elaborar una especie de guión para realizar conjuntamente, donde se especifican las actividades que se van a llevar a cabo. Si durante todo este tiempo el nivel de comunicación ha ido mejorando y el compañero ha abandonado la presión, podemos pasar a unas relaciones sexuales libres pero manteniendo el

recondicionamiento y ejercitando distintos guiones en la forma de acceder al sexo, en las conductas que se van a seguir y en la forma de premiar por haber cumplido.

Se intentará que se establezca un ritmo de relaciones más o menos estable para crear un hábito. Además se deben programar distintas actividades eróticas que no terminen con el coito, para acostumbrar al varón y entrenarle en el sentido de que los estímulos eróticos no siempre tienen que ser finalistas. Además, de esta forma se aclimata a evitar futuras demandas inadecuadas.

Durante todo el tiempo de terapia, salvo que entre los miembros de la pareja pacten otra cosa, la iniciativa será de la persona con menor nivel de deseo.

Cuando el estado anímico no facilita el tratamiento, se puede utilizar alguno de los psicofármacos que no inhiben especialmente el deseo (bupropion, mirtazapina, trazodona, etc.).

2. Deseo sexual hipoactivo de larga evolución: en este caso y también en cualquiera de las distintas formas de presentación donde exista un fuerte componente de evitación, el tratamiento comenzará de forma distinta. Los pasos son los siguientes:

- a) Potenciación de la erotofilia: información sobre sexualidad en general para eliminar creencias erróneas, intentando modificar las actitudes. Es fundamental el trabajo con los pensamientos negativos acerca de la sexualidad.
- b) Terapia de pareja centrada en el intercambio de conductas agradables y generando un adecuado nivel de intimidad.
- c) Entrenar pautas de acercamiento diferenciando la aproximación cariñosa de la sensual.
- d) Desensibilización sistemática en imaginación.

Según los casos, al mismo tiempo se puede administrar bupropion y/o alprazolam. Una vez que la mujer tenga cierto nivel de motivación y no genere mucha ansiedad ante las situaciones eróticas, se procederá, como se ha citado anteriormente, a estimular los inductores externos del deseo. Por tanto comenzará con autoestimulación, recondicionamiento orgásmico, erotización, etc.

También resultan interesantes los modelos terapéuticos de Regas y Sprenkle (1984) y el de Verhulst y Heiman (1988), el primero basado en un modelo de terapia familiar y el segundo de orientación sistémica, que son relevantes pero escapan a la línea argumental de este texto.

En resumen, los tratamientos provenientes del campo de la farmacología, hoy

por hoy, dejan mucho que desear exceptuando el uso de andrógenos en las indicaciones precisas, es decir, mujeres con hipoandrogenismo y posmenopáusicas. Algunos psicofármacos, en especial ciertos antidepresivos mencionados con anterioridad, pueden ayudar al tratamiento cuando la mujer está inmersa en un proceso distímico.

En este contexto hacen falta ensayos clínicos bien diseñados que tengan en cuenta los inductores externos del deseo (pareja), situación que no se está teniendo presente en los trabajos que se están realizando en la actualidad, dado que los cuestionarios diseñados no evalúan dicha variable.

En todo caso, el futuro del tratamiento del deseo sexual hipoactivo, al igual que otras disfunciones, alcanzará su esplendor cuando se disponga de principios activos específicos para incrementar el deseo de forma combinada con una terapia sexual en pareja. Parece que la flibanserina, actualmente en estudio, puede ser de suma utilidad en este sentido. Mientras tanto, desde la sexología existen estrategias terapéuticas que han puesto de manifiesto su eficacia de forma empírica. Por ejemplo, el modelo descrito por Trudel y colaboradores (2001), señalado anteriormente, en una media de doce sesiones de dos horas semanales permite superar el cuadro de deseo sexual hipoactivo al 76% de las mujeres, persistiendo el resultado en el 64% de las mismas al año de seguimiento.

13

Aversión al sexo y trastorno de la excitación sexual de la mujer

De entre todas las disfunciones sexuales la aversión al sexo y el trastorno de excitabilidad son las entidades menos estudiadas. Ambas contribuyen a una frecuencia sexual escasa y a grandes conflictos de pareja, de forma que en muchas ocasiones las mujeres que sufren estos trastornos optan por una vida célibe.

13.1. Trastorno por aversión al sexo

13.1.1. Concepto

El trastorno por aversión al sexo es definido en el DSM IV-TR como "aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual".

En la aversión sexual puede existir deseo, pero el rechazo hacia la conducta sexual conduce a un estado de evitación y angustia, rehuendo de todo posible contacto erótico. La evitación de la sexualidad contribuye a que la propia mujer interprete que no tiene deseo, de tal forma que suele solicitar ayuda a profesionales de la sexología autodiagnosticada de deseo hipoactivo.

El deseo de la mujer aversiva es fundamentalmente impulso, es decir, deseo sin objeto; pero también, raras veces, puede haber deseo hacia una persona que nunca llega a materializarse porque la evitación, más o menos encubierta, lo impide.

13.1.2. Formas clínicas

A nivel teórico la aversión puede ser de toda la vida, secundaria, generalizada y parcial. Las aversiones parciales son poco frecuentes, consisten en el rechazo a una conducta sexual con creta y se corresponden con situaciones fóbicas como puede ser rechazo al olor genital, rechazar el desnudo, no soportar los fluidos, etc.

Las aversiones generalizadas de toda la vida obedecen a cuestiones educativas y traumáticas en relación al sexo, mientras la aversión secundaria se debe, casi

exclusivamente, a traumas sexuales como la violación.

Hay una forma de presentación de la aversión primaria (de toda la vida) que se podría denominar aversión encubierta, porque acontece en personas que en absoluto son conscientes del conflicto, nunca entran en contacto sexual con nadie y lo atribuyen a no haber encontrado a la persona adecuada. Estas mujeres dudan a veces de su orientación, pues aunque tengan buenas relaciones con hombres y lleguen a admirar a alguno, existe un freno que las hace huir en los momentos donde se propicia el erotismo, motivo por el cual no forman pareja.

Una variable que se debe diferenciar en la aversión radica en la presencia o ausencia de asco al sexo. En algunos casos, la aversión está condicionada por el miedo, especialmente cuando existen antecedentes de castigo como haber sido sorprendida masturbándose en la infancia o adolescencia. Pero en la mayoría de los casos se trata de una importante sensación de asco parcial o generalizado ante la idea del encuentro sexual. Se podría decir que mientras los parafilicos, que suelen ser los más activos para el sexo, no tienen asco a nada y pueden practicar conductas que serían repulsivas (por ejemplo la coprofilia) para la mayoría de la población, la aversión sería la situación opuesta, donde existe un fuerte asco al sexo y se evita cualquier tipo de contacto sexual (excepto en la aversión parcial).

Una modalidad de aversión, que no es demasiado común, está asociada al trastorno por estrés postraumático que cursa con hipervigilancia, flashbacks y ataques de pánico provocados por estímulos sexuales.

Algunos autores consideran que la aversión sexual forma parte de un continuo donde el deseo estaría en un estado intermedio y la aversión se encontraría en la parte final. Kaplan (1987), sin embargo, diferencia claramente el deseo sexual hipoactivo de la aversión aunque mantenga que puede haber conexiones entre ambos cuadros.

En la práctica se observan las dos posibilidades, que la mayoría de las veces se muestran imbricadas. Si se comienza por una aversión pura donde la mujer tiene deseo pero un fuerte rechazo a llevar a cabo conductas sexuales, más temprano que tarde la presión de la pareja facilita que la mujer pierda el deseo, lo cual además termina produciendo un trastorno de la excitabilidad.

Cuando se asocia el deseo sexual hipoactivo a la aversión sexual, la ansiedad se hace imprescindible, conformando la base etiológica del trastorno, de hecho, para Kaplan (1987) un 25% de sus pacientes con aversión sexual presentaban también un trastorno de ansiedad generalizada.

Lo habitual en clínica es encontrar los tres procesos de forma conjunta, por lo que es imprescindible llevar a cabo un exhaustivo diagnóstico diferencial dado que el tratamiento

puede ser totalmente distinto (figura 13.1).

La aversión al sexo y el trastorno de excitabilidad son cuadros claramente diferenciados del deseo sexual hipoactivo pero tienen en común la disminución de la frecuencia sexual y a veces suelen confundirse, sobre todo, junto con la anorgasmia, el vaginismo y la dispareunia, engrosan el ingente capítulo denominado FSD (female sexual dysfunction) que tanto se prodiga, especialmente en la bibliografía más específicamente urológica.

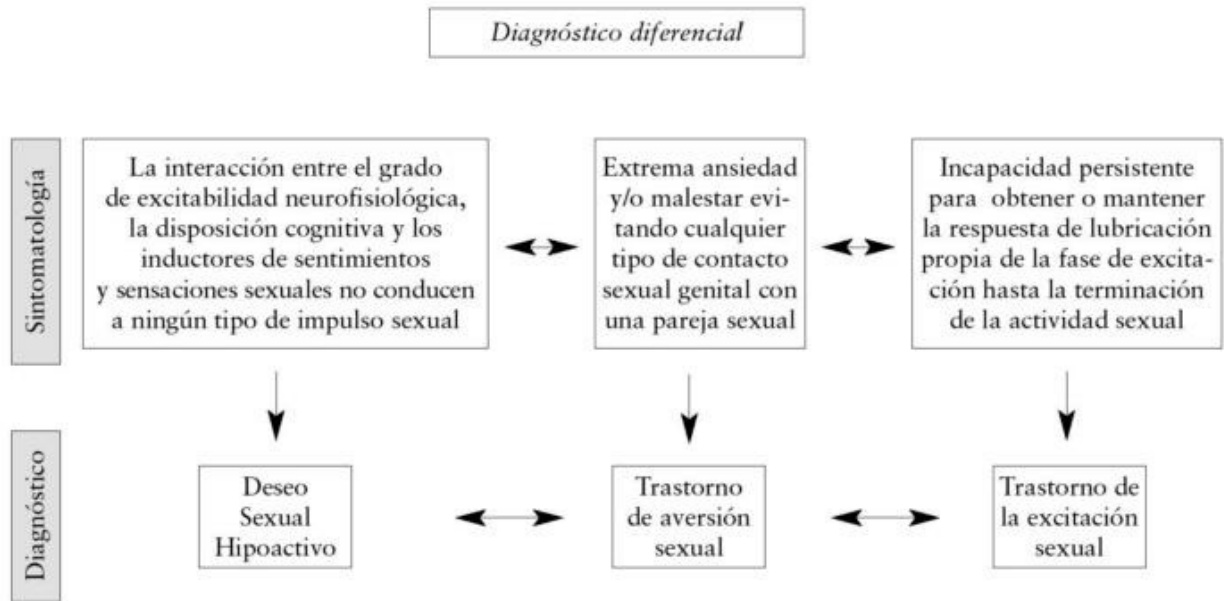


Figura 13.1. Diagnóstico diferencial: deseo, aversión y excitabilidad.

Las diferencias son claras en principio, pero ciertamente la evolución hace que al final los cuadros mencionados sean difíciles de separar. Aparecen en las siguientes posibilidades:

1. Deseo sexual hipoactivo.
2. Deseo sexual hipoactivo que evoluciona hacia una aversión sexual.
3. Deseo sexual hipoactivo como estadio final de un trastorno de excitación.
4. Aversión sexual (el sujeto tiene deseo pero siente gran ansiedad ante la idea de tener algún contacto sexual).
5. Aversión sexual como estadio final de una falta de deseo.
6. Aversión sexual a consecuencia de un trastorno de excitación (suele intervenir como variable considerable la presión de la pareja).

7. Trastorno de la excitación femenina (el dato más característico es la dificultad en la lubricación, pero no el único síntoma).

8. Trastorno de la excitación que acompaña o es producto de un deseo sexual hipoactivo.

9. Trastorno de la excitación que acompaña o es producto de una aversión sexual.

Hay que tener presente si los trastornos definidos son primarios (de toda la vida, en terminología DSM-IV-TR) o adquiridos, situacionales o generalizados.

En todas las situaciones, con vistas a la posible intervención terapéutica se debe averiguar si existe evitación o solamente una ausencia de motivación para la sexualidad, si una vez iniciado el proceso se experimenta el orgasmo y, por último, si una vez llevada a cabo una relación sexual, independientemente del orgasmo, el resultado ha sido satisfactorio.

A modo de ejemplo, puede darse el caso de deseo sexual inhibido, generalizado, secundario, sin evitación, con orgasmo y satisfactorio. Esto significa que la mujer no encuentra el momento para tener relaciones sexuales, que no fantasea, lo cual le sucede desde hace un tiempo pero antes no ocurría, que cuando inicia la relación sexual se activa y alcanza el orgasmo, y globalmente se siente satisfecha por ello.

13.1.3. Etiología

A diferencia de otras disfunciones no existen componentes orgánicos que provoquen la aversión. En este caso servirán como factores predisponentes y precipitantes todos los eventos que puedan originar un trauma.

Es por eso que entre las mujeres con aversión sexual se encuentran creencias religiosas profundas, cambios bruscos de imagen como la mastectomía, enfermedades graves de la pareja (por ejemplo, la discapacidad tras un accidente que conlleva la asistencia de enfermería de la propia pareja), agresiones sexuales, haber sorprendido a los padres en un contacto sexual o ser sorprendida en cualquier conducta sexual, trastornos alimentarios, etc.

13.1.4. Evaluación

Se hará de forma similar a la del deseo sexual hipoactivo, discriminando la dimensionalidad de la disfunción y dedicando tiempo a analizar la historia psicosexual en profundidad.

Es imprescindible determinar en qué circunstancias piensa que le sería más cómodo

iniciar las relaciones, qué actividades le resultarían menos molestas y cuáles le provocan rechazo.

Resulta fundamental vislumbrar si existe una simple desmotivación o por el contrario evitación de los estímulos eróticos y hasta qué punto se siente intranquila ante la idea de tener relaciones sexuales. Cuando predomina la evitación, es necesario diferenciar si es debida a la presencia de asco o miedo.

También se debe precisar cómo reacciona a las peticiones de su pareja y si se siente aliviada cuando la relación sexual finaliza.

En la actualidad no existe ningún cuestionario específico para diagnosticar la aversión, aunque algunos como el SAI permiten evaluar los niveles de ansiedad que generan los distintos comportamientos sexuales y el GRISS determina los niveles de evitación junto con la frecuencia.

Respecto a los autorregistros, resulta de suma utilidad listar los acontecimientos en relación al sexo que generan ansiedad o asco a lo largo del día y, sobre todo, analizar en qué momento de las tareas prescritas en terapia aparecen imágenes o sensaciones que conducen a la evitación de la conducta.

13.1.5. Tratamiento de la aversión sexual

La filosofía del tratamiento de la aversión al sexo no difiere del tratamiento del resto de las aversiones. Consiste en una desensibilización sistemática, en este caso in vivo. La clásica inundación sería totalmente contraproducente, pues aunque se lograra vencer la evitación al sexo, no se conseguiría que proporcionara placer.

Siguiendo las recomendaciones de Kaplan (1987), cuando hay niveles de ansiedad notables se puede utilizar al mismo tiempo alprazolam.

Si la aversión es muy grave se puede proceder antes de la desensibilización in vivo a una desensibilización en imaginación, para ir preparando el cuerpo al inicio de la erotización sensual seguido de la erotización genital.

Desde el principio de la terapia se habrá recomendado autoestimulación, que, en algunos casos de este tipo genera una importante sensación de frustración, por lo que pasado un tiempo de entrenamiento sin éxito se debe desistir y seguir sin titubeos con la erotización en pareja (hay casos que consiguen superar la aversión con la pareja pero no logran masturbarse).

13.2. Trastornos de la excitación sexual de la mujer

Dentro de los trastornos relacionados con la excitabilidad se debe distinguir entre los trastornos por defecto (trastorno por excitación sexual de la mujer) y los aún menos conocidos trastornos por exceso de excitabilidad (trastorno de la excitación sexual persistente).

13.2.1. Trastorno por excitación sexual de la mujer

A) Concepto

Para el DSM IV-TR sería la "incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

En teoría, en este trastorno existen tres posibilidades, tal como se vio en la clasificación de las disfunciones sexuales:

- Trastorno subjetivo de la excitación: Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.
- Trastorno de la excitación sexual genital: Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital, además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares. Existe sensación subjetiva de excitación ante estímulos sexuales no genitales.
- Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital: Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.

En la práctica clínica, cuando la mujer acude a consulta suele presentar el trastorno combinado, aunque al historiar el proceso se constata que ha podido comenzar bien por la excitación genital (por ejemplo por un déficit estrogénico) o subjetiva (problemas psicológicos), que con el paso del tiempo termina ocasionando el trastorno combinado.

Es habitual que el trastorno de excitación conduzca a una falta de deseo en un tiempo rápido, que en muchas ocasiones deriva en una aversión sexual. De la misma manera, un deseo hipoactivo va a condicionar que la mujer no se concentre y pierda capacidad para lubricar y excitarse.

B) Prevalencia

Como se ha visto, gran parte de las investigaciones sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales no distinguen entre aversión, deseo sexual hipoactivo y trastorno de

la excitabilidad. Hasta ahora, tampoco ningún estudio ha diferenciado entre trastorno de la excitabilidad genital, subjetiva o combinada. No obstante, en los últimos tiempos se tiende a una precisión mayor, pero todavía no se pueden fijar unas cifras exactas. De forma aproximativa, revisando múltiples investigaciones parece que la excitabilidad se ve afectada en alrededor del 25% de las mujeres, si bien en el único estudio llevado a cabo teniendo en cuenta si el trastorno provoca malestar a la mujer (distress) la cifra se queda en el 7% (Hayes, Dennerstein, Bennett y Fairley, 2008).

C) Formas clínicas

Además de diferenciar entre trastorno de la excitabilidad genital, subjetiva y combinada hay que examinar si se trata de un trastorno adquirido, de toda la vida (primario), generalizado, parcial o situacional.

La forma de presentación más habitual es el trastorno de excitabilidad combinado, generalizado, de toda la vida, asociado a falta de deseo.

En consulta es común encontrar mujeres al inicio de la menopausia con trastorno de la excitabilidad genital parcial, es decir, que les ha disminuido la lubricación más rápido de lo que sería deseable; la secuencia se inicia con una discreta sequedad que la mujer interpreta en el sentido de pensar que su sexualidad está tocando a su fin, influenciada por la idea de que al desaparecer la menstruación todo cambiará a peor. Los aspectos cognitivos, junto a la menor lubricación y demás factores socioculturales adversos con que se vive la menopausia en nuestro medio, facilitarán el que la atención se centre en la respuesta sexual disparando la autoobservación. Así disminuye la capacidad de abandono y la satisfacción, comenzando la evitación de las relaciones sexuales. En definitiva, lo que comienza como una discreta bajada fisiológica de la lubricación por la disminución de estrógenos se convertirá en un conflicto de graves repercusiones personales y de pareja conformando un trastorno generalizado combinado de la excitabilidad que con el tiempo llevará añadido un deseo sexual hipoactivo.

Aunque poco frecuente, en la práctica se ven casos de trastorno de la excitabilidad subjetiva situacional, es decir, mujeres que se excitan con unas parejas pero no con otras; el nivel global de excitabilidad es bajo pero se activa más en ciertas situaciones y con personas concretas.

De características parecidas a la situación anterior, también poco común, hay mujeres que sólo se excitan cuando están inmersas en procesos de enamoramiento.

En ocasiones vienen a consulta acompañando a hombres con disfunción eréctil mujeres con un trastorno de la excitabilidad subjetiva, que con un simple roce genital alcanzan el orgasmo. Algunas de ellas, casi todas de tipología A, que tienen un "orgasmo precoz", no sienten el más mínimo placer con las caricias ni otro tipo de arrumacos

encaminados a potenciar la excitabilidad, pero justo al ser penetradas alcanzan el orgasmo y, a partir de ahí necesitan no ser molestadas.

D) Etiología

En esencia, la etiología del trastorno de excitabilidad es similar a la del deseo sexual hipoactivo.

Entre los factores orgánicos destacan por su especial frecuencia la diabetes, infecciones urinarias recurrentes, déficit estrogénico, alteraciones vasculares perigenitales e ISRS como la fluoxetina, que se ha comprobado que disminuyen la sensibilidad genital (Frohlich y Meston, 2005). Recientemente se ha comprobado que el tabaco influye de forma relevante en la excitabilidad de las mujeres independientemente de la edad, disminuyendo la respuesta ante estímulos eróticos (Harte y Meston, 2008).

Entre los aspectos psicológicos destaca un mal aprendizaje, situaciones traumáticas como agresiones sexuales y fuertes convicciones religiosas.

E) Evaluación

1. Entrevista. Al igual que en otras disfunciones será fundamental la realización de una entrevista adecuada, donde es imprescindible preguntar acerca de:

- Frecuencia en que nota tensión, sensación de calor o sensación pulsátil en la vagina o área genital durante la actividad sexual.
- Si percibe la lubricación genital cuando inicia algún tipo de actividad erótica y cuánta cantidad.
- Si percibe tensión genital ante la visualización de escenas o lecturas eróticas.
- Si le resulta placentero ser tocada y acariciada de manera sensual.
- Investigar qué cambios han ocurrido para que estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.
- Detectar si la actividad sexual le genera angustia, si evita las relaciones sexuales y las estrategias que utiliza para la evitación. En caso de evitación investigar la presencia de miedo o asco como factor determinante de la misma.
- Indagar acerca de los pensamientos antes y durante la relación sexual.
- Averiguar si ha experimentado cambios en la imagen corporal que puedan tener que ver con el proceso.

- Sondear el grado de preocupación de la mujer por la repercusión que pueda tener su sexualidad en la vida de pareja (pensar que su compañero pudiera buscar otra relación sexual, que se sienta enfadado, herido, rechazado, etc.).

2.Cuestionarios. Casi todos los cuestionarios tienen algún dominio con varias cuestiones que puede ser útil para evaluar el trastorno de excitabilidad. De entre todos, el SAI-E, mencionado con anterioridad, mide de forma específica la excitabilidad ante una gran variedad de conductas, pero por su complejidad ha sido desplazado por otros más simples como el PFSF (Perfil de la Función Sexual Femenina), útil para la realización de investigaciones pero con pocas prestaciones en la práctica clínica diaria. El cuestionario propuesto por DeRogatis y colaboradores (2008), WSID (Women's sexual interest diagnostic interview) tiene un dominio centrado en la excitabilidad que promete ser muy útil para el diagnóstico.

3.Autorregistros. En esta disfunción, más eficaz que los autorregistros, resulta hacer listados de situaciones que generan excitabilidad. En ocasiones también va bien realizar una autorregistro de columnas para evaluar la evolución de las tareas asignadas en el proceso terapéutico.

4.Pruebas complementarias. En el trastorno de la excitabilidad es importante realizar una exploración física con el fin de evaluar una posible atrofia genital, signos inflamatorios y lesiones dermatológicas de la vulva. La prueba más relevante consiste en examinar la sensibilidad de labios menores y clítoris, para lo cual se puede emplear escobilla, diapasón y biotesiometría.

Asimismo es necesario realizar una analítica de las mismas características que en el deseo sexual hipoactivo, sin olvidar la detección de estrógenos.

En un futuro próximo se prodigará el uso de la fotopletismografía vaginal y el dúplex doppler para medir cambios clitorideos, pruebas que por el momento sólo se usan en el ámbito experimental, si bien hasta ahora se ha comprobado que la amplitud del pulso vaginal no presenta diferencias significativas entre mujeres disfuncionales y quienes tienen una sexualidad satisfactoria. Tampoco se han hallado diferencias entre mujeres con trastorno de excitabilidad y aquellas que consideran haber solucionado la disfunción después de haber seguido un tratamiento.

F) Tratamiento

1.Farmacológico. El conocimiento acerca de que el óxido nítrico actúa en el clítoris y que la óxido nítrico sintasa (enzima responsable de su producción) se encuentra en la vagina, junto a la experiencia de que los inhibidores de la fosfodiesterasa cinco (IPDE5) inhiben el GMPc en el clítoris, han impulsado una serie de investigaciones encaminadas a conseguir aumentar la vasocongestión vaginal y la ingurgitación del

clítoris, situación que probablemente influya en el proceso de excitabilidad. Con este fin se han empleado los IPDE5, que aumentan la lubricación pero no mejoran la sensación subjetiva de excitabilidad.

De la misma forma, recientemente se ha demostrado que la hormona del deseo por antonomasia, la testosterona, influye en la actividad de la enzima óxido nítrico sintasa facilitando la relajación del músculo liso vaginal, lo que incita al empleo de testosterona como inductora de la excitabilidad, como se ha visto confirmado a través del PFSF (Perfil de la Función Sexual Femenina).

En el mismo sentido se ha empleado la testosterona a demanda, de cuatro a seis horas antes de la relación sexual, no experimentando cambios en el deseo pero observándose un incremento de la excitabilidad (Chudakov, Ben Zion y Belmaker, 2007).

En casos de déficit estrogénico el mejor tratamiento consiste en la reposición con estrógenos.

La tibolona también se ha visto que mejora la lubricación genital, aunque no se sabe si el efecto es debido a sus propiedades androgénicas. Lo cierto es que proporciona mayor lubricación y excitabilidad que la terapia transdérmica sustitutoria con 50 pg de estradiol más un gestágeno.

Hasta el momento la única herramienta farmacológica que tiene una indicación precisa para el trastorno de excitabilidad son los lubricantes vaginales, tanto neutros como con efecto calor o frío, que facilitan el coito y ayudan en el entrenamiento sexoterapéutico de la disfunción.

2. Sexoterapia. Aunque este cuadro es distinto del trastorno del orgasmo, donde la mujer puede tener una excitabilidad excelente pero no alcanzar el clímax, en la inmensa mayoría de las mujeres con alteraciones de la excitabilidad el orgasmo tampoco se produce. Éste es uno de los motivos que conducen a que la intervención sea igual, punto por punto, a la que se lleva a cabo en la anorgasmia y que se describirá más adelante.

También es recomendable la práctica de cualquier deporte antes del inicio de las relaciones, ya que se ha comprobado que el ejercicio físico facilita la excitabilidad (Hamilton, Fogle y Meston, 2008),

13.2.2. Trastorno de la excitación sexual persistente

Otro cuadro poco frecuente que nada tiene que ver con lo descrito anteriormente es el trastorno de la excitación sexual persistente, que consiste en la "espontánea, molesta y no

que rida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo". Dicha excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

En el momento actual no se conocen las bases etiológicas. Entre las hipótesis que se manejan se encuentran las alteraciones neurológicas a nivel central o periférico, cambios vasculares perigenitales, presión mecánica de estructuras genitales por crecimientos tumorales o de otro tipo, e inducción por medicamentos o drogas. Todas estas situaciones pueden provocar un priapismo clitorideo que puede generar una molesta sensación que nada tiene que ver con el verdadero trastorno persistente de la excitabilidad.

En algunos casos el cuadro ha aparecido tras un ictus y en otras ocasiones se han visto alteraciones electroencefalográficas. También se ha dado al inicio de tratamientos con antidepresivos, pero lo cierto es que en ningún caso se ha podido precisar de forma categórica la etiología, si bien, al comparar mujeres con el trastorno frente a grupos control, aparecen con mayor frecuencia eventos depresivos y ansiosos, además de abuso sexual en la infancia.

14

Trastornos por dolor: vaginismo y dispareunia

14.1. Introducción

Los trastornos que provocan dolor durante las relaciones también inciden de forma negativa en la frecuencia y satisfacción sexual. Hasta épocas recientes la mujer no había reivindicado su derecho al placer. Connotaciones religiosas, sociales, educacionales, etc., han conseguido que algunas mujeres, aún hoy, se conformen sin sentir satisfacción sexual y no consideren estar mal por ello. Sin embargo, el dolor, aparte de molesto, genera miedo y sensación de enfermedad. Por ese motivo las mujeres que experimentan dolor durante las relaciones sexuales o que tienen dificultades para acceder a la penetración y, por tanto, no pueden quedarse embarazadas, son plenamente conscientes de que sucede algo irregular. Así, salvo excepciones, más tarde o más temprano solicitan consejo profesional.

La dispareunia y el vaginismo son dos cuadros totalmente diferentes. En un principio, el vaginismo supone un importante problema de salud porque además de impedir la fecundación de forma natural, evita que la mujer pueda someterse a exámenes sanitarios como, por ejemplo, la periódica y necesaria citología. Peor aún es la repercusión que tiene sobre la autoestima de la mujer, que se ve frenada para hacer una vida sexual normal en pareja, siendo la primera causa del "matrimonio no consumado". Afortunadamente, el vaginismo tiene un excelente pronóstico en manos de personal especializado en sexología.

Por el contrario, la dispareunia no suele tener una repercusión tan notoria en la autoestima femenina porque se atribuye a causas orgánicas, sin embargo, en algunas ocasiones el pronóstico es sombrío.

La diferencia entre dispareunia y vaginismo, a veces, no es tan sencilla como parece según las definiciones que se exponen a continuación. Hay quien habla de un continuo entre ambos englobándolos dentro de un llamado "trastorno de la penetración", dado que la presentación a veces es similar, especialmente cuando la dispareunia es superficial (Kaneko, 2001).

14.2. Definiciones

Dispareunia, etimológicamente "mal coito o coito dificultoso", es un término acuñado por Barnes en 1874 para referirse al dolor coital. El DSM-IV-TR la define con los siguientes criterios: a) un dolor genital recurrente o persistente asociado con el coito, b) el trastorno causa malestar acusado e interfiere en las relaciones interpersonales y c) no es exclusivamente debida a vaginismo o falta de lubricación, no es mejor explicada por otra alteración psíquica, y no es debida exclusivamente a los efectos de alguna sustancia o a una enfermedad médica general.

El vaginismo es un proceso consistente en la contracción espasmódica de la musculatura que rodea el tercio externo vaginal, justo cuando se va a proceder al coito. Esta contracción impide la introducción del pene en la vagina aunque la lubricación pueda ser correcta y la erección adecuada.

Kaplan (1974) define el vaginismo como "un espasmo involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal, específicamente del esfínter de la vagina y del elevador del ano, que se produce siempre que se intenta la introducción del pene o de cualquier objeto en el orificio vaginal, haciendo imposible el coito e incluso requiriendo anestesia en el examen vaginal", de ahí que el vaginismo sea la causa más frecuente del "matrimonio no consumado".

Para el DSM IV-TR, "la característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos". Esta definición, en su intento de abarcar diferentes situaciones, no refleja la realidad, ya que algunas mujeres pueden usar tampones o ser exploradas con el espéculo y sin embargo les resulta imposible la penetración con el pene.

En "The Second Internacional Consultation on Sexual Medicine" el vaginismo fue redefinido como "la dificultad persistente o recurrente de conseguir la entrada en la vagina del pene, de un dedo o de algún objeto, a pesar de los deseos de la mujer de hacerlo y habiendo descartado anomalías físicas".

La existencia de vaginismo no presupone ausencia de excitación, de hecho, los casos leves se caracterizan por un comportamiento sexual muy satisfactorio en cuanto a caricias y todo tipo de estimulación que no sea intravaginal, pudiendo alcanzar el orgasmo sin dificultad. No obstante, en la mayoría de las ocasiones suele ir acompañado de cierto grado de aversión sexual y, a veces, de un trastorno de excitabilidad.

Por experiencia propia, la dispareunia superficial de supuesto carácter psicógeno se corresponde mejor con lo que sería un vaginismo parcial que no ocluye totalmente la entrada vaginal, porque el espasmo incompleto es suficiente para producir dolor e insuficiente para impedir la penetración. Aunque sin evidencia empírica, la experiencia clínica lleva a pensar que prácticamente todas las coitalgias con dolor profundo, se

corresponden con dispareunias orgánicas que deben ser tratadas en ginecología. Y las coitalgias superficiales, en ocasiones serán dispareunias orgánicas (bartolinitis, candidiasis, vulvitis, etc.), por tanto de atención ginecológica, o vaginismos parciales de origen psicógeno necesitados de intervención sexológica.

En este texto, haciendo mención a características básicas de la dispareunia para poder afrontar el diagnóstico diferencial, se tratará con mayor profundidad el vaginismo, que es realmente de entre los dos cuadros, el objeto de interés de la sexología clínica.

14.3. Epidemiología

Para Masters y Johnson (1970) entre un 2 y 3% de las mujeres en general y el 10% de las que acuden a consulta tienen vaginismo. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología las consultas sobre la cuestión suponen el 1,6% del total (Cabello-Santamaría, 2003). En una serie de la Central London Genitourinary Medicine Clinic, entre las mujeres con disfunciones sexuales, el vaginismo supone el 25%, por delante incluso de la anorgasmia (Goldmeier, Keane, Carter, Hessman, Harris et al., 1997). Entre las mujeres en tratamiento por cáncer de mama sufre vaginismo hasta el 30% (Barni y Mondin, 1997) y algunos autores sitúan la cifra en población general en un 25,5% (Nobre, Pinto-Gouveia y Gomes, 2006). Parece haber una gran variabilidad dependiendo de la cultura, así por ejemplo, entre mujeres turcas con disfunciones sexuales el vaginismo supone el 75,9% de los casos (Dogan, 2009).

Referente a la dispareunia, un 34% de mujeres sufrieron dolor genital en sus primeros treinta años (Glatt y Zinder, 1990) y un 14% han experimentado dolor en su actividad sexual en el último año (Laumann, Paik y Rosen, 1999). En mujeres posmenopáusicas la cifra es superior al 45,3% (Oskay, Beji y Yalcin, 2005). Estimaciones más recientes cifran la dispareunia alrededor del 16% (Hayes et al., 2008).

14.4. Formas clínicas

El vaginismo se puede clasificar según la intensidad en:

- Leve: permite a la mujer afectada tener unas relaciones sexuales plenamente satisfactorias, a excepción de su incapacidad para ser penetrada. Existe la posibilidad de introducirse un dedo en la vagina en ciertas condiciones. A veces, es posible la penetración anal sin dificultad.
- Moderado: pese a sentir placer durante el juego erótico, no es posible introducir ni un dedo.
- Grave: donde la incapacidad para ser penetrada va unida a una situación de rechazo a todo lo relacionado con el sexo, acompañado de complejas maniobras de evitación.

- Muy grave: suele venir rodeado por una intensa sensación de miedo cuando se prevé una posible relación sexual y además se suele asociar a un trastorno de la excitabilidad y/o aversión sexual.

Para Lamont (1978), un 25% tendrían espasmo vaginal exclusivamente a la penetración del pene, pudiendo ser exploradas clínicamente y con posibilidades de usar tampones. Este autor clasifica el vaginismo en cuatro grados:

- Primer grado: espasmo perineal y del elevador del ano que puede ser calmado con relajación. Supone un 34% de los casos.
- Segundo grado: espasmo perineal mantenido durante toda la exploración pélvica (26%).
- Tercer grado: espasmo del elevador y elevación de las nalgas (22,5%).
- Cuarto grado: se niegan a la exploración. Hay espasmo del elevador y perineal, aducción y retraimiento (5%).

El vaginismo se puede situar en una de las siguientes dimensiones:

- De toda la vida o primario: el problema ha existido siempre. Supone aproximadamente un 90% del total de los casos. Con frecuencia es la causa de la mayoría de los denominados "matrimonios no consumados" y fundamentalmente se debe a problemas de tipo psicológico, aunque existen algunas causas orgánicas capaces de producirlo.
- Secundario: tras una época donde la penetración ha sido posible, aparece el problema. Es común la aparición después del nacimiento de un hijo. A veces, los infrecuentes casos de vaginismo secundario son contingentes a pésimas relaciones de pareja.
- Situacional: menos frecuentes aún son los casos donde unas veces se puede acceder a la penetración y otras no. También se da la situación de ser penetradas con unas parejas, pero no con otras. En ocasiones, la penetración es posible sólo en algunas posturas.
- Generalizado: es la forma más frecuente, donde la mujer no puede ser penetrada bajo ninguna circunstancia.
- Parcial: existe la posibilidad de penetrar al menos un poco, lo que se debe a un espasmo que no llega a ser completo para impedir la penetración pero que duele al estar la musculatura contraída.

Es bastante común el vaginismo asociado a otras disfunciones sexuales. En el Instituto

Andaluz de Sexología y Psicología la asociación más generalizada es con anorgasmia, seguida de deseo sexual hipoactivo, después trastorno por aversión al sexo y, por último, trastorno de la excitabilidad. Un cuadro habitual es la asociación múltiple de deseo sexual hipoactivo junto con anorgasmia y vaginismo.

En ocasiones, el primer síntoma de un vaginismo se presenta como un trastorno de la erección porque el compañero no consigue penetrar.

La dispareunia se clasifica según su localización y por su relación con el coito. Según la localización:

- Superficial: el dolor se produce a nivel vulvar.
- Vaginal: las molestias aparecen a lo largo del canal vaginal.
- Profunda: se manifiesta con los empujes al distenderse los fondos de saco vaginales.

Por su relación con el coito:

- De entrada: el dolor se produce al inicio de la penetración pero la lubricación y la relajación, pasado el momento inicial, facilitan que el dolor desaparezca y el coito pueda ser agradable.
- Concomitante: duele a lo largo de todo el coito.
- Posterior: persiste una sensación dolorosa, casi siempre acompañada de escozor justo al finalizar el coito.

14.5• Etiología

14.5.1. Causas orgánicas del vaginismo

Cualquier patología de los órganos pélvicos que haga dolorosa la penetración o que causara dolor en épocas pasadas, puede constituir la base de una respuesta espasmódica en la entrada vaginal. Uno de los problemas orgánicos causantes del vaginismo primario consiste en la persistencia de un himen hipertrófico. Cuando el himen es más grueso de lo habitual puede ser difícil de romper, en este caso los intentos de coito son dolorosos y la vagina se defiende cerrándose, sin embargo, la incidencia de hímenes hipertróficos es mínima. Entre los factores físicos más frecuentes se encuentran:

- Himen rígido e hipertrófico.
- Contrafuertes himenales rígidos.

- Endometriosis.
- Inflamaciones de la pelvis (ovaritis, salpingitis, endometritis, cervicitis).
- Relajación de los ligamentos uterinos, vesicales y/o rectales.
- Tumores pélvicos.
- Estenosis de la vagina.
- Carúnculas uretrales.
- Hemorroides.

Parte de estos procesos no implican directamente el introito vaginal, sin embargo, pueden producir dolor en la penetración y, por tanto, condicionar un espasmo del tercio externo de la vagina.

Resulta evidente que cuando existe una patología local que hace el coito doloroso, su curación es requisito esencial para el tratamiento del vaginismo. No obstante, es frecuente que una alteración orgánica conduzca a un vaginismo y una vez desaparecida la patología, el vaginismo condicionado persista.

Algunos autores, comparando mujeres con vaginismo frente a un grupo control, han encontrado un aumento de la actividad de los músculos del suelo pélvico, tanto en reposo como ante el estímulo con dilatadores vaginales, lo cual explican por un aumento de la actividad del arco reflejo implicado en la conducción de la respuesta (Shafik y El-Sibai, 2002).

14.5.2. Causas psicológicas del vaginismo

Kaplan (1974) afirma que el vaginismo es una respuesta fóbica. Parece claro que la causa inmediata desencadenante del vaginismo es la respuesta condicionada que se produce cuando una contingencia negativa se asocia al coito o a su fantasía.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología entre las causas predisponentes se suele encontrar: actitudes erotofóbicas por una educación religiosa estricta, falta de información sexual, abusos sexuales, una mala socialización del control de esfínteres, miedo excesivo al embarazo, etc.

Los factores precipitantes se resumen fácilmente: miedo y dolor. Es mucho más frecuente el miedo que, de hecho, es el causante del dolor la mayoría de las veces. Por ejemplo, muchas mujeres cuando van a ser exploradas, justo en el momento de entrar en contacto la mano con los genitales, ya comienzan a quejarse de dolor, antes incluso de

que se haya intentado ninguna maniobra exploratoria.

Como factores mantenedores, lo más habitual es que se reproduzcan los elementos citados en el capítulo anterior, que Abraham y Porto (1979) denominaron factores generadores de ansiedad, que son los siguientes: miedo al fracaso, obligación de resultados, altruismo excesivo y autosupervisión.

Es común que la ansiedad desarrollada por el miedo al dolor, o simplemente vergüenza a que la relación no pueda ser culminada con la penetración (obligación de resultados), una dedicación exhaustiva en satisfacer a la pareja para compensar el déficit (altruismo excesivo), junto con la evaluación permanente sobre si los genitales tienen la lubricación adecuada (autosupervisión) conlleven una falta de abandono y bloqueo consecuente de la vagina.

A nivel cognitivo hay que añadir los pensamientos negativos que aparecen de forma intrusiva: "no podré", "no sirvo como mujer", "soy un desastre", etc.

En suma, la mayoría de los casos presentan un notable miedo al dolor coincidente con unos intentos fallidos de penetración en las primeras relaciones sexuales y miedo considerable al embarazo no deseado, en el marco de unas actitudes sexuales muy negativas.

En los vaginismos secundarios, mucho menos frecuentes, los factores precipitantes y mantenedores son los mismos, pero se encuentran elementos predisponentes distintos, tales como:

- Complicación posterior a una lesión orgánica.
- Consecuencia de una grave crisis afectiva.
- Secuela de una intervención médico-quirúrgica.
- Situación de estrés.
- Desavenencias conyugales.
- Agresiones traumáticas, violación, etc.

Al revisar otros puntos de vista, los autores de orientación psicodinámica consideran el vaginismo como un síntoma histérico de conversión y se le categoriza como la expresión simbólica de un conflicto intrapsíquico inconsciente. Estas mujeres sienten envidia de los hombres y son hostiles hacia ellos, albergando así un deseo inconsciente de castrarlos. Esta interpretación psicoanalítica mantiene que cuando en la niña se da una envidia del pene no resuelta, es posible que en una etapa posterior de su desarrollo

padezca un vaginismo. El síntoma se explica como la expresión física del deseo inconsciente de la mujer de frustrar los deseos del varón, o más específicamente, el deseo de "castrarle" como venganza por su propia castración.

14.5.3. Causas orgánicas de la dispareunia

La dispareunia superficial puede deberse a un himen rígido, tabicado o septo, bartolinitis y a la vestibulitis vulvar. También puede influir una infección del complejo prostático femenino (glándulas uretrales, parauretrales y de Skene). Otras causas posibles son las clitoriditis infecciosas, alérgicas o traumáticas y la cirugía ginecológica.

La dispareunia vaginal casi siempre es debida a falta de lubricación causada por problemas hormonales, síndrome de Sjögren, fármacos, etc.

En la dispareunia profunda las causas más frecuentes son la cervicitis, endometriosis y la enfermedad inflamatoria pélvica. A veces un pene excesivamente grande empujando un útero en retroflexión puede ser causa de dolor.

14.6. Evolución

Tras una etapa inicial de intentos reiterados se suele abandonar la penetración. Las mujeres que mantienen un buen nivel de deseo practican juegos eróticos por lo general satisfactorios, pudiendo pasar mucho tiempo sin intentar el coito (en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se han visto mujeres con doce años de evolución) y sólo recurren a algún tipo de asesoramiento cuando desean tener hijos.

Con el paso del tiempo, las parejas acaban presentando un trastorno de erección subsecuente al fracaso en la penetración. Se ha visto que el 50% de los compañeros tenían algún problema de erección y el 13% habían generado una disfunción eréctil después de superar su pareja el vaginismo (Abraham y Porto, 1979). A diferencia de otras disfunciones, en el vaginismo no es muy habitual que la pareja se culpabilice salvo en los casos anteriormente mencionados.

Definitivamente el curso del vaginismo es crónico. La forma más común comienza con miedo a la penetración en la adolescencia, continúa con imposibilidad para la realización del coito pese a intentarlo cuando la pareja está institucionalizada, y sigue con un abandono de los intentos de penetración.

14.7. Evaluación

Al igual que en otras disfunciones, habrá que evaluar los estímulos sexuales, la mujer receptora de dichos estímulos en su triple vertiente bio-psico-social, las repuestas dadas por la misma y las consecuencias que acarrearán, determinando por último los factores

predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción.

Los instrumentos empleados para tal empresa serán como es habitual la entrevista, autoinformes y autorregistros. La evaluación psicofisiológica se sustituye en este caso por la exploración física.

14.7.1. Entrevista

Se seguirá el modelo citado en el capítulo 7. De forma específica se debe preguntar por la posibilidad de introducir en vagina dedos propios, penetración de dedos del compañero, uso de tampones vaginales o penetración con sustitutivos del pene. Es imprescindible averiguar cómo se comporta en la consulta de ginecología, si ha soportado la exploración ginecológica, si ha podido hacerse una citología (implica aceptar el espéculo).

En la entrevista inicial debe quedar claramente diferenciado el vaginismo de la evitación aversiva del coito (no se inician las relaciones pero es posible la introducción de dedos e incluso del pene) y sobre todo de la dispareunia. En el vaginismo se siente una imposibilidad a la penetración que empleando la fuerza produce dolor en el tercio externo de la vagina, mientras en la dispareunia el dolor suele ser más uniforme a lo largo de toda la extensión vaginal. En la dispareunia puede no doler a la entrada vaginal, pero ser muy molesto al fondo. En el vaginismo es frecuente una mayor sensación de miedo a la exploración.

Es necesario entrevistar al varón y descartar la posibilidad de una disfunción eréctil, sobre todo cuando se trate de pacientes que nunca han tenido una experiencia sexual previa. Evidentemente, cuando el "matrimonio no consumado" se debe a trastornos de la erección, no existe ningún problema para la introducción de dedos ni para la exploración vaginal.

14.7.2. Exploración

Una intervención diagnóstica imprescindible es el examen pélvico, al que la mayoría de las pacientes con esta disfunción se suelen negar, otras experimentan un gran temor porque presuponen una exploración dolorosa. Por tanto, es conveniente hablarlo con anterioridad y explicar detenidamente en qué consiste, indicando que ésta no tendrá lugar o se detendrá si la mujer así lo desea.

El examen comienza sin celeridad, con una inspección ocular de los genitales externos, observando la posible rigidez en los músculos de la parte interna de los muslos o a lo largo del periné. En el caso de que se observe dicha rigidez muscular, se procede a relajar a la paciente, hablando, utilizando técnicas respiratorias, etc. Posteriormente se le enseña la mano y se le explica que se van a separar suavemente los labios mayores y

menores, es importante que se acostumbre al contacto físico, dar la sensación de no tener prisa, insistir en que no se va a hacer nada por sorpresa y que ella dirigirá verbalmente la exploración. Se explorarán labios, clítoris, meato y se introducirá el dedo en el interior de la vagina lentamente, indagando si se siente incómoda (es importante no preguntar nunca ¿te duele?).

Se confirma el vaginismo si se detecta espasmo involuntario, constricción de la musculatura de la vagina o si la exploración es imposible. En la dispareunia la exploración, con mayor o menor molestia, casi siempre es posible. Probablemente ésta es una de las pruebas diagnósticas diferenciales más fiables entre vaginismo y dispareunia. Como se ha dicho, en la dispareunia la exploración no presenta ninguna dificultad para el terapeuta, mientras en el vaginismo suele ser complicado y resulta esencial tener experiencia en esta disfunción. En la dispareunia aparece la inquietud normal ante una exploración, en general, desagradable para las mujeres. En el vaginismo se observa auténtico pánico.

Entre los casos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología la exploración ha sido más que suficiente para aseverar el diagnóstico diferencial, pero hay autores que recomiendan la exploración vaginal bajo anestesia general con la introducción de un dispositivo fállico, en algunos casos de larga evolución, en la tesitura de verificar si dicho dispositivo entra o no con facilidad, dado que según mantienen, el tacto digital resulta insuficiente (Fernández, Ruiz y Corrales, 1995).

En número muy limitado, las pacientes con vaginismo situacional (pueden ser penetradas por unas parejas pero no por otras) toleran la exploración, pero presentan el espasmo ante el intento del compañero de introducir el pene.

También se puede realizar una valoración de la actividad muscular del suelo pélvico a través de un estudio electromiográfico (Reissing, Binik y Khalifé, 1999) aunque, hoy por hoy, este tipo de prueba no es determinante y sirve más a nivel experimental.

14.7.3. Cuestionarios

De entre los autoinformes disponibles, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología utilizamos los mismos que en el trastorno de excitabilidad, pudiendo resultar interesante en este caso el inventario de miedos sexuales de Annon (1975).

14.7.4. Autorregistros

Pueden ser de mucha utilidad en el proceso diagnóstico tanto de la dispareunia como del vaginismo. En la dispareunia se recomienda un "diario del dolor" en el que se debe tener en cuenta la relación con el ciclo menstrual, puntuar la intensidad del dolor, describir los puntos más dolorosos y relación con el ciclo circadiano (Graziottin, 2006).

En el vaginismo puede facilitar el tratamiento registrar el día, hora, situación, duración, pensamiento antes, durante y posterior a la realización de las tareas prescritas.

14.8. Tratamiento

El vaginismo es un problema grave en el que se han empleado múltiples abordajes terapéuticos. Desde fármacos como ansiolíticos o más recientemente toxina botulínica, educación sexual con asignaciones de tareas más terapia cognitiva, hipnoterapia y "flooding" - "La paciente mira en un espejo al terapeuta durante el proceso terapéutico y luego introduce un dedo en la vagina" (McGuire y Hawton, 2006)-, hasta la terapia con sustitutos sexuales (Ben-Zion, Rothschild, Chudakov y Aloni, 2007).

O'Donohue (1997) afirma que la terapia sexual constituye el tratamiento de mayor eficacia. En la práctica consiste en una desensibilización sistemática. Para Schnyder y colaboradores (1998) en el caso del vaginismo resultan igual de eficaces la desensibilización sistemática in vivo o in vitro. Siguiendo a estos autores la desensibilización in vitro consiste en lo siguiente: tras una minuciosa información, se relaja a la paciente y se le van introduciendo en consulta sucesivos dilatadores vaginales. La modalidad in vivo conlleva darle información a la mujer, para que ella misma se introduzca los dilatadores en casa. Con la desensibilización, el 97,2% de las pacientes pudieron tener relaciones sexuales con penetración después de un promedio de seis sesiones y mejoró el deseo en el 35% de las mismas. No se hallaron diferencias significativas entre los dos métodos, salvo que las mujeres tratadas in vivo mostraron una mayor autoaceptación del propio cuerpo.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se sigue un modelo terapéutico basado en la desensibilización sistemática, en el que se han combinado diferentes estrategias de distintos autores.

14.8.1. Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología de desensibilización in vivo

1. Potenciación de la erotofilia. En primer lugar se trabaja en el sentido de eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas eróticas y visualización de pornografía, incluyendo algunas de las estrategias apuntadas por Heiman y LoPiccolo (1976) para experimentar el orgasmo.

Desde el principio se instruye a la mujer para que practique los ejercicios de Kegel (1952) y planifique un ritmo de autoestimulación. Si no se masturbaba con anterioridad se le darán las mismas indicaciones que para la anorgasmia que se verán a continuación.

2. Permeabilización vaginal individual. En esta fase se pide a la mujer que inicie la masturbación y aprovechando la lubricación se introduzca un dedo en la vagina mientras realiza el entrenamiento muscular de Kegel (1952). Si le resulta fácil, intentará masturbarse manteniendo intravaginalmente un dedo de la mano contraria a la que usa en la autoestimulación. A continuación debe probar con dos dedos y después usará un dilatador vaginal.

En pareja pueden tener relaciones sexuales como antes de asistir a consulta pero con la prohibición expresa de no intentar la penetración.

3. Permeabilización vaginal en pareja. Superada la fase anterior, se explican los ejercicios de erotización vistos anteriormente, y dentro de la erotización orgásmica, se pasa a la introducción de un dedo por parte del compañero. Es recomendable usar la "postura no demandante" de Masters y Johnson (1970), donde ambos están sentados; ella con la espalda apoyada en el pecho de él, le cogerá un dedo y se lo introducirá en la vagina sin que él realice ningún movimiento (figura 14.1).

Si se ha superado esta fase, se procede de la misma forma con un dilatador. Los dilatadores deben ir progresivamente aumentando de tamaño, hasta alcanzar una talla ligeramente superior al pene del compañero.



Figura 14.1. Posición "no demandante". En esta postura la mujer se introduce los dedos

del compañero y él se deja dirigir con la mano relajada.

4. Capacitación coital. Si las tareas han progresado de forma adecuada, se aconseja a la paciente que se introduzca los dilatadores en diferentes posiciones, pero especialmente encabalgada, sentándose sobre el dilatador. A continuación su pareja sostendrá el dilatador mientras ella se lo introduce encabalgada. Superado este paso se pide un mes de entrenamiento con el mismo ejercicio para después pasar a la introducción del pene en posición femenina superior, sin movimientos pélvicos, todo controlado y dirigido por ella. Esto es lo que Hawton (1988) denomina contención vaginal. En esta fase es común que pueda haber un retroceso debido a la ansiedad anticipatoria ante la penetración.

Sólo cuando la mujer se encuentre relajada en esta etapa, se aconsejará que su pareja se mueva, primero con un ritmo lento de empujes para posteriormente seguir un ritmo espontáneo.

Con este tratamiento evolucionan favorablemente la mayoría de las pacientes, pero cuando la mujer no tiene pareja, el compañero no colabora, o pasados unos ocho meses de tratamiento no se observan progresos, utilizamos la desensibilización in vivo. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología también hemos desarrollado nuestro propio modelo, adaptando las propuestas de otros autores, que se expone a continuación.

14.8.2. Modelo de desensibilización in vitro

1. Exploración genital. Se le pide a la paciente que practique los ejercicios de Kegel (1952) y se le enseñan técnicas de relajación tal como proponen algunos autores. A diferencia de la exploración ginecológica se evitan los focos directos sobre la zona vaginal y el terapeuta se sitúa lateralmente, no frente a los genitales, de forma que pueda hacer el tacto vaginal mientras habla con la paciente y la va relajando. Justo en el momento de la inserción digital se avisa previamente y se solicita que ponga en práctica los ejercicios de Kegel (1952).

En todo momento se advierte a la paciente que es ella quien dirige la operación y que se detendrá la exploración cuando ella lo considere oportuno.

2. Permeabilización vaginal con dilatadores. Si no han surgido dificultades para la exploración genital, en la misma sesión se pasa a la introducción de dilatadores vaginales. En ginecología se usan los "tallos de Hegar" fácilmente esterilizables pero de aspecto poco tranquilizador, algunos autores usan dilatadores de cera, otros tubos de pirex, etc. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología damos a elegir entre los dilatadores preparados a tal efecto, que se pueden adquirir en farmacias y ortopedias, o los tubos de pírex.

Una vez introducido el dilatador pedimos a la mujer que ejercite las contracciones de Kegel para hacer más consciente la permeabilidad vaginal (muchas mujeres con el dilatador dentro no se lo creen). Acto seguido se solicita que ella lo saque y lo introduzca de nuevo, tarea que luego deberá repetir en su casa. A continuación, se introduce el dilatador en decúbito lateral.

3. Capacitación coital con dilatadores. Una vez superada la fase anterior se hace un tacto vaginal encabalgada para inmediatamente introducir los dilatadores en la misma postura. Esta etapa tiene como objetivo preparar a la paciente para la penetración de la forma que resulta más fácil para las mujeres que padecen vaginismo.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología desarrollamos esta parte del tratamiento en una sala de relajación preparada ex profeso, dotada de luz gradual, para que la paciente se sienta lo más cómoda posible (figura 14.2). Una vez en casa, repetirá la introducción de dilatadores en la misma postura.

Hasta ahora no hemos tenido ningún fracaso terapéutico con esta técnica en cuanto a la posibilidad de la mujer para acceder a la penetración. Sin embargo, la vagina, aunque permeable, suele permanecer en la mayoría de los casos en estado insensible, es decir, la penetración es posible pero sin placer. Algunas mujeres quedan satisfechas en este momento porque pueden realizar el coito y no tienen impedimentos para quedar embarazadas, pero la mayoría necesita alguna intervención adicional para optimizar el erotismo.



Figura 14.2. Desensibilización in vitro: capacitación coital con dilatadores. Una vez introducidos los dilatadores en decúbito supino y lateral se procede a la introducción encabalgada, superada la cual el éxito terapéutico está garantizado.

14.8.3. Otros tratamientos

Otra posibilidad terapéutica es el tratamiento quirúrgico. En el ámbito de la ginecología es muy frecuente el uso del bisturí para solucionar el problema. De tal forma, se practican esfinterectomías sin tener en cuenta que quien controla el esfínter es la mente. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología hemos visto tres casos donde el tratamiento quirúrgico no ha servido para nada. Sin embargo, algunos autores sostienen que tras las técnicas quirúrgicas sólo hubo un 4,4% de fracasos (Fernández, Ruiz y Corrales, 1995). Tampoco ayudan los partos, se ha demostrado que las mujeres con vaginismo inseminadas artificial mente tienen un parto más complicado que quienes han sido tratadas del vaginismo con anterioridad y, sólo una minoría puede realizar el coito después.

Una técnica terapéutica que si parece estar dando muy buenos resultados es el biofeedback. Por el contrario, a pesar de la eficacia del empleo de la toxina botulínica manifestada en diversas publicaciones, es posible que a las mujeres a quienes se pueda introducir dilatadores vaginales con la toxina recaigan cuando no usen el fármaco.

Resumiendo, se puede afirmar que el tratamiento del vaginismo es posiblemente el que más éxitos terapéuticos proporciona, sobre todo cuando aplicamos las técnicas de desensibilización sistemática in vivo, junto con entrenamiento individual y la reestructuración de las creencias irracionales de la paciente.

15

Anorgasmia femenina

El orgasmo femenino, dada su poca influencia a nivel reproductivo, apenas había despertado interés en el mundo científico. La liberación de la mujer y la defensa de los derechos sexuales, entre otros cambios favorecedores de una visión más hedonista de la vida, han contribuido a darle una gran importancia al orgasmo, cuya ausencia ha pasado a ser la disfunción sexual femenina más estudiada.

15.1. Concepto de anorgasmia

La décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades trata los trastornos sexuales en su capítulo cinco (ICD-10) y se refiere a la disfunción orgásmica cuando "el orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado".

Más completa es la definición del DSM-IV-TR: "Inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo".

En The Second Internacional Consultation on Sexual Medicine (2003) se definió el trastorno del orgasmo cuando "a pesar de una adecuada excitación hay ausencia, notable disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación".

No se ha establecido un período concreto durante el cual otorgarle una entidad clínica si la anorgasmia se mantiene, ya que a lo largo de la vida de la mujer son muchas las ocasiones en que la respuesta sexual no culmina con la sensación orgásmica, sin que se pueda considerar por ello patológico. Habría también que fijar un tiempo de aprendizaje a partir del cual determinar que existe anorgasmia, porque para la mayoría de las mujeres, dicho aprendizaje acontece después de un tiempo de iniciadas las relaciones sexuales. Las que tienen experiencia en masturbación son quienes más fácilmente responden de forma satisfactoria. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología casi el 98% de las mujeres que acuden a consulta quejándose de anorgasmia primaria, no se han masturbado con anterioridad. Se puede afirmar, por tanto, que la forma más sencilla de experimentar el orgasmo es por autoestimulación, especialmente frotación del clítoris, método utilizado por el 95,2% de las mujeres que se masturban. La inserción digital es una forma poco facilitadora de la respuesta y conduce al orgasmo sólo al 0,9%. Otras fórmulas útiles para algunas mujeres pueden ser la simple presión de las piernas (2,7%), acariciarse los pechos (1,2%) o fantaseando exclusivamente.

Entre las mujeres que acuden al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, después de la estimulación manual, las formas de acceder al orgasmo por orden de dificultad son: la estimulación bucal, la penetración en cabalgada con estimulación manual al mismo tiempo, la penetración a tergo (ella tendida bocabajo y él penetrando por detrás) con estimulación clitoridea, la penetración a tergo sin estimulación, penetración en cabalgada sin estimulación y, por último, la postura del misionero.

La presión sociocultural, ver escenas eróticas en el cine o leer revistas donde se refieren orgasmos explosivos hace que quienes no experimentan esa sensación se sientan limitadas, interpretando su sexualidad como pobre, lo que favorece la evitación y la falta de entrenamiento para acceder a una respuesta satisfactoria.

15.2. Epidemiología

Kinsey y colaboradores (1953) señalaron que un 10% de las mujeres casadas no tenían orgasmo. Para Hite (1976) serían el 11,6% y Rosen y colaboradores (2004) estiman que acontece entre el 24 y el 37% de las mujeres. En una revisión de 34 estudios, las cifras de anorgasmia oscilan del 20 al 50% (West, Viniloor y Zolnoun, 2004).

En mujeres españolas se estima una incidencia del 5 al 40%, mientras que entre mexicanas la cifra sólo alcanza al 6,8% (Castañeda, Flores, López del Castillo y Cortés, 2005).

Algunos estudios se han centrado en la anorgasmia coital poniendo de manifiesto que del 50 al 75% de las mujeres no tienen orgasmo durante el coito pero sí bajo otras circunstancias (Reinisch, 1991).

15.3. Formas clínicas

Existen muy diversas formas de presentación, Masters y Johnson (1970) distinguían:

- Disfunción orgásmica primaria: mujeres que nunca han tenido orgasmo.
- Disfunción orgásmica circunstancial o anorgasmia situacional, referida a mujeres que han conseguido el orgasmo pocas veces y bajo circunstancias concretas.
- Disfunción orgásmica fortuita: mujeres que rara vez han alcanzado el orgasmo.
- Disfunción orgásmica secundaria: mujeres que han tenido orgasmo pero a partir de cierto momento dejan de experimentarlo.

Otros autores consideran como anorgasmia secundaria la posibilidad de experimentar orgasmo con la masturbación pero no con una pareja.

El DSM-IV-TR diferencia entre:

- Anorgasmia de toda la vida: cuando nunca ha habido orgasmo ni en pareja, ni por masturbación, que es la modalidad más frecuente.
- Anorgasmia adquirida: cuando tras una época de haber tenido orgasmos con normalidad, se deja de experimentarlos de forma sistemática. La experiencia propia señala que la anorgasmia adquirida o secundaria es de peor pronóstico que la primaria y casi siempre coincide con una mala relación de pareja más o menos encubierta, comenzando por la aparición de molestias ante casi todas las iniciativas del otro, como cambios de ritmo, posturas, olores, además de aparecer ideas intrusivas en el sentido de considerar que el encuentro sexual no va a ir bien. En todo caso, ante una anorgasmia secundaria habrá que descartar factores orgánicos, especialmente ciertos fármacos, o investigar la posibilidad de que haya ocurrido un hecho traumático.
- Anorgasmia generalizada: si la mujer es incapaz de sentir un orgasmo, ya sea inducido por el coito o por la estimulación del clítoris, en ninguna circunstancia.
- Anorgasmia situacional: cuando se alcanza el orgasmo pero sólo en determinadas circunstancias específicas (por ejemplo, con otras parejas, tras tomar alcohol o cannabis, etc.).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología las demandas por anorgasmia se distribuyen tal como se especifica a continuación:

- a) Nunca ha habido orgasmo bajo ninguna circunstancia. Ésta es la situación más común. Si el trastorno se acompaña de baja excitabilidad, la mujer no suele estar muy preocupada, generalmente se ha adaptado a la situación, se autoetiqueta de "poco sexual" y como mecanismo de defensa adopta unas actitudes muy negativas, opinando de forma despectiva hacia todo lo relacionado con la actividad sexual y encubriendo la restricción de la sexualidad a la categoría de valor. En estos casos suele acudir a consulta por presión de la pareja.

Por el contrario, si la excitabilidad es alta siente que le falta algo y con independencia de la presión de la pareja está más motivada para resolver el problema. A diferencia de la situación anterior, en este caso no suele haber maniobras de evitación de las relaciones sexuales y el pronóstico es muy bueno.

En este último modelo se encuentra un subgrupo que podríamos denominar "frenadoras de orgasmos"; mujeres con un alto nivel de deseo y excitabilidad que alcanzan rápidamente un estado preorgásmico y, justo al llegar a ese nivel, inhiben la respuesta como si tuvieran miedo al placer.

- b) Anorgasmia salvo en sueños. Situación frecuente que, de entrada, no deja dudas acerca de la etiología psicógena del proceso. En este caso, en general de buen pronóstico, la mujer está motivada para el tratamiento, anhela experimentar en pareja lo que siente mientras duerme y suele ser rigurosa con las tareas que prescribimos en consulta. Muchas de estas mujeres no se han masturbado nunca y, sin embargo, cuando comienzan a hacerlo, en poco tiempo obtienen resultados.
- e) Orgasmo sólo con autoestimulación. Suele ser la primera o segunda casusa de consulta junto a la anorgasmia total. En los últimos tiempos la incidencia está bajando, probablemente porque esta circunstancia, *sensu strictu*, no es considerada una patología, salvo en la clasificación de FLASSES ("patologías en la pareja a nivel de la fase situación/estímulo sexual, factor método específico: disfunción orgásmica coital") y, aunque lejos de lo que debiera, la educación sexual es cada día más pujante, entendiendo la población que la anorgasmia coital no es un problema.
- d) Sólo por estimulación manual propia y de la pareja. Esta situación, al igual que la anterior, no debiera considerarse patológica pero preocupa a muchas mujeres que, a veces, acuden a consulta instigadas por sus compañeros, que ven atacada su autoestima si ellas no acceden al orgasmo a través de la penetración.
- e) Sólo por presión del chorro de agua de la ducha. Esta circunstancia, poco usual, suele aparecer en el curso de la terapia sexual. Dado que en el entrenamiento para alcanzar el orgasmo es recomendable la estimulación clitoridea con el agua de la ducha, algunas mujeres se quedan atrapadas en esa fase. Las pocas ocasiones en que esto ocurre son de difícil solución. Un miedo al contacto manual, en personas víctimas de traumas de contenido sexual, suele estar detrás de este tipo de proceso.
- f) Sólo apretando las piernas. Posición más frecuente de lo que se pudiera pensar que acontece en mujeres con gran facilidad para obtener el orgasmo de una forma rápida e incluso múltiple, pero con imposibilidad para extender las sensaciones a otras posturas o prácticas. Dentro de esta modalidad, lo más común es juntar las piernas y presionar en postura fetal, aunque hay otras muchas variedades, como la presión con la almohada entre los muslos. Se encuentran aquí desde quienes han sido castigadas en la infancia por haber sido sorprendidas tocándose, hasta las que sufren de miedo o asco a los genitales.
- g) Sólo con estimulación oral. Es una opción que se observa con cierta asiduidad en consulta. La probabilidad de conseguir el orgasmo con otra variedad de conductas suele ser alta en estos casos, que casi siempre presentan una excitabilidad normal.
- h) Sólo por estimulación manual de la pareja pero no con autoestimulación. Las características de estas mujeres son similares al caso anterior.

- i)Orgasmo con penetración y estimulación clitoridea al mismo tiempo. Ésta es la forma más habitual de obtener el orgasmo haciendo uso de la penetración, de ahí que en consulta sea una estrategia terapéutica comúnmente empleada para que las mujeres se entrenen y logren alcanzar el clímax. No obstante, algunas acuden a terapia con la falsa creencia de que el modus operandi no es el correcto.
- j)Con unas parejas pero no con otras. Esta posibilidad, que aunque se ve en consulta no es especialmente frecuente, acontece en mujeres sin facilidad para el orgasmo que requieren una habituación a cierto tipo de conductas, ritmo, estilo, etc. También ocurre cuando hay conflictos de pareja. Es común la baja excitabilidad y poca práctica en masturbación.
- k)Unas pocas veces en su vida. El orgasmo infrecuente circunstancial se observa en muy pocas ocasiones. En estos casos lo habitual es el concurso de una baja excitabilidad. Respecto a la etiología hay que pensar en cuestiones psicológicas que impidan a la mujer abandonarse, porque al estudiar las contingencias de los orgasmos obtenidos inciden factores tales como haber bebido alcohol o fumado cannabis (que fisiológicamente inhiben la respuesta, como se verá más adelante, pero facilitan la capacidad de abandono), encontrarse en una situación sexual inesperada, momento erótico con una nueva pareja, etc.
- l)Orgasmo de baja intensidad. Cuando cursa con una alta excitabilidad de forma persistente hay que pensar en factores orgánicos o constitucionales, pero si coexiste con una excitabilidad escasa, habrá que investigar muchas otras cuestiones.
- m)Mujeres que quieren tener más de un orgasmo seguido. Por desgracia, el tipo de sexualidad imperante en nuestra cultura se basa más en el logro cuantitativo que en el cualitativo. En este contexto, la multiorgasmia se ha convertido en el tótem de eficacia sexual de la mujer, por eso, algunas de las que sólo tienen un orgasmo previo a la fase de resolución se consideran inferiores, motivo por el cual demandan ayuda profesional.
- n)Mujeres que no están seguras de tener orgasmos. Algunas solicitan ayuda ante esta duda, pero la forma más habitual de encontrarse en esta situación ocurre cuando, en terapia de pareja por una disfunción sexual del hombre, llega la hora de entrevistar a la mujer. Obviamente, si coexiste una baja excitabilidad habrá que realizar una evaluación en profundidad. Si la excitabilidad es elevada (muy rara vez ocurre en estos casos) se tratará de anorgasmia y muy raramente de orgasmos de baja intensidad. En suma, la mayoría de estos casos se corresponden con anorgasmias totales primarias.

15.4. Etiología de la anorgasmia

15.4.1. Causas orgánicas

La fisiología del orgasmo es bastante compleja, de forma que cualquier alteración orgánica o funcional que interfiera con alguno de los múltiples mecanismos implicados puede ocasionar la inhibición de la respuesta. No obstante, sólo en el 5% de las anorgasmias aparecen factores de carácter orgánico, el resto se debe a causas psicológicas. Entre las causas orgánicas más frecuentes se encuentran las que se citan a continuación.

1. Alteraciones neurológicas. La lesión medular es la patología neurológica que más a menudo provoca la aparición de la anorgasmia. Aunque mucho más frecuente en hombres, cada día su aparición en mujeres aumenta.

Otras alteraciones que pueden interferir con el orgasmo son: problemas de inervación de la pelvis, tumores de la médula espinal, esclerosis lateral amiotrófica y esclerosis múltiple.

2. Alteraciones metabólicas y endocrinológicas. La diabetes ocupa el puesto más importante, no sólo por su mayor prevalencia, sino también por su enorme patogenicidad sobre la respuesta sexual. Incide de forma negativa en el orgasmo del 35,2% de las mujeres afectadas, resultando común que el trastorno se manifieste entre cuatro y ocho años después del diagnóstico. La anorgasmia aparece de forma progresiva comenzando por una disminución de la intensidad, previamente a producirse un descenso del deseo. La lubricación suele permanecer intacta y sólo se afecta tras una larga evolución y en diabetes descompensadas.

En el hiperaldosteronismo parece que el exceso de potasio, causante de las parestesias y debilidad muscular, tiene que ver con la alteración del orgasmo en el 20% de las mujeres que lo padecen. Asimismo disminuye la capacidad orgásmica en la enfermedad de Addison (un 40% de las mujeres) y el síndrome de Cushing.

El hipotiroidismo dificulta el orgasmo, pero sobre todo, disminuye el deseo. En el hipertiroidismo la respuesta orgásmica aumenta en un 5 a 10% de las mujeres y disminuye en el 15% de las mismas.

Además existe una fuerte alteración de la respuesta cuando se presenta un hipopituitarismo y, en general, en todas las enfermedades que afectan a la hipófisis, influyendo, en mayor proporción, en los niveles de deseo; el orgasmo tiende a disminuir la intensidad hasta ir desapareciendo progresivamente.

3. Drogas y fármacos. En general casi todas las drogas afectan de forma adversa. Por ejemplo, el alcoholismo altera el orgasmo al 15% de las mujeres, bajando la intensidad en todas y disminuyendo la excitabilidad aproximadamente al 40% (véase

el capítulo 17).

Referente a los fármacos, son muchos los que inciden de forma negativa, destacando sobremanera por su intensidad y frecuencia de uso los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

4. Enfermedades crónicas. Las anomalías congénitas, las cardiopatías y alteraciones vasculares perigenitales, así como las disfunciones hepáticas y renales en estado avanzado (50% de anorgasmia en la uremia elevada) influyen en la respuesta orgásmica.

Otra alteración con fuertes repercusiones sobre la sexualidad, tanto a nivel psicológico como orgánico, es la alimentación deficiente de los procesos de anorexia (en este caso se unen también los trastornos hormonales subsecuentes).

Por último, hay autores que piensan en aspectos hereditarios. Así, tras estudiar a gemelas mono y dicigóticas, se ha observado que podría haber una base genética (Dunn, Cherkas y Spector, 2005).

15.4.2. Causas psicológicas

En el proceso de aprendizaje, las actitudes paternas, las muestras de cariño entre los padres, las posiciones ante el desnudo, los comentarios sobre sexualidad, etc., van a favorecer un desarrollo en sentido erotofóbico o erotofílico. A diferencia del hombre, que se ve reforzado y empujado hacia la admiración de las mujeres, a ellas se les educa en el sentido de tener cuidado con los hombres. De esta forma es difícil abandonarse y sin capacidad de abandono no puede haber placer. Por otra parte, la necesidad actual de alcanzar el orgasmo como finalidad única, convierte la relación sexual en una carrera de obstáculos que requiere precisión y esfuerzo, donde el abandono resulta complicado.

Los miedos y la poca familiaridad con los genitales junto con un medio social que en absoluto favorece el crecimiento erótico van a facilitar que la mujer se adhiera a creencias que eviten el desarrollo de su erotismo.

Parece lógico que las diferencias educativas en el desarrollo psicosexual tengan algo que ver con la disparidad en las cifras de prevalencia de alteración del orgasmo entre hombres y mujeres.

En cuanto al nivel de estudios se ha constatado que el 87% de las mujeres con estudios superiores experimentan siempre o usualmente orgasmos con la masturbación, frente al 42% de las que estudiaron formación profesional. Sin embargo, no existen diferencias entre ellas a la hora de tener el orgasmo con una pareja (Laumann, Gagnon y Michaels, 1994).

Un alto escollo en la erótica femenina lo constituye la estética, son pocas las mujeres que, a lo largo de su vida, no se ven expuestas a la realización de algún régimen de adelgazamiento y a largas horas de ejercicio físico para asemejar su aspecto al de las modelos televisivas, lo cual tampoco facilita la capacidad de abandono.

A pesar de lo dicho, hay autores que no encuentran hallazgos empíricos que permitan diferenciar entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas exclusivamente por aspectos psicosociales (Meston, Hull, Levin y Sipski, 2004), mientras otros relacionan la anorgasmia coital con la introversión, inestabilidad emocional, abusos en la infancia y baja predisposición a nuevas experiencias (Harris, Cherkas, Kato, Heiman y Spector, 2008). Para Masters, Johnson y Kolodny (1994), las causas psicógenas de la anorgasmia serían:

- Dicotomía entre los valores aprendidos y lo que se les solicita socialmente a nivel sexual.
- Ortodoxia religiosa y actitud negativa hacia la desnudez.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Culpabilidad.
- Estados depresivos.
- Comunicación ineficaz y hostilidad hacia la pareja.
- Aburrimiento o monotonía en las prácticas sexuales.
- Ignorancia sexual.
- Actitudes negativas hacia la masturbación.
- Miedo a perder el control.

En la práctica diaria, entre las pacientes del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, las situaciones más observadas se detallan a continuación:

a)Factores predisponentes.

- Educación sexual inadecuada: mujeres que han recibido una intensa formación en el sentido de proteger el cuerpo de las agresiones masculinas, dando valor a la resistencia y el control frente al abandono. Han asimilado el mensaje de que quien disfruta es "ligera de cascos", o que nada más se debe "entregar" ante una única persona que cumpla cierto nivel de requisitos.

- Actitudes sexuales negativas: derivado en parte de lo anterior, la inmensa mayoría de las mujeres con anorgasmia tienen unas actitudes muy negativas hacia la sexualidad, con opiniones poco favorables para todo lo concerniente al sexo. Es común que no les parezca adecuado fantasear durante la relación y que consideren la masturbación como un sucedáneo del coito, incorrecto para personas que tienen pareja.
- Baja autoestima: es una característica de las mujeres anorgásmicas, si bien es difícil precisar en qué medida esta desvalorización es responsable de la anorgasmia o viceversa. En este apartado se debe señalar que gran parte de las mujeres que acuden a terapia se consideran poco atractivas, no estando conformes con su estructura corporal. Algunas han tenido un aprendizaje por el que necesitan tanta preparación para estar físicamente a la altura (depilación, reforzar cierta musculatura, broncearse, etc.) antes de un encuentro sexual, que un proceso tan duro no se ve recompensado por el resultado de la experiencia sexual. Por tanto, las relaciones sexuales se asociarían con un elevado esfuerzo previo. La mastectomía, que será tratada en otro capítulo, constituye un ejemplo dramático de la relevancia de la imagen corporal en la alteración de la respuesta sexual.
- Estilo de apego ansioso ambivalente: la ambivalencia de la mujer respecto a su compromiso con la pareja, el temor a ser abandonada, el miedo a afirmar su independencia, la inseguridad respecto a ser aceptada, no generan la confianza necesaria para llegar al clímax. En este sentido, autores como Fisher (1979) relacionan la aptitud orgásmica con la relación de apego a la figura paterna, de tal modo que las mujeres que alcanzan fácilmente el orgasmo, han tenido padres severos con ellas pero que les han generado mucha confianza y seguridad como hombres. Añade esta autora que el "miedo a la separación" del padre generará conflictos, coincidiendo por otra vía con el estilo de apego ansioso-ambivalente.
- Baja asertividad: frecuentemente son personas que no se atreven a solicitar lo que necesitan y se subyugan a su pareja, acoplándose a los hábitos del compañero aun no siendo agradables para ellas. Esta situación, al inicio de las primeras relaciones sexuales, dificulta un correcto aprendizaje.
- Escasa intimidad y comunicación en pareja: no es posible que una relación sexual fluya de forma adecuada cuando la comunicación no existe y las expectativas de la mujer están frustradas, no sintiéndose cómoda en pareja y, por tanto, con dificultad para abandonarse. Con el paso del tiempo se crea resentimiento e incluso rechazo.
- Expectativas desmedidas hacia la sexualidad: en general, las mujeres que tienen unas actitudes negativas hacia la sexualidad se suelen defraudar más tras las primeras relaciones sexuales. Si ha supuesto un gran reto pasar a tener relaciones

para complacer al compañero y encuentran que la vagina apenas les proporciona placer, es normal experimentar un sentimiento de frustración y una predisposición a no sentir demasiado. No se debe olvidar que la vagina tiene poca sensibilidad.

b) Factores precipitantes. Se entiende que la dificultad para abandonarse complementada por las cogniciones negativas acerca de la incapacidad para alcanzar el orgasmo ("no voy a llegar", "no sirvo", "voy a defraudarle") bloquean la respuesta. La permanente autoobservación junto con la atención al tiempo eyaculatorio de la pareja mantiene la tensión impidiendo el orgasmo.

Otro precipitante de la anorgasmia, especialmente en la situacional y de corta evolución, es la técnica amorosa poco apropiada de la pareja.

c) Factores mantenedores. Al igual que en otras disfunciones sexuales, la ansiedad anticipatoria junto con la demanda de ejecución por parte de la pareja van a ser los factores fundamentales. También actúan como mantenedores los procesos distímicos, relaciones de pareja conflictivas y estresores ajenos a la relación sexual. Entre estos puntos destaca la relación de pareja, habiéndose puesto de manifiesto que la satisfacción orgásmica se correlaciona con la satisfacción marital, el ajuste y la estabilidad.

15.5• Evaluación

15.5.1. Historia clínica

Se debe hacer una exhaustiva historia clínica, precisando con exactitud si se trata de un trastorno del orgasmo primario, secundario, situacional o generalizado y determinar con cuál de las formas clínicas antes citadas se corresponde.

Es muy importante revisar en profundidad la historia psicosexual examinando el inicio de la atracción sexual, juegos eróticos infantiles, descubrimiento del placer sexual, inicio y evolución de las fantasías, inicio y evolución de la masturbación, circunstancias y respuesta de la primera relación sexual, tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo, relaciones con las distintas parejas, motivos de separación, etc.

15.5.2. Exploración psicofisiológica

Salvo a nivel experimental, todavía no se ha extendido el uso en consulta de la tecnología que se puede emplear para medir distintos parámetros de la respuesta sexual femenina. Las pruebas fisiológicas han avanzado mucho en los últimos años. La forma más precisa de medir la excitación de la mujer consiste en el uso de un fotopletismógrafo más un termistor, además se pueden emplear electrodos de oxígeno calentados y medir los potenciales evocados de clítoris.

También se está usando la medición de la diferencia de potenciales transvaginales, la medición de reflejos vaginales (habitual en medicina forense), medición de la respuesta vaginal y clitoridea a la vibración, y la sensación al tacto con monofilamentos. No obstante, parece ser que la prueba genital que aporta mayor precisión es la medición del flujo sanguíneo clitorideo.

Otra línea de investigación muy atractiva, actualmente en marcha, es el estudio fisiológico de la sexualidad a través de la imagen. Heiman (2001) ha revisado los cambios radiológicos en los genitales femeninos durante la respuesta sexual mediante un tomógrafo axial computarizado y a nivel cerebral se está empleando la resonancia magnética, emisión de positrones y el flujo sanguíneo regional cerebral, lo que está permitiendo aportar datos acerca de las zonas que intervienen en los distintos procesos de la respuesta orgásmica.

No obstante, estas pruebas no tienen en la actualidad utilidad clínica, si bien son de suma relevancia en el campo de la investigación.

15.5.3. Cuestionarios

Los más prácticos desde el punto de vista clínico son los ya citados SAI-E, GRISS e IIS. En ocasiones pueden servir, sobre todo, con fines experimentales el FSDS y el FSFI, ya mencionados en el capítulo 7.

15.5.4. Autorregistros

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, con las mujeres que sufren anorgasmia no se emplean los clásicos registros descritos por otros autores referentes a la determinación del lugar, tiempo, grado de excitabilidad y satisfacción con la relación sexual. Por el contrario, es de suma utilidad hacer registros cuando se está trabajando con las fantasías sexuales y, en algunos casos, para determinar la evolución de la terapia.

15.6. Tratamiento sexológico

Existen distintos modelos terapéuticos de los cuales los más utilizados y reseñados son los siguientes: modelo de Heiman y LoPiccolo (1976), de Kaplan (1974), de Graber y Graber (1975), y de Masters, Johnson y Kolodny (1994). No hay grandes diferencias entre ellos y sus autores manifiestan un notable optimismo en cuanto a los resultados, a pesar de no existir apenas estudios bien diseñados que evalúen la eficacia terapéutica de los mismos. Por ejemplo, Kaplan (1974) afirma: "A menos que se den enfermedades físicas o mentales graves, o se interponga un conflicto conyugal insuperable, todas las mujeres son capaces de tener orgasmos. Apenas hemos encontrado una mujer que no sea capaz de aprender cómo conseguir el clímax".

Todos los modelos citados incluyen entrenamiento en autoestimulación y mecanismos para inhibir la ansiedad, habiéndose demostrado que la masturbación es muy eficaz para el tratamiento. Sin embargo, no existe evidencia científica de que las diferentes técnicas empleadas para inhibir la ansiedad contribuyan a la experimentación del orgasmo, lo que ha llevado a algunos autores a suponer que la ansiedad no tenga un papel relevante en la disfunción orgásmica (Meston, 2004). También casi todos los modelos incluyen los ejercicios de Kegel (1952), sin embargo se ha verificado que no existen diferencias significativas en cuanto al orgasmo por el uso de los ejercicios.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, se lleva a cabo una estrategia que recoge elementos de todos los modelos mencionados y consta de los pasos que se exponen a continuación.

15.6.1. Potenciación de la erotofilia

En primer lugar se trabaja en el sentido de eliminar las actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad en general. En esta fase se dedica tiempo a explicar la respuesta sexual femenina, combatir las creencias erróneas y comentar las distintas formas de expresar la sexualidad por parte de otras parejas y diferentes culturas. Para facilitar el proceso se recomiendan lecturas sobre sexualidad de carácter educativo, lecturas eróticas y visualización de pornografía.

15.6.2. Autoestimulación

Desde el principio se enseñan técnicas de relajación, que en nuestro caso será una modificación de la sistemática de Shoultz y los ejercicios de Kegel (1952). Así, la mujer aprende a concentrarse en las distintas partes de su cuerpo, a sentirlo y, acto seguido, puede comenzar a explorarlo.

La mujer con una anorgasmia de toda la vida debe comenzar con la exposición de los genitales al espejo y exploración manual de los mismos sin intencionalidad respecto a la excitación. Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha, lo que en nuestra experiencia constituye la manera más fácil para iniciar una respuesta orgásmica. La mujer debe dirigir, con una presión consistente, el agua hacia el clítoris dedicándole un tiempo mínimo de cinco minutos y ayudándose a continuación de la mano.

De no haberse presentado dificultades pasaremos a lo que denominamos extensión sensorial, es decir a trasladar el orgasmo a otras situaciones o a un vibrador (hace unos años costaba que las pacientes los usaran, pero en la actualidad no suele haber ninguna dificultad). Al aconsejar el vibrador, se resalta que lo interesante es el uso externo, es decir, su aplicación sobre el clítoris aunque se puede jugar con la introducción vaginal, resultando de suma utilidad los vibradores digitales (en forma de dedo). Se recomienda a

la mujer que practique para obtener el orgasmo las formas, posturas y situaciones más diversas.

En pareja se dedica una parte de la terapia a mejorar la comunicación, para ello se puede emplear un recurso del tipo "The Minnesota couple communication program" (Miller, Nunnally, Wackman, 1971), al mismo tiempo se comienza con la erotización sensual y la erotización genital.

15.6.3. Erotización orgásmica

Una vez que la mujer ha conseguido el orgasmo con la autoestimulación y ha practicado con éxito en distintas circunstancias, se solicita que se autoestime delante del compañero, para progresivamente pasar a que sea él quien, con las caricias dirigidas por ella, provoque el orgasmo.

También en esta fase lo más rápido y de mejor resultado es el uso del vibrador. Una vez que ella ha alcanzado el orgasmo sola, utilizará el aparato en compañía del compañero y luego será él quien lo maneje.

Una vez aquí se hace una extensión sensorial en pareja, es decir, que sea el compañero quien con las caricias, vibrador o cualquier otro medio guiado por ella provoque el orgasmo en distintas posturas y situaciones.

15.6.4. Capacitación orgásmica

1. Penetración con autoestimulación clitoridea. Tras haber superado con éxito la erotización orgásmica se le recomienda a ella que practique la autoestimulación tendida boca abajo y cuando domine la técnica, su pareja pasará a la penetración en la postura a tergo (penetración vaginal por detrás). En una primera fase ella se estimulará su clítoris durante la penetración hasta conseguir el orgasmo con el pene dentro (figura 15.1).



Figura 15.1. Autoestimulación con penetración a tergo. Mientras él penetra, ella se estimula el clítoris.

2. Penetración con heteroestimulación clitoridea. El paso siguiente, si ha progresado satisfactoriamente en la etapa anterior, consiste en entrenar la consecución del orgasmo con la penetración posterior mientras el compañero le estimula el clítoris. En este momento resulta de suma utilidad que él utilice el vibrador digital.
3. Penetración sin estimulación clitoridea. Si se ha superado la fase anterior, se puede dar por concluida con éxito la terapia. No obstante, muchas parejas en nuestro medio desvalorizan el orgasmo conseguido con estimulación clitoridea concomitante y no se conforman con la situación. En estos casos, se intenta que la mujer se estimule hasta estar cerca del "punto de no retorno", mientras el hombre mantiene un ritmo lento de empujes vaginales. Una vez ahí, la mujer avisará y el compañero acelerará el ritmo, dejando ella de acariciarse el clítoris y manteniendo la mente ocupada en la elaboración de fantasías eróticas.

Cuando se consigue el orgasmo se instruye a ambos miembros de la pareja en la "coital alignment technique" (CAT) propuesta por Eichel (1993), que según algunos autores incrementa de forma notable la habilidad para obtener el orgasmo.

La bibliografía disponible defiende la postura encabalgada mientras ella se acaricia el clítoris y empleando además los ejercicios vaginales de Kegel (1952) durante la posición encabalgada. Sin embargo, por experiencia del autor, las contracciones de Kegel (1952), en esta postura, hace que las mujeres pierdan la concentración en las fantasías cuando están haciendo los movimientos vaginales. Además, cuando alcanzan el orgasmo por autoestimulación clitorídea durante la penetración encabalgada, rara vez se consigue la extensión orgásmica a otras posturas o la consecución del orgasmo sin estimulación. En suma, la posición a tergo aporta mejores resultados.

Llegados aquí se recomienda, al igual que en otras disfunciones, dejar un número de posibles encuentros eróticos para repasar ejercicios, tales como la masturbación de ella sola delante de la pareja y alcanzar el orgasmo por estimulación de él sin penetración.

Cuando se trata de un trastorno del orgasmo secundario, si se ha descartado que sea consecuencia de la ingesta de medicamentos o de una enfermedad orgánica, el pronóstico será por lo general muy pobre. En estos casos, la estrategia terapéutica que más resultado da a largo plazo es generar habilidades de comunicación en pareja, haciendo una terapia similar a la que se emplea para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

15.7. Tratamiento farmacológico

En la actualidad no existe ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica. Sí es cierto que algunos principios activos facilitan la desinhibición y otros mejoran el deseo. Por ejemplo, el bupropion mejora todas las fases de la respuesta sexual favoreciendo la aparición del orgasmo (Modell, May y Katholi, 2000).

En la práctica clínica es muy común el uso de mirtazapina y yohimbina, pero varios estudios, a doble ciego, han puesto de manifiesto que no mejoran la respuesta orgásmica inhibida previamente por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

También se han usado los inhibidores de la fosfodiesterasa cinco, pero sólo un estudio llevado a cabo por Caruso y colaboradores (2003) ha verificado diferencias significativas con el uso de sildenafil; mejores resultados parecen obtenerse con el empleo de 3 mg de apomorfina sublingual.

Los compuestos dietéticos como el ArginMax (ginkgo biloba, damiana, etc.) son los más usados en el tratamiento de la anorgasmia, pero es dudoso que la respuesta sea mayor que el placebo.

En los últimos años se ha prodigado mucho el uso de geles clitorídeos y del vacío genital Eros Device® (vibrador con forma de ratón de computadora al que se inserta un capuchón del tamaño adecuado para cubrir el clítoris, produciendo una succión del mismo). Para Billups y colaboradores (2001) la efectividad del Eros es sorprendente,

mejorando al menos el 42% de las mujeres que presentan alguna disfunción sexual, sin embargo, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología llevamos a cabo 80 pruebas en 16 mujeres con trastorno del orgasmo y sólo el 1,25% encontraron satisfacción con el aparato. En el grupo control formado por doce mujeres sin ningún tipo de disfunción sexual, se realizaron 60 pruebas, resultando satisfactorio para el 16,6% (Cabello-Santamaría, 2005). A la vista de los resultados se debe deducir que existe algún sesgo en los estudios o que las mujeres españolas (andaluzas en este caso) reaccionan de manera distinta a las mujeres norteamericanas.

En cuanto a los estimulantes clitorideos, como el Viacrem®, Donacreme®, etc., se presentan generalmente en forma de gel para aplicar en clitoris y labios menores, y suelen llevar en su composición L-Arginina, pretendiendo que la supuesta absorción del aminoácido, precursor del óxido nítrico, permita favorecer la erección clitoridea. Además, el gel suele estar aderezado con mentol, que implica un cambio de temperatura vulvar y, por tanto, un estímulo a la sensibilidad del clitoris. En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se administró en fórmula galénica (arginina al 0,1% y mentol al 0,5%) a 16 mujeres con trastorno del orgasmo, habiendo encontrado una eficacia del 6,25% frente a un 25% en el grupo control (Cabello-Santamaría, 2005).

En definitiva, no existe ningún fármaco de forma específica para la anorgasmia que haya demostrado ser claramente eficaz, tal como ocurre en la disfunción eréctil del hombre.

16

Sexualidad y enfermedad crónica

16.1. Introducción

En general la sexualidad se relaciona en el ideario colectivo con la salud, la belleza y la juventud. Así, de la misma manera que no se considera la sexualidad en el envejecimiento, pudiendo llegar a señalarse como "viejo verde" a quien con 70 años mantiene relaciones sexuales, la sexualidad de quien padece una enfermedad crónica apenas es tenida en cuenta. Otras veces se piensa en la sexualidad pero en sentido negativo; de tal forma, se puede prohibir la práctica de relaciones sexuales con la finalidad de mejorar la patología en cuestión, hecho frecuente, por ejemplo, en el caso de las cardiopatías. Por el contrario, en la mayoría de las ocasiones, la práctica sexual durante la enfermedad crónica no sólo resulta una clara señal de mejoría clínica, sino que a veces puede facilitar la mejoría del proceso.

A lo largo de este capítulo se revisarán los aspectos sexuales de algunas de las enfermedades más habituales.

16.2. Sexualidad y enfermedades cardiovasculares

16.2.1. Cardiopatías

La gran prevalencia de las enfermedades cardiovasculares convierte este tema en asunto del máximo interés dada la estrecha interrelación entre el sistema cardiovascular y la respuesta sexual humana, que se puede ver afectada ante cualquier problema de este tipo, especialmente en la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, bien por la propia patología o como efecto adverso provocado por las medicaciones empleadas para dichos procesos (por ejemplo, betabloqueantes, diuréticos y digoxina).

A modo de muestra, es común la aparición de disfunción eréctil tras un infarto, la prevalencia se sitúa entre el 38 y el 78% (Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil, 2002).

En una revisión de múltiples estudios se constata que 48 meses después de un infarto, un tercio de los pacientes padecía disfunción eréctil y el 59,3% disminución del deseo. Sólo un 25% había recuperado totalmente la sexualidad mientras el 24% se abstenía de tener relaciones. Entre las mujeres aparece alteración del deseo y disminución de la frecuencia sexual en el 71,4%, sin verse afectado el orgasmo.

Tras una angina de pecho, dos tercios de los afectados bajaban la frecuencia sexual en más de un 50%. En la insuficiencia cardíaca el 73% presenta pérdida total o parcial del interés sexual, el 76% disminución parcial o total de la actividad y el 58% incapacidad absoluta para tener relaciones sexuales (Mandras, Uber y Mehra, 2007).

Entre las mujeres con un episodio de angina inestable o un infarto sin elevación del segmento ST, sólo el 48,57% ha reiniciado las relaciones sexuales a las doce semanas. De ellas, el 82,35% tenía una menor frecuencia sexual y ninguna consideró que su sexualidad era igual que antes del proceso. Entre las que no reanudaron la sexualidad, las causas se concentraron en depresión, ansiedad propia o de la pareja, miedo a otro episodio o muerte súbita, y a una marcada pérdida de deseo, cuestión que acontece al 83,3% (Eyada y Atwa, 2007).

Las alteraciones vasculares que constituyen la principal causa etiológica del infarto o la angina (componente aterosclerótico y disfunción endotelial, que conlleva menor producción de óxido nítrico reduciendo el flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos) no tienen la responsabilidad exclusiva de la impactante repercusión en la vida sexual. Los factores psicológicos también influyen de manera negativa, de tal forma que entre el 37 y 58% necesitarán ayuda psicológica.

El miedo es un factor determinante y muchas personas afectadas tienen pánico a la excitación, por si les repercute de forma negativa en la funcionalidad del corazón, y aunque durante la relación sexual el gasto cardíaco aumenta, dicho gasto es discretamente menor en personas con patología cardíaca. Entre personas no afectadas, la presión arterial durante una relación sexual aumenta entre 30 y 80 mm de Hg y el ritmo cardíaco alcanza entre 140 y 180 latidos por minuto. Por el contrario, en personas con coronariopatías, la presión media máxima es de 162 mm de Hg y el ritmo no suele superar los 117,4 latidos por minuto. Por otro lado, la sexualidad genera menos gasto que otras actividades. En una muestra de pacientes con cardiopatía coronaria donde un 100% entraba en isquemia al subir en bicicleta, se ha demostrado que sólo un tercio presentaba signos de isquemia en el electrocardiograma durante las relaciones sexuales (Drory y Fisman, 1996). En la actualidad el mejor parámetro es el consumo de oxígeno por minuto, expresado en tareas metabólicas equivalentes (MET: energía consumida en reposo y equivalente a 3,5 ml/kg/min). Durante la fase de excitación se consumen hasta 1,7 mets llegando hasta 2,5 en el orgasmo y pudiendo alcanzar 3,5 mets en contactos sexuales marcadamente intensos, lo que equivale al gasto de una persona realizando un ejercicio moderado.

Un factor que incide de forma considerable en el gasto cardíaco es la duración y estabilidad de la pareja. Las parejas de larga evolución, con altos niveles de intimidad, tienen un menor gasto cardíaco, entre otros factores porque las relaciones sexuales no suelen ser tan intensas, a diferencia de las parejas de corta duración o parejas ocasionales, donde hay un alto interés por satisfacer y quedar bien, entrando en juego

altos niveles de ansiedad.

Otro miedo notable está relacionado con la capacidad sexual. La idea de no poder responder de forma adecuada siempre está presente, no sólo por la repercusión a nivel personal sino por la pareja, a la que se espera poder satisfacer.

También es común el miedo a la posible prohibición de las relaciones sexuales por parte del médico, aunque en un pequeño número de casos donde la sexualidad previa a la cardiopatía no era buena, la aparición de la enfermedad sirve como válvula de escape para poder evitar la sexualidad. De ahí que algunas personas, tras sufrir una angina de pecho aunque sea leve, dejen de acceder al sexo.

Todo esto ocurre en una situación en la que se hace imprescindible cambiar en cierta medida el estilo de vida, por ejemplo, disminuyendo el estrés laboral, dedicando más tiempo al ocio, etc., situación que no todos los perfiles laborales pueden asumir.

En este contexto psicológico se hace más fácil la aparición de los factores generadores de ansiedad sexual descritos en capítulos anteriores: miedo al fracaso, obtención de resultados, altruismo excesivo y autoobservación. De hecho, en las cardiopatías el fenómeno de autoobservación no sólo está referido a estar pendiente de si la lubricación vaginal o la erección son adecuadas, además ejerce una presión importante constatar si el ritmo cardíaco sube, si se siente opresión en el pecho, si aumenta la disnea, signos, por otra parte, que no sólo aparecen como consecuencia de la lesión cardíaca sino que pueden ser provocados por la ansiedad.

La "demanda de ejecución", estudiada en otro capítulo, no suele ser ejercida por la pareja de la persona afectada, quien casi siempre experimenta miedo ante la idea de desencadenar una desestabilización de la enfermedad si actúa de forma sexualmente provocativa. Por ello, es común la aparición de conductas evitativas con la finalidad de no facilitar los encuentros sexuales. Asimismo disminuye la comunicación sobre estas cuestiones y, a veces, la sexualidad se convierte en un tema tabú, incluso en parejas que con anterioridad no habían tenido problemas de este tipo.

Hay que tener en cuenta que durante el proceso de hospitalización la pareja ha sufrido un gran estrés y miedo a la pérdida, que ahora se traduce en un exceso de cuidados físicos para proteger de una posible recaída, lo que en ocasiones conduce a una fuerte dependencia emocional que termina excluyendo los componentes eróticos.

La muerte súbita es uno de los clásicos miedos que experimentan las parejas, a pesar de que la probabilidad de un acontecimiento de este tipo es muy escasa. De hecho, de 5.559 casos de muerte súbita estudiados por Ueno (1993), sólo 34 acontecieron durante el coito y, de entre ellos, 27 habían ocurrido en relaciones sexuales extramaritales. Otros trabajos han mostrado que en Japón, entre un 0,6% de muertes súbitas de origen

cardiovascular, el 75% fueron extramaritales. Aproximadamente el mismo porcentaje se encontró en muestras de Fráncfort y Berlín con el mismo nivel de situaciones extramaritales (Drory, 2002).

En definitiva, el riesgo durante las relaciones sexuales es muy bajo, de tal forma que la posibilidad de sufrir un infarto dos horas después de un contacto sexual para hombres de 50 años, sin factores de riesgo, es de dos entre un millón/h. El riesgo para quienes han tenido un infarto previo asciende a 20 en un millón/h.

En resumen, el riesgo de mantener relaciones sexuales después de haber padecido un proceso cardiovascular es muy escaso, no obstante hay ocasiones donde la sexualidad debe ser restringida para impedir el aumento del gasto cardíaco. Son varios los protocolos seguidos, pero el más aceptado es el "Consenso de Princeton", revisado en 2005, donde se clasifican a los pacientes en tres categorías:

1. Riesgo bajo: incluye hipertensión controlada, angina leve y estable, eficaz revascularización coronaria, ausencia de complicaciones, lesión valvular leve, ausencia de síntomas y presencia de menos de tres factores de riesgo cardiovascular.
2. Riesgo medio: se incluirían aquellos pacientes con angina moderada, infarto de miocardio de menos de seis semanas, insuficiencia ventricular izquierda, cardiopatía congestiva tipo II, riesgo medio de arritmias y tres o más factores de riesgo de enfermedad coronaria.
3. Alto riesgo: lo conforman pacientes con angina inestable o refractaria, hipertensión incontrolada, cardiopatía congestiva tipo III o IV, infarto de miocardio de dos semanas o menos, riesgo alto de arritmias, miocardiopatía obstructiva y lesión valvular moderada o severa.

Siguiendo esta clasificación, las personas de bajo riesgo pueden tener relaciones sexuales y someterse a tratamiento si aparece alguna disfunción. Los pacientes de riesgo moderado medio deberán ser reevaluados de nuevo, antes de clasificarlos como de bajo o de alto riesgo. Por último, los pacientes de alto riesgo deberán ser estabilizados por el cardiólogo antes de emprender algún tipo de conducta sexual, pues el aumento de la frecuencia y la tensión arterial, propias de la respuesta sexual, podrían acarrear consecuencias nocivas.

A modo de resumen, en principio cualquier persona que pueda andar un kilómetro en 15 minutos y subir dos tramos de escaleras, no debe tener problemas para tener relaciones sexuales, o bien, según Siewcki y Mansfield (1977), subir 20 escalones en diez segundos.

RECOMENDACIONES PARA OPTIMIZAR LA SEXUALIDAD EN LAS

CARDIOPATÍAS

Aquellas personas que tras un infarto o una angina de pecho reúnan los criterios necesarios para poder tener relaciones sexuales, debieran seguir los siguientes pasos:

- Primero: Deben intentar someterse a estímulos eróticos tales como lecturas o películas con la finalidad de irse adaptando a la excitabilidad y perder el miedo a que la excitación les genere una descompensación. Como norma general el comienzo de cualquier actividad erótica no debe ir acompañado de la ingesta de alcohol y debe haber pasado un tiempo razonable desde la última comida (mínimo una hora).
- Segundo: A continuación deben llevar a cabo sesiones de autoestimulación para comprobar la respuesta y seguir ganando confianza. Se sabe que la masturbación tiene el mismo gasto cardíaco que el coito, pero en este caso no existe la ansiedad propia de satisfacer a la pareja. Una vez que el paciente se siente bien con la masturbación, lo más correcto es iniciar unas sesiones de erotización sin necesidad de pasar a la penetración, para después de un tiempo - aproximadamente un mes desde la toma de contacto con los estímulos eróticos - acceder al coito.
- Tercero. Se debe explorar cuál es la postura coital más favorable para cada persona. En épocas recientes se ha puesto de manifiesto que ninguna postura tiene menor gasto que otras, pero hay que personalizar según los casos. Por ejemplo, en la insuficiencia cardíaca suele ir mejor la postura lateral derecha. Para los hombres que entran con facilidad en disnea es más útil el coito sentado en una silla o sillón mientras la pareja cabalga sobre él. En la mujer con tendencia a la disnea y con insuficiencia cardíaca la mejor postura es la que en el capítulo 9 ha sido denominada "postura del cartero", es decir, ella tumbada en una mesa o similar y él penetrando de pie, con lo cual no se verá agobiada con el peso.

Una vez que se ha recuperado la sexualidad es primordial mantener un ritmo, y de la misma manera que a toda persona con cardiopatía se le recomienda ejercicio físico al nivel de sus posibilidades, habría que recomendar una sexualidad reglada, lo cual va a mejorar la calidad de vida y sirve como entrenamiento físico.

Un significativo número de pacientes, tal como se ha señalado, van a presentar una disfunción sexual. En el caso del hombre, la de mayor incidencia es la disfunción eréctil y en el caso de la mujer, el deseo sexual hipoactivo. En ambos casos, siguiendo el Consenso de Princeton, si la sexualidad es posible se debe instaurar tratamiento de la forma señalada en los capítulos anteriores, sin ninguna observación diferencial con respecto a los no cardiopatas y sin olvidar que a medida que la función cardíaca mejore también mejorará la función eréctil. Por tanto, se debe evitar en lo posible la administración de digoxina y de diuréticos tiacídicos, y reemplazar el propranolol por betabloqueantes cardioselectivos y la espirolactona por esplerenona.

Uno de los emergentes mitos sexuales de nuestro tiempo reside en la creencia de que los fármacos empleados para recuperar la erección afectan al corazón, lo cual no se ajusta, en absoluto, a la realidad. Tanto el sildenafil, tadalafil como vardenafil pueden y deben ser empleados siempre que la cardiopatía permita tener relaciones sexuales, es decir, cuando el paciente esté estable y pueda subir dos tramos de escaleras y andar un kilómetro en 15 minutos. Estos fármacos sólo estarán absolutamente contraindicados, desde el punto de vista cardiológico, cuando el paciente esté tomando nitritos o derivados, cuya asociación podría ser peligrosa porque se puede bajar de forma considerable la tensión arterial. En nuestro medio, los fármacos que contienen estos principios activos se ven reflejados en el cuadro 16.1.

Habrá que hacer una valoración clínica individualizada, antes de administrar los fármacos, en los siguientes casos:

- Pacientes con isquemia coronaria activa sin nitratos.
- Insuficiencia cardíaca acompañada de tensión arterial baja.
- Uso concomitante de alfabloqueantes.

Cuadro 16.1. Vasodilatadores usados en enfermedades cardíacas (nitratos orgánicos)

<i>Nitroglicerina</i>	<i>Mononitrato de isosorbida</i>	<i>Dinitrato de isosorbida</i>	<i>Otros vasodilatadores</i>
Cafinitrina	Cardionil Retard	Iso Lacer	Corpea
Cordiplast	Cardiovas Retard	Iso Lacer Retard	Molsidain
Dermatrans	Coronur		
Diafusor	Coronur Retard		
Epinitril	Dolak Retard		
Minitran	Mononitr Isosorb		
Nitradisc	Pertil Retard		
Nitrodur	Uniket		
Nitroderm Matriz	Uniket Retard		
Nitroderm TTS			
Nitroplast			
Solinitrina			
Triniplatch			
Vernies			

Fuente: BOT (Base de datos del medicamento). Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2007.

En suma, no debiera olvidarse que las relaciones sexuales no sólo mejoran la calidad de vida sino que disminuyen la mortalidad, tal como se ha puesto de manifiesto en varios estudios como el de Caerphilly (Smith, Frankel y Yarnell, 1997), que demostró que en las personas con enfermedad coronaria y una alta frecuencia orgásmica el riesgo de

mortalidad era un 50% menor.

16.2.2. Sexualidad e hipertensión

La hipertensión influye directamente en la respuesta sexual. Aparte de la pérdida de elasticidad arterial, parece que el mecanismo último sería el daño ocasionado por la presión en el endotelio, con la consiguiente disminución de óxido nítrico aumentando el tono vascular y, por tanto, frenando la respuesta tanto peneana como clitoridea.

Se ha estimado que entre el 8 y 17% de los hipertensos sin tratamiento padecen disfunción eréctil. En España, la prevalencia de disfunción eréctil en varones hipertensos mayores de 60 años es del 26% (Noguerol, Berrocal y De Alaiz, 1996). Para otros autores, la hipertensión arterial causa disfunción eréctil al 12,2%, dependiendo del nivel de presión sistólica, la edad y tratamientos previos contra la hipertensión.

Duncan y colaboradores (2000) establecieron que las mujeres con hipertensión tenían disminución de la lubricación vaginal y menor frecuencia orgásmica respecto al grupo de mujeres normotensas.

Los fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial constituyen otro factor etiológico importante para el desarrollo de las disfunciones. Presentan problemas de erección el 61 % de los pacientes tratados con antihipertensivos, estando a la cabeza los diuréticos, betabloqueantes y fármacos antiadrenérgicos (metildopa, clonidina, etc.). Los antihipertensivos que menos interfieren en la respuesta sexual son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de angiotensina II, los bloqueadores de los canales del calcio y los dihidropiridínicos.

16.3. Sexualidad y alteraciones neurológicas

Como se ha visto en capítulos anteriores, la respuesta sexual está mediada por el sistema nervioso, por lo que en principio cualquier alteración neurológica puede influir de forma negativa en la sexualidad. A modo de ejemplo, las alteraciones neurológicas son la causa del 8,5% al 10% de las disfunciones eréctiles (Herbaut y Wespes, 1990). Otros autores llegan hasta un 20% (Padma-Nathan, 1988), e incluso al 27% (Mulligan y Katz, 1989). Las patologías más frecuentemente responsables de daño neurológico con repercusión en la sexualidad serán la diabetes y los traumatismos medulares.

16.3.1. Lesiones medulares

En España se producen algo más de mil nuevos casos anuales de lesionados medulares, cuya respuesta sexual dependerá del nivel y grado de lesión.

De forma esquemática, entre las mujeres con lesión medular se puede afirmar lo

siguiente:

a) Lesión alta (patología traumática, degenerativa o tumoral que imposibilite un correcto funcionamiento por encima del nivel D10 a D12): Se observa una erección clitoridea refleja y lubricación vaginal que no es percibida por la mujer, pero sí por su pareja. El componente psicógeno proveniente del neocórtex y del sistema límbico es más deficiente cuanto más alto es el nivel lesional. A veces puede haber contracciones clónicas de los músculos perivaginales y también orgasmos de sustitución al nivel de zonas erógenas supralesionales. Cuando se alcanza el orgasmo, puede ir acompañado de fuerte hiperreflexia autonómica (sudoración, hipertensión, cefaleas, etc.), no obstante, lo habitual es la anorgasmia.

Muchas mujeres desplazan sensaciones eróticas a las mamas, aun cuando antes del problema las sensaciones en dicha área eran escasas, para lo cual es necesario que se mantenga indemne la médula por encima de D4.

Las parturientas con este nivel de afectación no sienten movimientos fetales ni contracciones dolorosas y tampoco notan el período expulsivo del parto.

b) Lesión media (nivel de afectación situado entre D12 y L1): En teoría no puede haber orgasmo, pero es posible la existencia de sensibilidad en genitales internos y cierta lubricación psicógena. Tampoco se producen contracciones uterinas, por lo que en el parto es imprescindible practicar la cesárea.

c) Lesión baja (por debajo de L1): Desaparece la erección clitorica y la lubricación vaginal refleja, no existiendo contracciones de la plataforma orgásmica. Durante el embarazo se notan las contracciones y los movimientos fetales.

Sin embargo, la teoría difiere de la práctica: en entrevistas a mujeres con distintos problemas medulares, se ha podido constatar que lesiones incompletas que podrían no afectar al orgasmo lo anulan en la mayoría de los casos. Por otro lado, algunas refieren una respuesta sexual muy satisfactoria en relación a lo esperable por el tipo de lesión. De hecho, mujeres con lesiones altas demandan caricias superficiales en el área perigenital y disfrutan de la inserción de objetos en la vagina, pese a que por el nivel lesional no tienen sensibilidad en la zona.

En la mayoría de las ocasiones, quienes controlan esfínteres tienen una buena lubricación vaginal y responden bien a la inserción digital y a la penetración.

Una posibilidad más frecuente en mujeres respecto a hombres es la capacidad de transferir las zonas eróticas de una parte del cuerpo a otra. Masters, Johnson y Kolodny (1983) describen en una mujer con lesión medular a nivel de D12 (que previamente había sido voluntaria en sus estudios sobre respuesta sexual) cómo a los seis meses de

producirse la lesión, la estimulación de las mamas provocaba el orgasmo. Estudiando a la mujer en el laboratorio observaron que las respuestas cardiopulmonares y mamarias eran las habituales, pero no había vasodilatación pélvica. Sin embargo, en la última parte de la fase de meseta, los labios de la boca se hincharon hasta casi doblar su tamaño. Con el orgasmo se observó una onda en los labios y la tumefacción desapareció, tal como ocurre con la plataforma orgásmica.

A diferencia de las mujeres, los hombres presentan respuestas genitales más acordes a lo esperado según el tipo de lesión.

- a) Lesiones altas: Permiten una erección refleja ante la estimulación manual u oral en teoría, pudiendo llevarse a cabo la penetración. Para mantener la erección con una lesión alta, se hace necesaria la estimulación continua del pene. La eyaculación no siempre existe. El orgasmo es raro debido a la insensibilidad y, a veces, aparece una hiperreflexia autonómica que algunos lesionados vivencian como placentera por condicionamiento clásico.
- b) Lesiones medias: La erección refleja puede permitir la penetración, pero no existirá eyaculación ni orgasmo. Hay que tener presente que el centro responsable de la eyaculación se corresponde con los niveles L1 y L2.

En este tipo de lesión no aumenta la presión del bulbo esponjoso, con lo que sólo se insuflan los cuerpos cavernosos, quedando el glande colgante.

- c) Lesiones bajas: La respuesta será distinta en función de la intensidad de afectación existente en los niveles sacros. Se supone que si dicho centro está lesionado, es esperable que sólo aparezca erección psicógena caracterizada por la presencia de tumescencia pero con imposibilidad de generar fuerza suficiente para penetrar. Hoy se sabe que para la penetración es necesario que el pene genere una fuerza que ha quedado establecida entre 500 y 1.500 gramos.

El orgasmo y eyaculación son posibles, si bien ésta no va acompañada de propulsión del líquido seminal. Es común sentir el orgasmo como una sensación placentera en la parte baja del abdomen y región interna de los muslos.

Si la lesión baja es incompleta habrá una erección no demasiado fuerte acompañada de deseo miccional, que con ayuda y generando ciertas habilidades puede permitir la penetración.

Cuando la lesión es incompleta suele haber erección y eyaculación, pero a ciertos niveles medulares esta eyaculación puede ser retrógrada, es decir, la emisión de semen se propulsa hacia la vejiga, por no estar bien coordinado el reflejo eyaculatorio y persistir abierto el esfínter vesical durante las contracciones deferentes. En algunas ocasiones la

eyaculación se acompaña de emisión de orina.

Por regla general, entre los hombres con alguna patología medular la respuesta sexual es más vulnerable que la micción y la erección se pierde con menos frecuencia que la eyaculación.

Las limitaciones ocasionadas por las lesiones medulares son perfectamente extrapolables a las personas que sufren mielodisplasia (espinas bífidas), siringomielia y tabes dorsal, dependiendo del nivel y localización de las lesiones.

16.3.2. Ictus

El ictus (accidente vasculocerebral), que es la principal causa de incapacidad en adultos y ancianos, ha sido poco estudiado desde la perspectiva de la influencia sobre la respuesta sexual. En el caso concreto de la disfunción eréctil, Fugl-Meyer y Jaaskó (1980) aprecian un incremento de los trastornos de erección de un 21% pre-ictus a un 64% post-ictus, revelando que un 59% de los pacientes presentan una disfunción eréctil que no guarda relación con el tamaño, localización o lateralidad, atribuyéndolo en parte al mal ajuste con la pareja. Otros autores encuentran un 20% de casos nuevos de disfunción eréctil tras el ictus (Carod, Ejido, González-Gutiérrez y Varela, 2003).

Entre las mujeres que sufren un accidente vasculo-cerebral, cursan con disfunciones sexuales del 60 al 70%. Recientemente se ha achacado a este problema la aparición de un trastorno persistente de la excitabilidad femenina, produciéndose orgasmos espontáneos sin estimulación tras la hemorragia (Goldstein, De y Johnson, 2006).

16.3.3. Demencia

Se sabe poco acerca de la influencia de la demencia en la sexualidad, donde pueden aparecer conductas sexuales incoherentes. Además es de suponer que la afectación puede ser distinta si la demencia es, por ejemplo, de los cuerpos de Lewy o Alzheimer. En este último caso, el 70% de los pacientes exhiben una ausencia absoluta de manifestaciones sexuales.

16.3.4. Parkinson

En la enfermedad de Parkinson la sexualidad se ve afectada por la fatiga y cuando comienza a haber serias dificultades motoras. De hecho, pacientes entre 40 y 49 años con poca afectación motora no presentan ni actitudes ni problemas sexuales distintos a los grupos control, exceptuando a quienes tienen afectado el estado anímico (Jacobs, Vieregge y Vieregge, 2000). En el mismo sentido, cuando se compara la sexualidad en el Parkinson con una muestra similar de enfermos de artritis reumatoide, no se encuentran diferencias significativas, lo que lleva a concluir que la afectación neurológica, en

principio, no perjudica demasiado.

No obstante, la evolución de la enfermedad ocasiona la aparición de disfunciones. Las mujeres refieren dificultades con la excitabilidad (87,5%), con el orgasmo (75,0%), manifiestan falta de deseo (46,9%) y poca satisfacción (37,5%). En el caso de los hombres un 68,4% tiene problemas de erección, eyaculación precoz un 40,6%, dificultad para alcanzar el orgasmo el 39,5% y poca satisfacción el 65,1 % (Bronner, Royter, Korczyn, y Giladi, 2004).

La aparición del temblor, la dificultad de la marcha, la cara inexpresiva y el cambio de olor que algunos pacientes experimentan genera una pérdida del atractivo sexual que no contribuye a una buena interacción en pareja.

Al comienzo del tratamiento farmacológico, cuando se administra levodopa, suele haber un incremento del deseo sexual, más frecuentemente en los hombres; como además esto se suele acompañar de pérdida de memoria y disminución de la inhibición, en algunos casos conlleva conductas agresivas relacionadas con el sexo. Es habitual que la fatiga se manifieste de forma más intensa por la tarde, por tanto es conveniente aprovechar la mañana para intentar algún tipo de encuentro erótico.

16.3.5. Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple afecta a la sexualidad de forma intensa y, en algunas ocasiones, el primer síntoma de la enfermedad o la primera manifestación de un nuevo brote consiste en la aparición de una disfunción eréctil o una anorgasmia.

Un 75% de los hombres y un 50% de las mujeres presentarán alguna disfunción sexual que va a influir de forma muy negativa en la calidad de vida, ya que la esclerosis múltiple afecta principalmente a jóvenes entre 20 y 40 años. Un tercio de las parejas de las personas afectadas también manifiestan problemas relacionados con la sexualidad, sobre todo las mujeres (Qonsson, 2003).

El 80,5% expresa falta de deseo que se correlaciona con la edad, evolución de la enfermedad, síntomas intestinales y urinarios, pérdida de memoria, falta de concentración, estado depresivo, niveles de ansiedad y grado educativo. Sin embargo, un 39% pueden tener muy afectada la sexualidad sin que la enfermedad esté incidiendo de forma significativa (Demirkiran, Sarica, Uguz, Yerdelen y Aslan, 2006).

En general, tanto en hombres como en mujeres hay una pérdida de interés sexual y disminución de sensaciones genitales, en algunos casos ausencia total de excitabilidad.

En los estadios avanzados de la enfermedad la gran parte de los hombres presenta pérdida de la fuerza eyaculatoria que termina con aneyaculación y problemas de

erección. En las mujeres disminuye el tono muscular de la vagina y la ingurgitación del clítoris, lo cual es debido a las lesiones neurológicas y, en parte, a la medicación, sin olvidar las repercusiones psicológicas de la situación. De hecho, influye sobremanera la sensación de sentirse con una discapacidad, situación que provoca considerables cambios en la autoestima y tendencia al humor depresivo, lo que interfiere con la intimidad. Esta situación se ve reforzada por la variación del estatus que supone la enfermedad.

Otro factor que afecta de manera negativa acontece cuando la pareja adopta un papel de auxiliar de enfermería (realizan los cuidados higiénico-sanitarios del paciente), situación que en nada favorece el mantenimiento del impulso sexual. Por último, el sentirse víctima de la enfermedad suele llevar a una situación de reflexión introspectiva personal que no facilita la comunicación.

16.3.6. Epilepsia

La mayor parte de las personas que padecen epilepsia no sufren más disfunciones sexuales que la población general. No obstante, existe una discreta incidencia superior.

Entre el 20 y 30% de las mujeres y alrededor del 40% de los hombres se quejan de problemas relacionados con la sexualidad (Bóné, y Janszky, 2006), debido a la medicación empleada para prevenir las crisis y, en menor medida, por el proceso neurológico.

La falta de deseo y los trastornos de la erección son las disfunciones más frecuentes. La incidencia dependerá del tipo de epilepsia, gravedad y del tiempo de evolución. Así la epilepsia del lóbulo temporal perjudicará al deseo del 63%, mientras que en el gran mal el 12% se verá afectado.

Aunque no está claro, parece que la epilepsia provoca un aumento de la proteína transportadora de testosterona (SHBG) disminuyendo la testosterona biodisponible, lo que podría ser una de las causas de las disfunciones sexuales.

La autoestima y confianza serán factores primordiales en el desenvolvimiento sexual en la epilepsia. Esta confianza suele estar mermada en aquellos casos donde se ha producido una crisis durante la relación sexual. En esta situación hay que convencer a la pareja y a la persona afectada de que la sexualidad no desencadena más crisis que cualquier otra actividad.

En suma, cuando la epilepsia cursa con disfunciones sexuales habría que tener en cuenta lo siguiente:

- El etiquetaje y estigmatización por sufrir la enfermedad conlleva una disminución de la autoestima.

- La recurrencia de las crisis conduce a un sentido de vulnerabilidad y miedo a que la sexualidad desencadene las crisis.
- Miedo a la repercusión en la pareja de los problemas derivados de la enfermedad.
- Falsa atribución de que cualquier problema sexual es derivado de la enfermedad y la creencia de que además no tiene solución.
- Cambios hormonales propiciados por la enfermedad o los fármacos.
- Acción directa de los fármacos en los neurotransmisores que mediatizan la respuesta sexual.
- Problemas psicológicos y psiquiátricos concomitantes con la enfermedad.
- Problemas en la relación de pareja.

Habrá que manejar todos estos aspectos si se quiere optimizar la sexualidad en esta enfermedad crónica, donde la intervención fundamental radica en dar una información adecuada.

16.4. Alteraciones hormonales

En general casi todas las hormonas repercuten en mayor o menor medida sobre la respuesta sexual. A continuación se van a tratar algunas de las alteraciones hormonales más comunes que producen disfunciones sexuales.

16.4.1. Hipogonadismo

Se ha señalado en capítulos anteriores que las hormonas tienen un papel primordial en la respuesta sexual. La testosterona influye además en el estado del humor, la capacidad cognitiva, la sensación de fatiga, los trastornos del sueño y la memoria, tal como se vio en el apartado de sexualidad y envejecimiento.

La disminución de testosterona produce una merma del deseo sexual y, con el paso del tiempo, alteraciones de la erección, ya que interviene en la remodelación y mantenimiento de los cuerpos cavernosos, así como en la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa, imprescindible para la producción del óxido nítrico endotelial, necesario para la respuesta eréctil.

Cuadro 16.2. Test de ADAM (Androgen Deficiency in Aging Male)

-
1. ¿Ha decrecido su apetencia sexual (libido)?
 2. ¿Siente falta de energía?
 3. ¿Ha disminuido su fortaleza y resistencia física?
 4. ¿Ha perdido estatura?
 5. ¿Ha notado una disminución en sus ganas de vivir?
 6. ¿Se siente triste e irritable?
 7. ¿Son sus erecciones menos potentes?
 8. ¿Ha notado una involución en su habilidad para los deportes?
 9. ¿Se queda dormido después de la cena?
 10. ¿Ha notado una disminución de su capacidad para el trabajo?
-

Hoy día se dispone de diferentes posibilidades para tratar el hipogonadismo, pero en primer lugar es necesario hacer un diagnóstico correcto. Para ello es conveniente utilizar el test de ADAM (Androgen Deficiency in Aging Male) y una muestra de sangre para determinar la testosterona sérica total, la proteína transportadora de testosterona (SHBG) y la albúmina, entre las 7:00 y las 11:00 para calcular la testosterona biodisponible (cuadro 16.2).

Según la International Society of Andrology, la International Society for the Study of the Aging Male y la European Association of Urology estará indicada la terapia hormonal de reemplazo si los niveles de testosterona están por debajo de 12 nmol/l (346 ng/dl) y los niveles de testosterona biodisponible bajan de 250 pmol/l (72 pg/ml) (Nieschlag, Swerdloff, Behre, Gooren, Kaufman et al., 2005).

TRATAMIENTO DEL HIPOGONADISMO

Obviamente consiste en la administración de testosterona, y para ello se pueden utilizar desde microcápsulas implantadas a nivel subcutáneo, hoy en desuso, hasta otras múltiples posibilidades. La vía transdérmica resulta cómoda y eficaz, especialmente en forma de gel (5 g de testosterona al 1%), que debe aplicarse todas las mañanas, con lo que se consiguen niveles adecuados desde el primer día.

La vía parenteral con enantato y cipionato de testosterona permite usar una dosis cada dos o tres semanas, pero ocasiona niveles séricos suprafisiológicos las primeras 72 horas con un descenso constante entre los 10 y 14 días siguientes, llegando a niveles infra fisiológicos previos a la siguiente administración. Este problema parece no presentarse con la administración parenteral de 1.000 mg de undecanoato de testosterona. Con este tratamiento, tres días después de la administración, las concentraciones plasmáticas de testosterona vuelven a la normalidad. La mayoría de los pacientes requieren un intervalo de carga, pautándose la segunda inyección a las seis semanas. En adelante, se ampliará el intervalo entre inyecciones a doce semanas, lo que permite mantener niveles séricos estables durante tres meses.

No todo el que presente un hipogonadismo puede ser tratado con andrógenos. Entre las contraindicaciones absolutas se encuentran la policitemia elevada, apnea del sueño no tratada, fallo cardíaco, síntomas severos de obstrucción del tracto urinario inferior o hallazgos clínicos de obstrucción urinaria debida a hipertrofia prostática benigna. Entre las contraindicaciones parciales estaría la obstrucción urinaria moderada.

Respecto al carcinoma de próstata, hasta épocas recientes siempre se había asociado a altos niveles de testosterona, sin embargo investigaciones actuales, concretamente un metaanálisis de 18 estudios, revelan que no existe relación entre la concentración plasmática de andrógenos y el cáncer (Endogenous Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group, 2008). Además se ha constatado que el hipogonadismo se relaciona con cánceres de próstata más agresivos y con una menor supervivencia.

El déficit de testosterona en la mujer va a ocasionar pérdida de deseo, por lo que será preciso tomar medidas en el sentido expuesto, en el capítulo 12.

16.4.2. Hiperprolactinurias

La prolactina también interviene de forma considerable en la respuesta sexual. Uno de los efectos más directos consiste en que el incremento de prolactina disminuye los niveles de testosterona. Por tanto, la hiperprolactinemia conlleva pérdida de deseo y altos niveles ocasionarán disfunción eréctil en el hombre y déficit de excitabilidad en la mujer.

16.4.3. Alteraciones de la tiroides

Aunque las hormonas tiroideas no influyen directamente en la respuesta sexual, sus desequilibrios provocan disfunciones sexuales.

En el hipotiroidismo la falta de actividad se confunde con la pérdida de deseo, además los niveles de testosterona también disminuyen, produciéndose al mismo tiempo una mayor unión de la testosterona con las proteínas transportadoras. Probablemente ésta sea la causa de que el 80% de los hombres hipotiroideos presenten deseo sexual hipoactivo y un 50% disfunción eréctil.

Entre las mujeres hipotiroideas, un 80% presenta trastorno de la excitabilidad y el 37,3% anorgasmia. Asimismo son frecuentes las metrorragias, galactorrea, así como una mayor incidencia de abortos.

En el hipertiroidismo, entre el 10 y 20% de hombres incrementan el deseo, mientras alrededor del 40% sufre deseo sexual hipoactivo y disfunción eréctil.

El 70% de las mujeres hipertiroideas no experimentan cambios, pero en un 10% aumenta la excitabilidad y un 15% presenta alguna disfunción.

16.5. Sexualidad y trastornos metabólicos

De entre los trastornos metabólicos se va a hacer referencia a dos de las más importantes patologías que interfieren en la sexualidad.

16.5.1. Diabetes

Los altos niveles de glucemia repercuten de forma notable en la respuesta sexual provocando fundamentalmente disfunción eréctil en el hombre (un pequeño porcentaje presenta eyaculación retrógrada) y trastorno de excitabilidad en la mujer.

Según múltiples estudios la disfunción eréctil es padecida por alrededor del 50% de los diabéticos. En el estudio EDEM (Epidemiología de la disfunción eréctil en España) la prevalencia en pacientes diabéticos es del 46,2%. Otros autores establecen unas cifras del 15,6% para diabéticos tipo 1 y un 29,6% para diabéticos tipo II. La diabetes multiplica por tres la incidencia de disfunción eréctil respecto a la población no diabética, pasando de un 30,8% en pacientes con menos de cinco años de evolución hasta un 72,2% a los 20 años o más.

La etiopatogenia está relacionada con los aspectos vasculares y neurológicos, coexistiendo un déficit en los umbrales sensoriales, una HbA_{1c} más elevada, depleción de la agregación plaquetaria en respuesta al test de la L-Arginina y posiblemente niveles inapreciables de óxido nítrico. Esto último parece ser debido a una alteración del mecanismo de glucosilación de la óxido nítrico sintasa. Cerca del 88% de los diabéticos con disfunción eréctil presentan alteraciones conjuntas en la vascularización, detectadas a través del doppler color y en la medición del reflejo bulbocavernoso.

No obstante, no se debe olvidar que las personas diabéticas están expuestas a los mismos factores psicológicos que el resto, por tanto, cuando aparece la disfunción eréctil en un diabético no se puede soslayar una exploración psicológica adecuada.

La mujer, menos estudiada, verá afectada su sexualidad en la diabetes, existiendo una mayor incidencia de disfunciones sexuales con respecto a los grupos control, predominando el déficit de excitabilidad y la falta de deseo.

16.5.2. Hiperlipidemia

Desempeña un papel importante como factor etiológico de las disfunciones sexuales por la alteración progresiva de los vasos e incluso por el aumento de la viscosidad sanguínea. Se ha contrastado, en estudios prospectivos, que el aumento de lípidos puede servir como herramienta predictora de problemas de erección. Así, cada aumento de un milimol/litro de colesterol, lleva aparejado un riesgo 1,2 veces superior de disfunción eréctil.

En la mujer se ha de pensar que los efectos debieran ser similares y que el exceso de lípidos va a provocar un déficit de excitabilidad genital.

16.6. Sexualidad en los trastornos genitourinarios y del suelo pélvico

Se describen a continuación algunos de los cuadros que habitualmente ocasionan trastornos sexuales.

16.6.1. Prolapso genital e incontinencia urinaria

Un tercio de las mujeres adultas a partir de los 50 años padece trastornos del suelo pélvico y entre ellas la prevalencia de disfunciones sexuales es del 44,5%, en concreto dispareunia el 27,8%, deseo sexual hipoactivo el 14,3%, anorgasmia el 10,8% y trastorno de la excitabilidad genital el 16,6% (Handa, Harvey, Cundiff, Siddique y Kjerulff, 2004).

Revisando la sexualidad de las mujeres operadas por incontinencia urinaria, en el preoperatorio el 54% perdían orina durante el coito, el 51% tenían dos relaciones sexuales por semana y había dispareunia en el 5% de los casos. Después de la intervención quirúrgica para solucionar la incontinencia, tras pasar el cuestionario PISQ (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire), mejora la incontinencia y también los aspectos emocionales pero no mejora la sexualidad (Elzevier, Venema, Lycklama, Nijeholt, 2004). En general, los prolapsos parecen afectar menos a la sexualidad que la incontinencia urinaria, siendo los de grado III y IV los que se asocian de forma significativa con los trastornos del orgasmo (Handa, Cundiff, Chang y Helzlsouer, 2008).

La plasticidad del ser humano facilita la adaptación a condiciones adversas y de la misma manera que las mujeres africanas sin clítoris pueden mantener relaciones sexuales satisfactorias (Catania, Abdulcadir, Puppo, Baldaro, Verde et al., 2007), muchas mujeres con prolapso e incontinencia pueden tener una sexualidad agradable. De hecho, se ha puesto de manifiesto que los mejores predictores de satisfacción sexual en la mujer fueron el bienestar emocional individual y el bienestar en pareja, resultando escasos predictores los relacionados con las alteraciones genitales (Bancroft, Loftus y Long, 2003).

No obstante, cualquier trastorno del suelo pélvico que provoque protrusión o alteración en las vías bajas puede tener repercusiones en la sexualidad, pero son los aspectos psicológicos los que van a incidir de forma más negativa.

En el contexto psicológico, no ajustarse a los modelos sociales de belleza tal como ocurre en las mujeres prolapsadas y la pérdida de orina conducen a la autodesvalorización, a una mayor inseguridad y a la aparición de dificultades afectivas. Con ello disminuye la autoestima y se produce retraimiento, lo que unido a los factores

generadores de ansiedad sexual bloquean la respuesta.

Por tanto, es necesario corregir la incontinencia y los prolapsos por sus repercusiones sobre la autoestima y la ansiedad sexual anticipatoria.

Dentro de la incontinencia se hace necesario distinguir cuándo se trata de orina y cuándo es una emisión excesiva de fluido genital. Aunque en la incontinencia las pérdidas se producen en cualquier momento, es probable que la pérdida sea menor justo en la respuesta orgásmica. Así, sólo un 34% de las mujeres con incontinencia pierden orina durante el coito (Vierhout y Gianotten, 1993) ya que el esfínter vesical se cierra durante el orgasmo.

En la práctica cotidiana en terapia sexual, es frecuente encontrar mujeres cuya demanda está relacionada con la emisión de líquido vía genital durante el orgasmo. Ese fluido emitido puede ser orina (incontinencia urinaria) o un fluido diferente procedente de las glándulas uretrales, parauretrales y de Skene, conjunto glandular denominado "próstata femenina", que no es exactamente orina porque contiene antígeno prostático específico (ausente en la orina normal de la mujer), probablemente debido a una estructura glandular de mayor tamaño.

En resumen, es imprescindible establecer un diagnóstico diferencial porque muchas mujeres interrumpen el orgasmo cuando perciben una gran cantidad de fluido, que puede no ser orina sino secreción de las glándulas mencionadas.

TERAPIA SEXUAL EN EL PROLAPSO Y LA INCOTINENCIA

La repercusión sexual de la incontinencia urinaria y del prolapso no se conoce en profundidad porque se ha estudiado poco, pero es claro, que bien por la lesión anatómica o por su repercusión psicológica, la sexualidad se va a ver afectada en alguna medida. Como se ha citado con anterioridad, las disfunciones más frecuentes son la dispareunia, el deseo sexual hipoactivo, la anorgasmia y el trastorno de excitabilidad.

A todas las mujeres con incontinencia se les debe recomendar el entrenamiento muscular del suelo pélvico, que ha demostrado ser más efectivo que la ausencia de tratamiento y que otras opciones como los conos vaginales (útiles en algunos casos), las bolas chinas y la electroestimulación.

En el caso de la dispareunia es necesario evaluar si el dolor es consecuencia directa del prolapso o, a veces, una especie de "neurosis de renta", es decir, el prolapso ocasiona dolor en las primeras relaciones sexuales después de haberse producido, y más tarde, a pesar de existir una adaptación a los cambios anatómicos, el dolor persiste. En los casos de predominio psicógeno es muy útil relajar a la paciente en consulta e introducir dilatadores vaginales en distintas posturas sin ocasionar dolor para que pierda el miedo.

En casa deberá usar de nuevo dilatadores vaginales con su pareja hasta acostumbrarse a los mismos antes de pasar a la penetración habitual con el pene.

Para el deseo hipoactivo, trastorno de excitabilidad y anorgasmia se han empleado con poco éxito fármacos erectógenos, geles clitorideos y vibradores como el Eros Device® (único aprobado por la FDA), proporcionando unos resultados escasos, por eso lo ideal es un abordaje más holístico llevando a cabo un programa de intervención que en el caso del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología consta de los siguientes pasos:

1. Abordaje psicoterapéutico para asumir el nuevo esquema corporal.
2. Rehabilitación del suelo pélvico y gimnasia sexual.
3. Técnicas de relajación y abandono.
4. Entrenamiento en fantasías dirigidas.
5. Habilidades de erotización en pareja.

Tras un entrenamiento en el sentido propuesto se llevará a cabo un tratamiento específico de cada disfunción tal como se ha reflejado en el capítulo anterior.

16.6.2. Vestibulitis vulvar

Constituye una de las causas más frecuentes de dispareunia en la mujer. El síndrome de vestibulitis vulvar se caracteriza por la presencia de eritema y dolor intenso al tacto vestibular. La etiología todavía es desconocida pero parece que tiene especial relevancia la proliferación de nociceptores c-aferentes en la mucosa vestibular.

La incidencia puede llegar hasta el 15% en pacientes de ginecología y la respuesta al tratamiento es escasa, de ahí que se empleen cantidad de estrategias distintas, tales como esteroides externos e intralesionales, interferón, biofeedback, capsaicín, lidocaína, amitriptilina, terapia conductual cognitiva, acupuntura, nitroglicerina, cambios dietéticos, etc.

Parece que los mejores resultados se obtienen con cirugía revertiendo la capa interna del vestíbulo. Con esta técnica, un 74% de mujeres que antes de la intervención presentaba dispareunia severa y el 19% una frecuencia de dos relaciones al mes, después de la intervención persistía la dispareunia en un 11 % y el 56% tenía al menos tres relaciones sexuales por mes, un 87% referían una sexualidad mejor y un 11% no encontraron cambios (Goldstein, Klingman, Christopher, Johnson y Marinoff, 2006).

Desde la sexología el tratamiento será el mismo que el empleado en el apartado anterior, pero dedicando un tiempo más prolongado a la exposición con dilatadores

vaginales. Para ello se elaborará un programa de entrenamiento donde se determine el número de veces al día que la mujer debe introducirse los dilatadores para ir aumentando el umbral del dolor.

16.6.3. Prostatitis e infecciones del tracto urinario inferior

Las infecciones del tracto urinario inferior son producidas por gérmenes y comprenden la vejiga (cistitis), próstata (prostatitis) y uretra (uretritis). Son más frecuentes en hombres de edad avanzada debido a un vaciado incompleto de la vejiga por aumento del tamaño de la próstata (hiperplasia prostática benigna), por una prostatitis o por estrechamiento de la uretra.

La mayor parte de las infecciones del tracto urinario inferior, en mayores de 50 años, se deben a hiperplasia prostática. Un 83% de quienes padecen el proceso mantienen relaciones sexuales pero las dificultades correlacionan con la intensidad de los síntomas urinarios, por ello es de suponer que una mejoría de los síntomas implica una mejor respuesta sexual. Así, un 18% de quienes presentan infección e hiperplasia prostática sufren una eyaculación dolorosa (Nickel et al., 2005).

En los últimos años la prostatitis se ha relacionado con la eyaculación precoz, de hecho, se ha visto que un 64,8% de eyaculadores precoces secundarios padecían una prostatitis bacteriana crónica que mejoraba con tratamiento antibiótico (El-Nashaar y Shamloul, 2007). Con menor insistencia, se ha relacionado la prostatitis con el deseo inhibido y la disfunción eréctil, concretamente este último trastorno aparecería en un 34% de los casos (Trinchieri, Magri, Carianj, Bonamore, Restelli et al., 2007).

Una de las causas que provoca alteraciones de la erección, la eyaculación y el deseo radica en los tratamientos que se utilizan para reducir el tamaño de la próstata en la hiperplasia prostática benigna. Concretamente un grupo de estos fármacos, los denominados inhibidores de la 5-alfa reductasa, influyen de forma negativa en la sexualidad del 2,1 al 38% de los usuarios, lo que parece ser debido a una disminución de la óxido nítrico sintasa a consecuencia del déficit de dihidrotestosterona inducido por los fármacos (Erdemir, Harbin y Hellstrom, 2008).

16.6.4. Enfermedad de La Peyronie

También denominada induración plástica del pene, es una enfermedad que se caracteriza por la aparición de una placa fibrosa en la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos. Con el tiempo impide la elasticidad del pene y va produciendo una incurvación del mismo que llega a provocar dolor e imposibilidad para la penetración (figura 16.1).



Figura 16.1. Incurvación del pene.

A veces remite espontáneamente, pero en un 30% de los casos la placa sigue creciendo hasta dejar al pene sin erección por deterioro del mecanismo venooclusivo.

Hasta ahora se han empleado todo tipo de tratamientos, especialmente vitamina E y propionil-L-carnitina pero los resultados no difieren del placebo. Tampoco han funcionado de forma clara las inyecciones de diferentes sustancias en la placa. En suma, el tratamiento que aporta mejores resultados es el quirúrgico (extirpación de la placa), que se debe emplear cuando la placa está provocando dolor o ha comenzado a fallar la erección.

16.7. La sexualidad en el cáncer y la cirugía

La palabra cáncer atemoriza, no en vano gran parte de los cánceres conducen irremediablemente a la muerte. Por tanto, ya sea por el miedo, las molestias físicas ocasionadas, la quimioterapia, radioterapia o la cirugía lo cierto es que la calidad de vida sufre una involución y la sexualidad no va a estar ajena al proceso, bien por la repercusión fisiológica directa, o por todo lo anterior.

Son muchos los tipos de cáncer y de terapias oncológicas que pueden causar problemas sexuales, pero en este apartado se hará referencia a aquellos que son muy frecuentes y repercuten en la sexualidad de forma directa.

16.7.1. Cáncer genital femenino

Según Amsterdam y Krycman (2006) el cáncer genital femenino se distribuye de la siguiente manera:

27% ovárico

25% cervical

24% endometrial

24% displasia de cérvix

7% vulvar

7% sarcoma

5% vaginal

Estos tumores y su tratamiento repercuten en la sexualidad de forma que un 72% presenta dispareunia, el 65% atrofia vaginal, el 43% deseo sexual hipoactivo y el 17% anorgasmia. No obstante, el tumor que por su frecuencia ha sido más estudiado y afecta notablemente la sexualidad es el cáncer de mama.

16.7.2. Cáncer de mama: mastectomía

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres occidentales. Tres mujeres mueren a diario como consecuencia de esta enfermedad y una de cada catorce la desarrollará a lo largo de su vida.

Según los casos, el tratamiento lleva habitualmente a la mastectomía (extirpación de la mama), lo que supone una amenaza para la autoestima por el cambio en el atractivo físico que muchas veces se vive como un atentado para la feminidad. Existe además un miedo considerable a la reacción de la pareja, ya que la mujer afectada se siente menos deseable y tiene temor a ser rechazada.

Ha de tenerse presente que en la sociedad occidental las mamas son un símbolo erótico de importante magnitud (belleza, feminidad, sexualidad y maternidad), que preocupa desde la adolescencia hasta la senectud, entre otras cosas, por el tamaño y la firmeza. Que las mamas desaparezcan supone romper con un gran número de esquemas difíciles de asumir. Así, muchas mujeres se sienten mutiladas o castradas y, en este contexto, un 50% va a presentar alguna disfunción sexual, como deseo sexual hipoactivo y dispareunia que con el desasosiego consecuente conducen a la separación a un 20% de las afectadas (Dorval, Maunsell, Taylor-Brown y Kilpatrick, 1999).

El 52,1% de las mujeres conserva su interés por la vida sexual, pero en el 47,9% aparece algún grado de afectación psicológica, siendo lo más frecuente la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad (López, González, Gómez y Morales, 2008).

En esta situación, la mujer suele ceder la iniciativa de las relaciones sexuales al hombre como intentando comprobar el nivel de deseabilidad por parte de la pareja. De entrada esta actitud disminuye la frecuencia, lo cual puede ser achacado por el compañero a que ella se siente molesta y sin deseo; y como consecuencia, él tampoco toma la iniciativa por no contrariarla.

Otra secuela habitual es la disminución del juego erótico y eliminación de aquellas posturas que conlleven mucha exposición del tórax, como la posición encabalgada. Sin olvidar que el tamoxifeno y otros fármacos empleados en la quimioterapia inhiben el deseo.

Todo ello, en un contexto psicológico donde es común la falta de concentración, la disminución de la memoria y el ánimo deprimido, aspectos que resultan más frecuentes e intensos entre las mujeres que reciben quimioterapia durante largo tiempo (Brezden, Phillips, Abdolell, Bunston y Tannock, 2000).

La dificultad de adaptación resulta mayor cuanto más joven es la mujer e influye también en sentido negativo no tener pareja en la que apoyarse, con lo cual algunas mujeres se encierran en sí mismas y renuncian a conocer a otras personas. No obstante, las que no tienen una base psicopatológica previa, van adaptándose con el paso del tiempo y aunque la frecuencia de las relaciones sexuales tiende a disminuir en la fase inicial, tras un período más o menos largo se retoma la vida sexual en su integridad.

ASESORAMIENTO SEXUAL EN MASTECTOMIZADAS

Para una evolución adecuada se hace imprescindible el apoyo de la pareja y la familia. Mientras los familiares van a servir de apoyo para la mujer, la pareja funciona como fuente de conflictos en muchas ocasiones. Algunos hombres, por ejemplo, aquellos con antecedentes hipocondríacos, son dominados por una aprensión que, además de inhibirles el deseo, la proyectan en la mujer. Otros que han sufrido la enfermedad con un gran miedo a la pérdida, cada vez que observan la cicatriz sufren un proceso de retraumatización que les impide acercarse a la pareja, por lo que evitan cualquier tipo de contacto sexual haciendo que ella se sienta rechazada.

Es necesario, por tanto, abrir canales de comunicación con ayuda de algún profesional para conversar abiertamente en pareja sobre los miedos y preocupaciones. La comunicación sobre el tema, desde el inicio del proceso y antes de la hospitalización, sufrirá efectos positivos sobre el funcionamiento sexual en el postoperatorio.

Al mismo tiempo resulta de suma utilidad retomar la actividad laboral lo antes posible, ya que cuanto más tiempo se encuentre la mujer alejada de la vida ordinaria, más fácil será que se sienta distinta.

Para la superación del trauma es fundamental la reconstrucción mamaria, que puede ser inmediata o diferida. La inmediata parece tener peores resultados en cuanto a aceptación del esquema corporal (Melet, 2005). Por el contrario la reconstrucción mamaria pasados unos 18 meses suele obtener resultados beneficiosos para el 80% de las mujeres.

Lo ideal para una pronta recuperación sería contar con la ayuda de profesionales del ámbito de la sexología. De forma resumida, el programa de intervención en mujeres mastectomizadas del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología consta de los siguientes pasos:

1. Asumir el esquema corporal a nivel individual y en pareja. Para ello se recomienda a la mujer ejercicios de exposición frente al espejo, en primer lugar sola y más tarde acompañada de su pareja.
2. Autoerotización. Se establece un programa de autosensibilización y autoestimulación similar al descrito en el capítulo del deseo, con la variación de que, a modo de acondicionamiento orgásmico, justo en el momento de alcanzar el punto de no retorno, la mujer se mirará en el espejo. Mientras tanto, el compañero practicará el acondicionamiento orgásmico introduciendo en el punto de no retorno fantasías con la pareja.
3. Erotización sensorial. De la misma forma que en el tratamiento de la anorgasmia e incluyendo las caricias del tórax como si no pasara nada.
4. Erotización orgásmica. En este punto es muy importante que cada miembro de la pareja proceda a la estimulación, pero permaneciendo abrazados y en contacto los pechos de ambos al nivel de la zona de la mastectomía.
5. Penetración encabalgada. Ésta es la postura más difícil en estas circunstancias pero cuando se han seguido con éxito los pasos anteriores, se suele superar rápidamente, lo que permite una adaptación completa a la nueva situación desde el punto de vista de la sexualidad.

Las mujeres sin pareja previa a la mastectomía suelen incurrir en el error de pensar que no podrán seducir a nadie. Van a tener un gran miedo al rechazo, por eso es conveniente recalcar que, en un primer encuentro, los factores que pueden incidir para el rechazo de una mujer operada son los mismos que si no se hubiera intervenido de nada. No obstante, muchas mujeres se sienten rechazadas incluso antes de que su posible pareja conozca el asunto.

Algunas tienden a aclarar desde el primer encuentro, con el lema "yo voy con la verdad por delante", que han sido mastectomizadas, lo cual es incorrecto, pues nadie

cuenta todas sus intimidades en una primera cita. Algo tan serio que ha influido tanto en la vida de la mujer no se debiera contar más que cuando hubiera un nivel de intimidad tal, que la persona generara la confianza suficiente para hablar de un tema tan relevante. Si llegado a este punto hubiera un rechazo por el hecho de haber perdido la mama, resulta evidente que esa posible pareja no habría dado muestra de madurez o simplemente no habría estado implicada, a nivel afectivo, hasta el punto de formar una pareja sólida.

Por el contrario, si espera un encuentro sexual, deberá hablarle con antelación sobre su cáncer de mama o cualquier cirugía realizada.

16.7.3. Prostatectomía

El cáncer de próstata es el tercer tumor por orden de frecuencia en el hombre después del cáncer de pulmón y del colorrectal. Suele aparecer después de los 50 años y es la segunda o tercera causa de mortalidad por cáncer en el varón.

La prostatectomía radical suele ser la intervención que se efectúa con más frecuencia, lo que implica una resección completa de la próstata sin respetar las bandeletas (paquete vasculo-nervioso que es imprescindible para la erección). También se emplea la prostatectomía aproximadamente en un 30% de pacientes con hipertrofia prostática benigna, que no mejoran con otros tratamientos.

Según diversos estudios, tras la prostatectomía radical la tasa de disfunción eréctil oscila entre 60 y 90% y entre 67 y 85% después de la radioterapia.

La prostatectomía por resección transuretral y la prostatectomía a cirugía abierta empleadas en el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna no debieran tener repercusiones en la erección, ya que se respetan las bandeletas. Sin embargo, un notable número de hombres van a sufrir una disfunción eréctil que suele ser pasajera, es decir, de una obvia etiología psicógena.

Una repercusión de la prostatectomía es la eyaculación retrógrada. Al extirpar la próstata queda un hueco por debajo de la vejiga desapareciendo el esfínter interno, propiciando que, en el momento del orgasmo, el líquido seminal sea propulsado hacia la zona vesical. Esta situación da lugar a orgasmos secos y, si no se explica con antelación al paciente, será un motivo de preocupación, de forma que al no ver el eyaculado después del orgasmo, comenzará el proceso de autoobservación e irá disminuyendo la intensidad orgásmica hasta poder llegar a su desaparición. En todo caso, la mayoría de los prostatectomizados refieren orgasmos menos intensos, lo cual probablemente tenga que ver con la desadaptación psicológica a no eyacular.

ASESORAMIENTO SEXUAL EN PROSTATECTOMIZADOS

Hasta ahora no existe evidencia científica sólida para usar tratamiento farmacológico como mecanismo de rehabilitación del pene después de la prostatectomía. Pero los resultados obtenidos en la experimentación animal y algunos trabajos con humanos, todavía no demasiado concluyentes, han propiciado que se empleen estrategias de rehabilitación con la finalidad de prevenir la disfunción eréctil que se produce tras la intervención.

Lo ideal sería comenzar con inhibidores de la fosfodiesterasa dos semanas antes de la intervención, por ejemplo, dosis bajas diarias de sildenafil o vardenafil, tres veces por semana, o tadalafil dos veces por semana.

Una vez realizada la intervención, a partir del día en que se retire la sonda, se debería seguir con el tratamiento y usar dos veces al día un succionador de pene (va a facilitar la oxigenación de los cuerpos cavernosos). La dosis de inhibidores de la fosfodiesterasa debe ser máxima una vez a la semana e ir acompañada de estimulación sexual.

Si transcurridas seis semanas desde la cirugía no hay respuesta, se deben sustituir los inhibidores de la fosfodiesterasa por inyecciones intracavernosas de alprostadil dos veces por semana.

Todos los trabajos publicados por quienes emplean la rehabilitación farmacológica obtienen en general buenos resultados, pero ninguno tiene en cuenta que los pacientes que participan en el proceso son una selección natural de aquellos más interesados en la sexualidad y, por tanto, con una sexualidad previa mejor. En todo caso, la rehabilitación, desde el punto de vista del autor, tiene un papel primordial en el mantenimiento de la erección porque hace que el paciente y, en general, la pareja, sean cómplices en el tratamiento, mantengan unas expectativas positivas y cierto nivel de intercambio erótico. Situación muy diferente entre quienes no están interesados o están esperando que por azar "suene la flauta". Por tanto, independientemente de que se utilicen fármacos o no, para lo cual habrá que seguir de cerca las investigaciones al respecto, es imprescindible hacer algún tipo de rehabilitación implicando además a la pareja.

Como mínimo el paciente debe entrenar la erotización sensual al modo descrito en el capítulo 9, de la disfunción eréctil y poner en práctica la autoestimulación, un mínimo de tres veces por semana una vez retirada la sonda.

16.7.4. Histerectomía

La histerectomía consiste en la extirpación quirúrgica del útero y puede ser subtotal (extirpación del cuerpo del útero), total (incluye el cuello) y radical (se extirpan también ovarios, trompas y ganglios linfáticos).

Son muchas las causas que obligan la práctica de la histerectomía como la extirpación

de tumores, el tratamiento de la endometriosis, el prolapso y un largo etc., pero con independencia del motivo por el que se realice, a menudo va acompañada de alteraciones en la sexualidad. No debe olvidarse que el útero es símbolo de feminidad, maternidad y juventud. Su pérdida se asocia a la vejez, por lo que nunca supone una situación agradable. De ahí que del 3 al 16% presente dificultades psicológicas (Flory, Bissonnette, Amsel y Binik, 2006). Todo a pesar de que en algunos casos la histerectomía conduce a una mejoría de la vida sexual de la mujer, porque la alteración previa dificultaba las relaciones sexuales, por ejemplo, aquellos casos de prolapso o endometriosis donde se puede producir dispareunia o las situaciones de metrorragias consecutivas, donde la mujer apenas tiene días libres de sangrado.

Desde un punto de vista teórico la histerectomía subtotal no debiera producir ninguna alteración de la sexualidad. Por el contrario, en la histerectomía total, al extirpar el cuello del útero desaparecen muchos vasos, así como las posibilidades de expansión del fondo de saco vaginal. Como consecuencia, algunas mujeres pueden sentir presión a la penetración y mayor sequedad con respecto a la situación prequirúrgica. No obstante, los autores anteriormente citados (Flory et al., 2006), encontraron que con la histerectomía subtotal se incrementa el deseo, la excitabilidad y la frecuencia sexual al igual que con la histerectomía total, poniendo de manifiesto que la subtotal no ofrece ventajas adicionales a la total. En todo caso, las mujeres exhiben una mejor sexualidad después de la intervención, debido a la desaparición de las molestias previas.

La histerectomía radical va acompañada de los síntomas propios de la menopausia quirúrgica que, en general, son más intensos que en la menopausia natural.

A nivel sexual, el porcentaje de mujeres con bajo deseo tras la cirugía oscila entre el 16% de aquellas con edad de 20 a 49 años y el 46% de las mujeres con menopausia quirúrgica de 50 a 70 años. Las posibilidades de tener un bajo deseo sexual son significativamente mayores en las mujeres con menopausia quirúrgica que en las mujeres premenopáusicas o con menopausia natural, además son más propensas a sentirse insatisfechas con su vida sexual y más tendentes a la insatisfacción en su relación afectiva que quienes manifiestan un deseo sexual normal (Dennerstein, Koochaki, Barton y Graziottin, 2006).

A modo de resumen, la histerectomía va a servir para que mejore la vida sexual de aquellas personas que, por su problemática ginecológica, la sexualidad se estaba viendo afectada. Sin embargo, cuando la sexualidad previa no era buena, suele empeorar tras la intervención.

ASESORAMIENTO SEXUAL EN LA HISTERECTOMÍA

Es de sumo interés conocer la sexualidad de la mujer previamente a la intervención. Si la sexualidad no era buena no se deben generar ningún tipo de expectativas porque lo

más usual es que no mejore tras la cirugía. Pero si la sexualidad previa era saludable, lo más frecuente es que mejore si la histerectomía es subtotal o total. Distinto será cuando además se extirpan los ovarios, en cuyo caso, como se ha visto, es frecuente la falta de deseo y ansiedad por la ausencia del mismo.

En estas mujeres se debe estudiar la posibilidad de hacer terapia hormonal sustitutoria. Recientemente se ha puesto de manifiesto que la aplicación de parches de 300 µg testosterona (Intrinsa®) en la menopausia quirúrgica dos veces a la semana, mejora el deseo y disminuye el nivel de angustia.

En todos los casos es recomendable que la mujer inicie prácticas de autoestimulación, a las dos semanas de la intervención, para ir conectando de nuevo con la sexualidad sin la presión de la pareja. A continuación debe autoestimularse con algún vibrador o cualquier otro elemento a modo de dilatador vaginal. De esta forma se permite que la mujer sienta placer sin el miedo que algunas experimentan, después de cualquier intervención en los genitales, a los empujes incontrolados del varón durante la penetración.

17

Afrodisíacos, drogas y sexualidad

17.1. Afrodisíacos

Desde la Antigüedad el hombre ha buscado, a modo de piedra filosofal, un brebaje que le facilite incrementar su capacidad sexual, aumente su deseo y corrija sus posibles deficiencias eróticas. No menos se ha investigado en la búsqueda de pócimas y filtros amorosos que permitieran seducir sin esfuerzo a la dama o al doncel elegido, algo que previniera el dolor del amor imposible. Pero hasta ahora esa pesquisa ha sido en vano. Ni el cuerno de rinoceronte que casi ha llevado a su propietario al exterminio, ni las ostras, ni la pimienta con canela han demostrado ser eficaces. Algunos compuestos más estrambóticos como el macerado de testículo de tigre o los bebedizos a base de sangre menstrual u orina de yegua embarazada se han usado hasta la saciedad sin claros beneficios, pese al esfuerzo necesario para ingerir inmundicias de tal calibre.

De la misma manera se ha atribuido a alimentos más comunes ciertas propiedades estimulantes, encontrándose entre éstos el tomate, espárragos, lentejas, garbanzos y casi todas las especias. No obstante, no existe el afrodisíaco ideal, que sería aquel que permitiera incrementar el deseo y mejorar la respuesta sexual sin afectar a otras funciones del organismo.

Determinados productos químicos pueden mejorar aspectos concretos de la respuesta sexual, así por ejemplo la famosa yohimbina, un alcaloide obtenido de un árbol africano - mencionada en el capítulo 9 - estimula centros nerviosos relacionados con la erección, pudiendo mejorar la misma en ciertos casos. Lo que no se sabe es si la mejoría obtenida se debe a la acción directa de la yohimbina, o a la fe depositada en la sustancia por parte del individuo afectado por el problema. Se ha comprobado que este alcaloide incrementa la sexualidad de las ratas de laboratorio, aunque es difícil generalizar estos efectos a los humanos, porque se ha demostrado que la yohimbina no aumenta el deseo ni la erección de hombres sanos.

Una sustancia obtenida del macerado del escarabajo, *Cantharis Vesicatoria*, comúnmente denominada mosca española, que ya usara en la Antigüedad la malvada Livia - esposa del emperador Augusto - para estimular el deseo de Julia conduciéndola al adulterio, y elevada a la categoría de fármaco, sirve teóricamente para aumentar el

volumen sanguíneo en los genitales, pero tiene el inconveniente de producir importantes irritaciones en el tejido genitourinario, de forma que el principio activo, la cantaridina, no debe ser usada por el peligro probable de provocar insuficiencia renal.

Al Phallus Impudicus, seta nada extraña en nuestros campos, también se le han atribuido poderes erógenos, seguramente debido a la inconfundible forma de falo que le da nombre, pero en la práctica sólo sirve para complementar ensaladas de personas amantes de innovaciones culinarias. Su uso además debe ser comedido, pues los excesos pueden producir cuadros diarreicos.

La puira-muama también parece actuar sobre los genitales, pero al igual que las sustancias anteriores, no responde a las características ideales de lo que debiera ser un afrodisíaco, es decir, mejorar la sexualidad del sujeto sano sin tener efectos secundarios.

Es habitual la presencia, en distintas publicaciones, de anuncios prometiendo que tal o cual sustancia elevará al infinito nuestra capacidad sexual. Sin pretender menoscabar a priori la veracidad de tales informaciones, los resultados obtenidos en un trabajo realizado por el Instituto de Investigación Sexual de la Universidad de Hamburgo, que estudió 216 productos supuestamente afrodisíacos existentes en comercios alemanes, puso de manifiesto que ninguno de ellos tenía principio activo en cantidad suficiente como para producir cambios fisiológicos en el organismo. Esto no significa que no resulten efectivos, dado que una buena dosis de fe en el producto puede elevar la sexualidad a cotas inimaginables.

Las drogas habituales, tanto legales como ilegales, son utilizadas en nuestro medio, aparte de por sus propiedades relajantes, estimulantes o despersonalizantes, por una supuesta capacidad afrodisíaca, sin embargo la realidad suele ser otra.

17.2. Alcohol

En nuestra cultura el alcohol se encuentra estrechamente ligado al sexo. Es muy frecuente iniciar un encuentro sexual justo después de haber tomado unas copas. De hecho, el sexo se convierte en un refuerzo añadido al sabor y a la situación lúdica de beber, favoreciendo la creación de un hábito. Además, dado el efecto desinhibidor, algunas personas consumen alcohol para reforzar su autoestima sexual. Así, es habitual adquirir la costumbre de beber para sentirse seguro y retardar la eyaculación.

Existe la creencia generalizada de que el alcohol es un estimulante sexual, lo cual no es del todo incierto a dosis bajas por el efecto desinhibidor que provoca, pero la realidad, ampliamente contrastada, señala que el alcohol funciona como un potente depresor del sistema nervioso central, por lo que ayuda poco a la respuesta sexual.

El alcohol actúa a dos niveles: por un lado produce neuropatía y alteraciones de la

neurotransmisión y, por otro, alteraciones hormonales. Científicos de la Universidad de Penn Sate usando como modelo a la *Drosophila melanogaster* o mosca de la fruta, demostraron que la administración crónica de alcohol modifica la actividad de la dopamina del cerebro (neurotransmisor relacionado con el placer) y los machos comienzan a cortejar a otros machos. Si la dosis de alcohol se disminuye comienza de nuevo el cortejo a las hembras.

Pero el alcohol no sólo altera la concentración de los neurotransmisores, se ha demostrado en adolescentes de ambos sexos cómo disminuye la concentración de testosterona y la hormona del crecimiento.

El etanol y el acetaldehído (componentes de cualquier bebida alcohólica) originan un efecto tóxico sobre las células de Leyding inhibiendo las enzimas responsables de la elaboración de hormonas. El eje hipotalámico-hipofisario también se inhibe por el efecto directo del etanol y el aumento de la concentración de estrógenos en sangre. Como consecuencia aparecerá atrofia testicular, bajos niveles de testosterona y disminución de la espermatogénesis. Además, algunas bebidas alcohólicas contienen fitoestrógenos, lo que favorece la feminización.

Con el paso del tiempo la ingesta de alcohol propicia una disminución de las neuronas hipotalámicas responsables de la producción de oxitocina (Silva, Madeira, Rueda y PaulaBarbosa, 2002), que como se ha señalado en capítulos anteriores, tiene mucho que ver con la respuesta orgásmica masculina y femenina, de ahí la alta frecuencia de anorgasmia entre los bebedores.

Las concentraciones muy bajas de alcohol en sangre tienen un suave efecto intensificador del deseo, la excitabilidad y la erección, pero con concentraciones en la sangre correspondientes a dos o tres copas de licor, las erecciones se ven levemente suprimidas y la eyacuación retardada (Kolodny, Masters y Johnson, 1983).

No obstante existen diferencias de género en cuanto al efecto del alcohol en la sexualidad. Entre las mujeres, las concentraciones muy bajas parecen tener efectos mínimos en la capacidad de respuesta sexual, pero dosis correspondientes a dos o tres copas de licor provocan una reducción marcada del flujo sanguíneo vaginal, un retraso del tiempo necesario para llegar al orgasmo y menor intensidad orgásmica. Las altas concentraciones de alcohol pueden bloquear la respuesta e interfieren con la lubricación vaginal. A pesar de todo, de forma subjetiva, tienden a sentirse más provocativas y experimentar sensaciones sexualmente más intensas y satisfactorias a mayor nivel de alcohol. No cabe duda de que el efecto positivo del alcohol en la satisfacción femenina tiene mucho que ver con la alteración de las cogniciones y la liberación de la represión educativa que el alcohol propicia. Aun así, del 30 al 40% de las alcohólicas presentan trastornos de la excitabilidad y el 15% anorgasmia, además la bebida excesiva puede alterar las hormonas y bloquear la ovulación (Mendelson y Mello, 1988).

Entre los hombres alcohólicos, del 50 al 75% padecen alguna disfunción sexual (Fahrner, 1987). Un 50% presentan disminución del deseo sexual y alrededor del 40% manifiestan una disfunción eréctil, padeciendo trastorno del orgasmo entre el 10 y el 20%.

Estos datos mejoran de forma ostensible en personas que inician tratamiento del alcoholismo. Así, entre una muestra de 183 personas de un grupo de tratamiento, el 45% de los hombres mantenía relaciones semanalmente, el 69% experimentaba deseo sexual durante la semana, el 81 % no tenía problemas de erección y el 10% refería eyaculación precoz; en el grupo de mujeres, el 10% padecía vaginismo y el 5% dispareunia (Pérez, López, Olazábal y Ávila, 2004).

A los factores orgánicos hay que añadirle la influencia de los aspectos psicológicos y sociales. Quien bebe de forma abusiva lo hace sobre una base psicopatológica, al mismo tiempo, para la pareja del bebedor crónico la sexualidad no va ser prioritaria en la convivencia. Sin generalizar, es muy común un aumento de la celotipia por parte de quienes beben, lo que hace la convivencia aún más difícil. Esta celotipia tiene que ver, por un lado, con las alteraciones neurológicas del alcohol y, por otro, con el miedo a perder a la pareja una vez que por efecto de la bebida comienzan a aparecer disfunciones sexuales.

En un importante número de casos, más frecuentemente entre mujeres de bebedores, aparece un cuadro de codependencia donde, entre otras maniobras, para tener al hombre fuera de la bebida se propicia un sexo muy complaciente.

Otro problema común es que los alcohólicos a menudo tienen dificultades considerables para desarrollar y mantener relaciones íntimas.

17.3. Tabaco

En un estudio reciente, llevado a cabo con 2.288 varones, un 43,3% presentaba alguna disfunción sexual encontrándose que, entre todos los factores de riesgo, el de mayor incidencia era el tabaco (Oksuz y Malhan, 2005). Aproximadamente el 40% de quienes consultan por disfunción eréctil al Instituto Andaluz de Sexología y Psicología son fumadores. Al mismo tiempo quienes no fuman, pero conviven o están en contacto con fumadores, tienen el doble de riesgo de padecer disfunción eréctil después de un seguimiento de nueve años (Feldman, Johannes, Derby, Kleinman et al., 2000).

Además el tabaco incrementa el riesgo de padecer disfunción eréctil asociado a otras enfermedades como diabetes, hipertensión y dislipidemia, empeorando el riesgo que conlleva la edad.

En animales se ha demostrado que la influencia negativa de la nicotina en la erección

se debe a una alteración del mecanismo venoclusivo. Otros autores lo atribuyen a lesiones endoteliales similares a las producidas por el tabaco en enfermedades coronarias y otras patologías circulatorias. Lo cierto es que el riesgo de desarrollar una disfunción eréctil es 1,6 veces mayor en fumadores (Chew, Bremner, Stuckey, Earle et al., 2009), resultando 2,3 veces mayor entre quienes fuman más de 20 paquetes de cigarrillos al año (Kupelian, Link y McKinlay, 2007). Parecen estar implicados varios mecanismos:

- Alteración de la síntesis del óxido nítrico endotelial, fundamental para relajar el músculo liso cavernoso del pene y favorecer la erección, que a su vez facilita la aparición de placas ateromatosas en las arterias peneanas.
- La vasoconstricción de las arteriolas y de las fibras musculares intracavernosas.
- El aumento de la tasa de catecolaminas circulantes inducida por nicotina.
- Mayor migración de macrófagos y proliferación del músculo liso, lo que aumenta la probabilidad de arteriosclerosis.
- Aumento del fibrinógeno con el consiguiente incremento de la incidencia de trombosis.
- El daño estructural de los cuerpos cavernosos con una disminución de la flexibilidad del tejido.

La nicotina induce la disfunción endotelial por medio de la producción de dimetil arginina asimétrica e inhibición del óxido nítrico endotelial (Jiang, Jia, Yan, Zhou et al., 2006). Además la acción vasoconstrictora de la nicotina ejercida sobre las arteriolas intracavernosas provoca una disminución de riesgo como sucede en las vasoconstricciones periféricas, implicando la caída del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos. De la misma manera las catecolaminas circulantes pueden provocar el mantenimiento del tono inhibitorio alfa adrenérgico y no permitir la relajación completa de las fibras intracavernosas. Este hecho interfiere con los mecanismos de oclusión venosa, dando lugar a erecciones poco rígidas y de corta duración. De hecho, la nicotina existente en dos cigarrillos puede inhibir las erecciones inducidas por inyección intracavernosa de papaverina y disminuye el efecto de los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa.

Cada cigarrillo produce, por el efecto de la nicotina, una media hora de vasoespasmo arterial, por lo cual, si alguien está despierto unas 16 horas por día y fuma 30 cigarrillos diarios no le dará descanso a sus arterias, que se mantendrán en contracción casi todo el día, lo que no es una ayuda para los vasos del pene, que necesitan dilatarse para lograr la erección. Por otro lado para el mantenimiento del endotelio peneano son fundamentales las erecciones nocturnas y se ha demostrado que la rigidez de la erección durante el sueño se correlaciona inversamente con el número de cigarrillos fumados por día.

Además la nicotina produce otras muchas alteraciones (cuadro 17.1).

Cuadro 17.1. Alteraciones inducidas por el consumo de nicotina

-
- Dependencia.
 - Hipertensión arterial.
 - Interacción con varios medicamentos (fluvoxamina, anticonceptivos hormonales, benzodiacepinas, ranitidina, ritonavir, etc.).
 - Aumento del colesterol.
 - Disminución de la irrigación sanguínea.
 - Angina de pecho, infartos y ateromas.
 - Muerte súbita.
 - Disfunción eréctil.
 - Trastornos en la marcha.
 - Gastritis y úlceras de estómago.
 - Disminución de la micción.
 - Insuficiencia respiratoria, bronquitis y enfisema pulmonar.
-

A todo esto hay que añadir el efecto de otros productos y metales tóxicos como el cadmio, aluminio, cobre, níquel, cromodisulfuro de carbono y cianuro hidrogenado contenidos en los cigarrillos, que disminuyen la entrega de oxígeno y el aumento del trabajo cardíaco, con ascenso del colesterol total, LDL y triglicéridos, y descenso de la HDL. El cigarrillo puede estar compuesto hasta por 4.800 sustancias diferentes y la mezcla de metales y oxidantes produce daño endotelial (Bernhard, Csordas, Henderson, Rossmann et al., 2005). Por ejemplo, tres cigarrillos al día suponen un aumento de los niveles en sangre de cadmio respecto a los no fumadores.

En la mujer, tal como se vio en capítulos anteriores, el tabaco disminuye la excitabilidad, además dificulta el orgasmo (Harte y Meston, 2008). Obviamente, la disminución en la disponibilidad del óxido nítrico necesario para la erección clitoridea y la lubricación va a tomar parte en el asunto. Tampoco se debe olvidar que el tabaco altera el olfato, sentido que se ha demostrado de importancia capital como inductor de la excitabilidad femenina.

A nivel reproductivo, la experiencia acumulada sugiere que el tabaco tiene repercusiones negativas importantes sobre la producción, la movilidad y la morfología de los espermatozoides. Se ha demostrado en modelos animales que la nicotina, el humo del tabaco y los hidrocarburos aromáticos policíclicos producen atrofia testicular, disminuyen el volumen de semen y deterioran la espermatogénesis, haciendo que el producto eyaculado contenga menos espermatozoides y de peor calidad. El humo del tabaco produce también alteraciones hormonales importantes. Los niveles séricos de prolactina y estradiol se elevan en los hombres fumadores. La producción de estradiol y su concentración sérica media son significativamente mayores en los fumadores con oligospermia. Las concentraciones séricas elevadas de estradiol no sólo inhiben el eje

hipotalámico-hipofisario gonadal, sino que además pueden aumentar la producción de adrenalina y noradrenalina, lo que ocasiona isquemia relativa de los túbulos seminíferos.

En la mujer el tabaco aumenta un 28% el riesgo de aborto espontáneo, aumenta al doble el riesgo de embarazo ectópico y disminuye el peso de los neonatos (Winstanley, Woodward y Walter, 1998). Además existe un riesgo mayor de tener un bebé prematuro junto a superiores probabilidades de complicaciones durante el parto. En la especie humana, la exposición prenatal al tabaquismo materno causa otras alteraciones en el aparato reproductor masculino, como mayor incidencia en cáncer testicular, reducción de la calidad del semen así como del tamaño testicular.

La constatación de la influencia nociva del tabaco en la sexualidad constituye un argumento sólido para animar a la lucha antitabáquica, ya que seguimos estando influidos por la imagen tipo Bogart. De alguna manera el cigarrillo ha venido siendo una especie de rito iniciático desde la adolescencia hacia la hombría y es un aviso de que se está dispuesto a nuevos retos, entre ellos el sexo. El cigarrillo, en efecto, es usado como herramienta de seducción. Y aunque las cosas están cambiando, una vez que se comienza con el cigarrillo, su poder adictivo facilita el mantenimiento del hábito. De hecho, mientras el hábito tabáquico va disminuyendo en los adultos, cada año comienzan a fumar 3.000 nuevos jóvenes, lo cual puede ser el primer paso para el consumo de otras sustancias. Obviamente, se ha comprobado que la probabilidad de que un adolescente fume se incrementa si sus padres son fumadores.

Hoy día la mayoría de los adultos que fuman pretenden abandonar un hábito que instauraron en la adolescencia y del que no se pueden desprender.

17.4. Cannabis

El cannabis proviene de una planta llamada cáñamo de la que se obtienen la marihuana y el hachís. Según el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas, las visitas a urgencias directamente relacionadas con el consumo de cannabis se han multiplicado por cuatro en los diez últimos años, aumento que sitúa a los "porros" como la segunda droga que más urgencias genera en España, detrás de la cocaína (63%). Así, uno de cada tres menores de 16 años ha consumido alguna vez cannabis.

Su uso para evitar los vómitos en el tratamiento anticancerígeno y el dolor neuropático hace pensar en cualidades excelentes a todos los niveles, sin embargo un importante número de los afectados por dolor neuropático tienen que abandonar el uso porque aparecen somnolencia, alucinaciones y ansiedad, sin contar que fumar tres cigarrillos de marihuana o hachís, a diario, tiene el mismo riesgo de cáncer o enfermedades cardiovasculares que fumar un paquete de cigarrillos, ya que el humo del cannabis contiene siete veces más alquitrán y monóxido de carbono que el del tabaco. Además, el consumo crónico de cannabis provoca pérdida de memoria, trastornos

frecuentes del estado emocional, como ansiedad o depresión, junto con la desidia y pérdida de voluntad características del denominado síndrome amotivacional.

El tetrahidrocannabinol, principio activo de la marihuana, puede tener ciertos resultados estimulantes sobre el sexo. Acción que parece estar causada por efecto indirecto, producto de la relajación y del descenso de las inhibiciones que a veces rodean la actividad sexual. Además produce una distorsión en la noción de tiempo y un incremento de ciertas percepciones sensoriales (especialmente de las auditivas), por lo que el individuo - sobre todo si está sugestionado - puede tener la sensación de que el orgasmo es más prolongado, situación más frecuente entre las mujeres. De hecho, parece que los supuestos beneficios sexuales del cannabis, al igual que pasaba con el alcohol, son mayores entre el sexo femenino.

El consumo casual, esporádico, de marihuana no suele tener efectos secundarios significativos sobre la sexualidad, aunque alrededor del 15% de las mujeres se queja de que provoca sequedad vaginal (Kolodny, Masters y Johnson, 1979). Sin embargo, el consumo durante largos períodos de tiempo puede reducir los niveles de testosterona y de líquido seminal, además puede tener impacto sobre el funcionamiento ovárico en las mujeres.

Dado que la marihuana parece aumentar la capacidad de fantasía -y en este caso de fantasía sexual-, no es nada raro que sus efectos sean considerados estimulantes, aunque su influencia dependería más de factores psicológicos que de la acción del principio activo. Así, un 76% de mujeres y un 70% de hombres, consumidores habituales, refieren que la marihuana aumenta el placer y la satisfacción sexual y, al mismo tiempo, un 58% de los hombres y un 36% de las mujeres manifiestan que incrementa la calidad del orgasmo (Halikas, Weller, Morse, 1982).

17.5. Cocaína

La cocaína es un alcaloide derivado de la coca que causa euforia, excitación y disminución de la sensibilidad a la fatiga. La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España durante el período de 2005 a 2006, situó en el 3% la prevalencia del consumo de cocaína entre los españoles de 15 a 64 años durante los últimos 12 meses, confirmando la tendencia al alza.

La cocaína es la causa del 62,1 % de las primeras consultas al médico por problemas con las drogas y del 63,4% del total de los ingresos en urgencias, según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Según los datos recogidos en la Memoria Anual de Proyecto Hombre de 2007 es la segunda sustancia ilegal de inicio más consumida y la que genera más problemas en el sistema socio-sanitario. Todo ello además de que multiplica por 15 el peligro de sufrir un

derrame cerebral y produce una reducción del flujo sanguíneo al corazón facilitando la necrosis del miocardio.

Existe la idea generalizada de que la cocaína es un potente estimulante sexual, lo cual no es cierto, aunque sí sucede que su efecto euforizante y dinamizante va a ayudar a iniciar cualquier contacto, optimizado por la creencia en la efectividad de la droga.

La acción dopaminérgica de la coca puede aumentar la excitabilidad y el deseo pero retardará el orgasmo (Saso, 2002). De ahí que cuando se entrevista a consumidores de distintas drogas, la cocaína es la preferida por su supuesto efecto de potenciadora sexual (Gay, 1982). Sin embargo, a largo plazo, la inhalación continuada de cocaína conduce a una pérdida de deseo. Siegel (1982) determinó que veinte hombres entre veintitrés que eran consumidores crónicos de cocaína, desarrollaban carencia de interés sexual y ausencia de erección. En otro estudio, el 62% de los hombres adictos a la cocaína sufrían disfunción eréctil (Cocores, 1988).

Se ha comprobado que eran anorgásmicas el 60% de fumadoras de crack (también denominado roca, piedra o rockstar; es un macerado de hojas de coca con queroseno, a cuya pasta se le agrega bicarbonato de sodio para aumentar el volumen y disminuir su coste), y el 44% de consumidoras de cocaína tres veces por semana, frente al 28% de las que consumían cocaína menos de una vez por semana. Entre los hombres consumidores de crack, el 72% tenía frecuentes episodios de disfunción eréctil. Por tanto, parece que el crack altera la sexualidad de forma más intensa que la cocaína.

Aunque a largo plazo la cocaína tiende a inhibir la respuesta sexual dificultando tanto la erección como la lubricación vaginal, las fantasías sexuales aumentan y el contexto erótico mejora, por lo que tras varios intentos sexuales bajo el dominio de la coca, muchos usuarios consideran que la sexualidad sin la droga es menos rica, entrando en una adicción sexococa que cada día es más frecuente observar en consulta. Por otro lado, comparando los distintos tipos de drogas, la cocaína es la que mejor predice la ausencia del condón durante las relaciones sexuales (McNall y Remafedi, 1999).

17.6. Anfetaminas

Ejercen una importante acción estimulante del sistema nervioso, provocando insomnio, incremento del rendimiento físico e intelectual y gran euforia; de ahí su efecto sobre las sensaciones orgásmicas. En teoría no actúan directamente sobre la respuesta sexual, pero la activación generalizada y la sensación de bienestar incrementa las sensaciones relacionadas con el sexo (McKay, 2005). Su constante utilización provoca dependencia física grave, con adelgazamiento prolongado, amén de alteraciones psicopatológicas diversas.

Algunos usuarios afirman que las anfetaminas aumentan el deseo al comienzo de su

uso, retardan la eyaculación y el orgasmo, pero al igual que la coca también provocan el efecto "splahs", es decir, sensación de orgasmo intenso pero corto. Dosis elevadas retardan o anulan el orgasmo y la lubricación vaginal, aparte de producir importantes problemas psicopatológicos y, a largo plazo, el desinterés es la norma. El uso continuo de metanfetamina provoca pérdida de erección, fenómeno muy común en las PNP (Party and Play; encuentros sexuales con anfetaminas que duran de horas a días) que es denominado cristal dyck, donde hay una fuerte excitación e importante actividad física pero sin erección.

La metanfetamina también es la droga de elección en los encuentros "PNP BB only" (Party and Play sólo para Bareback), es decir, sin usar preservativos.

17.7. Éxtasis (MDMA)

El ocho por ciento de los jóvenes españoles entre los 15 y los 24 años afirma haber tomado éxtasis en algún momento de su vida. La MDMA (3-4 metilenedioximetanfetamina) es una droga sintética psicoactiva químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mescalina - altamente neurotóxica - que puede alterar los receptores dopaminérgicos implicados en el aprendizaje y provocar un efecto degenerativo similar a la enfermedad de Parkinson, la de Huntington o la isquemia cerebral. Además, quienes consumen regularmente éxtasis tienen en un 14% más dificultades de memoria a largo plazo y en un 23% más probabilidades de mostrar problemas a la hora de recordar cosas en comparación con los que no toman esta droga. Este porcentaje es del 20% para los consumidores habituales de cannabis.

Algunos autores manifiestan que el mecanismo de actuación cerebral es parecido al que acontece en los casos de anorexia nerviosa. No obstante, es consumido por unos nueve millones y medio de europeos, lo que supone un 3% de la población del continente, según los últimos datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías correspondientes a 2007. Dos de cada tres consumidores de éxtasis sufren trastornos psicológicos, especialmente estados depresivos, probablemente debido al déficit de serotonina que ocasiona la droga (Guillot, 2007).

La respuesta sexual es similar a la que acontece con el uso de anfetaminas, pero el éxtasis suele ser más empleado para fiestas y conciertos, especialmente del tipo breakbeat, que para el sexo. Los consumidores afirman que aumenta el deseo y la satisfacción (el 90% de los hombres y el 93% de las mujeres). Por el contrario, los efectos sobre la erección no son tan positivos y un 40% afirman que empeora. El orgasmo se retrasa, pero es percibido como mejor por el 85% de los hombres y el 53% de las mujeres (Zemishlany, Aizenberg y Weizman, 2001).

17.8. Éxtasis líquido (GHB)

El ácido gammahidroxibutírico (GHB), más conocido como "éxtasis líquido", "G", "líquido X" o "gama G", utilizado especialmente por gente joven es una droga depresora del sistema nervioso central que actúa sobre los receptores GABA que están implicados en patologías como la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer o el Parkinson.

En la actualidad su consumo va en aumento, según describen los usuarios, por el incremento de sensaciones placenteras durante la actividad de bailar y por la desinhibición que provoca, lo que facilita el acceso al sexo, pero no existen datos objetivos sobre la repercusión sexual, si bien, conocido el mecanismo de acción a nivel cerebral, se debe suponer un freno en la respuesta sexual y no una activación.

17.9. Mescalina

Se obtiene a partir de los botones del cactus peyote. Ingerida en pequeñas dosis produce un estado de euforia con disminución de las inhibiciones, por lo que, en ocasiones, puede aumentar el impulso sexual. Algunas mujeres refieren una mejor respuesta orgásmica.

Aunque no existen estudios al respecto, entre los consumidores habituales de diferentes sustancias, la mescalina tiene fama de incrementar las sensaciones derivadas del sexo.

17.io. LSD

La LSD (sigla inglesa de dietilamida de ácido lisérgico), más conocida por el nombre común de "ácido", es una sustancia sintética que se asemeja químicamente a los derivados del cornezuelo del centeno, un hongo que crece sobre algunos cereales, como el trigo y el centeno. Es un poderoso alucinógeno que en la mayoría de las ocasiones frena la sexualidad. Sin embargo antiguamente fue usada como tratamiento de la anorgasmia (Ling y Buckman, 1966). Hoy día se conoce que el LSD inhibe la conducta copulatoria de la rata (Sietnieks, 1985).

Desde el punto de vista de la sexualidad la única ventaja sería que provoca un incremento sensorial, pero esto resulta desagradable en gran parte de las ocasiones.

Parece existir cierto perfil diferencial entre mujeres adictas al LSD con respecto a las consumidoras de otras drogas. Las del LSD suelen ser preferentemente blancas, acceder al sexo más tarde que las consumidoras de marihuana, adoptar más conductas sexuales de riesgo, haber sido víctimas de abusos y manifestar síntomas depresivos (Rickert, Siqueira, Dale y Wiemann, 2003).

17.11. Heroína

Es un potente depresor del sistema nervioso central. Recientemente se ha puesto de

manifiesto que la administración de heroína y otros opiáceos a mamíferos inhibe las feromonas y, por tanto, el impulso sexual. En los humanos suprime la producción de testosterona y también reduce la secreción de la hormona luteinizante. Como consecuencia, en los hombres provoca disminución en el interés sexual, retraso en la eyaculación y alteraciones en la erección. En la mujer también disminuye el interés sexual y aumenta las dificultades para conseguir el orgasmo.

Concretamente, el deseo sexual se inhibe en el 75% de los hombres y el 68% de las mujeres, aunque aumenta en un 5% y 20% respectivamente. El 71% de los hombres y el 60% de las mujeres empeoran la excitabilidad y un 60% entre ambos sexos presentan mayor dificultad para obtener el orgasmo (Phala y Esteves, 2002).

Se ha verificado que ante estímulos sexuales responden menos los consumidores activos de heroína, seguidos de los abstinentes, con respecto a los no consumidores.

En definitiva, tras un repaso a la acción de las distintas drogas sobre la esfera sexual, la utilización de estupefacientes, además de conllevar una serie de riesgos para salud, no potencia especialmente ninguna de las fases de la respuesta sexual humana, sino que el uso prolongado provoca alteraciones en el desempeño del erotismo.

Experimentalmente se ha demostrado cómo ante la exposición a estímulos eróticos, los consumidores de drogas son menos reactivos que las personas no consumidoras. Para Goldstein y Volkow (2002) las drogas suponen estímulos reforzadores que desplazan los estímulos eróticos naturales. Así, la devaluación de los reforzadores naturales puede contribuir a explicar las dificultades de los individuos consumidores para disfrutar de eventos afectivos cotidianos, como los sexuales, lo que va unido a una valoración exagerada de estímulos relacionados con el consumo, claramente vinculada a la experiencia emocional de "craving".

Resumiendo, ante un estímulo erótico se ven más activados los no consumidores respecto a los consumidores de cualquier tipo de droga y comparando entre ellas, los cocainómanos observan el estímulo con mayor agrado que los adictos al alcohol, heroína y "revuelto". Sin embargo, se activan más y lo viven con mayor intensidad los consumidores de alcohol frente a los cocainómanos y heroínómanos. A su vez controlan más las emociones desatadas frente al estímulo erótico los cocainómanos, después heroínómanos y por último alcohólicos (Aguilar, Verdejo, López, Montañez et al., 2008).

Tal como se ha remarcado a lo largo del texto, los efectos fisiológicos de las drogas no facilitan la respuesta sexual, aunque psicológicamente los resultados puedan ser distintos, muy relacionados de hecho con las expectativas que se tienen acerca del efecto que las drogas producen. En nuestro medio los jóvenes opinan que el alcohol es la mejor droga para iniciar un encuentro sexual, incrementar la excitabilidad y prolongar el sexo (las mujeres usan más el alcohol en este sentido que los hombres), sin embargo prefieren usar

la cocaína cuando tienen acceso a ella. Mientras el cannabis es usado en otros momentos debido al conocimiento generalizado de su capacidad relajante. El éxtasis por el contrario se prefiere para el divertimento y permanecer en actividad, no para uso sexual (Calafat, Becoña y Mantecón, 2008).

Desde la perspectiva de la teoría del apego, los estudios llevados a cabo ponen de manifiesto que las personas con apego seguro consumen menos alcohol y drogas. Para Gómez Zapiain (2009) "el uso, incluso moderado, de alcohol u otras sustancias podría interpretarse como una manera de aliviar la ansiedad producida por el miedo subyacente al rechazo o al abandono en el ámbito de la intimidad; dicho de otro modo, tal situación se debería a un momento de inestabilidad producida por la debilidad del propio Yo", lo cual conecta con lo aseverado por Kaplan (1979), quien afirmaba que "la gente tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual: les resulta más fácil borrar a su pareja en el éxtasis de una droga que vivenciar plenamente el contacto con ella".

18

Transexualismo

i8.i. Introducción

La identidad sexual es un juicio acerca de la idea de sentirse hombre o mujer en relación a la propia figura corporal, especialmente a partir del aspecto de los genitales (me veo un pene luego soy hombre, tengo vagina luego soy mujer).

La identidad de género consiste en definirse como hombre o mujer según los aspectos socioculturales que, en cada lugar y momento histórico, han ido conformando culturalmente al hombre y a la mujer, es decir, supone clasificarse en función de los papeles asignados a hombres y mujeres (roles de género).

Hay una serie compleja de factores bio-psico-sociales, temporalmente programados, que influyen en la adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. Así, los menores, durante años se consideran niños o niñas por las características del rol de género (cómo visten, peinado, juegos, etc.), sin tener en cuenta los rasgos biológicos que definen la identidad sexual. No es hasta los seis años, cuando las diferencias biológicas tienen mayor peso que el rol de género. No obstante, existe una especie de período crítico, que se suele establecer alrededor de los cuatro años, a partir del cual los niños tienen sensación de pertenencia a uno u otro sexo, y cualquier cambio, por motivo médico o de otro tipo (por ejemplo, pérdida de los genitales en un accidente), conllevaría un importante trastorno psicológico.

Sin embargo, los menores hasta los cinco años piensan que su identidad puede cambiar (por ejemplo, cambiando de vestido o peinado), pero a partir de los seis años se va adquiriendo consciencia de que la identidad es permanente, siendo los genitales quienes contribuyen en mayor medida a la fijación.

El DSM III, en 1980, acuña el término de transexualismo, referido a personas que presentan un trastorno de la identidad por el cual se sienten atrapadas en un cuerpo que no consideran suyo necesitando una reasignación quirúrgica de sus genitales. En 1994, el DSM IV sustituye la palabra transexualismo por trastorno de la identidad de género: "fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con el sexo anatómico".

En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10), se sigue manteniendo el término transexualismo.

18.2. Trastorno de la identidad de género: conceptos

Es un trastorno de la identidad que puede surgir en la infancia, adolescencia o vida adulta, caracterizado porque la persona piensa que tiene un cuerpo equivocado y presenta una activa búsqueda de ayuda para la reasignación del sexo.

El deseo de reasignación puede ser fluctuante o persistente, convirtiéndose por momentos en el objetivo vital del sujeto, pasando las demás facetas de la vida a ser variables dependientes del cambio.

El término transexualidad fue propuesto por Caldwell y popularizado por Benjamin en la década de los cincuenta, pero es Stoller (1982) quien más se esfuerza en diferenciar entre homosexual, travestido y transexual. La diferencia primordial radica en que los dos primeros disfrutan de sus genitales, mientras el transexual los repudia. El transexual hombre a mujer es femenino pero no afeminado, aunque le atraen los hombres no se siente homosexual, y la imagen que tiene de la mujer es fielmente estereotípica. En sus relaciones intenta usar los genitales lo menos posible y, a veces, si tiene pareja, piensa que a los hombres sólo les interesa el sexo, de ahí que suele desarrollar con frecuencia cierta promiscuidad complaciente.

El transexualismo puede ser primario o secundario. El primario suele comenzar con travestismo infantil dentro de un cuadro más amplio de trastorno de identidad en la infancia. Dicho cuadro evoluciona en un 65% de los casos hacia conducta homosexual, un 6% a travestismo, un 6% transexualismo y un 12% heterosexualidad (Zuger, 1978). Los padres suelen observar los rasgos cambiados desde los dos a cuatro años, siendo, en experiencia del autor, las abuelas quienes primero llaman la atención a los padres acerca de que el niño "no es normal".

Como se ha referido con anterioridad, el DSM-IV reemplazó el nombre de transexualismo por el de trastorno de la identidad, y dependiendo de la edad de comienzo, diferenció las distintas posibilidades en trastornos de la infancia, adolescencia y adultos.

En definitiva el DSM IV-TR (APA, 2000) establece los siguientes criterios para definir un trastorno de la identidad de género, textualmente:

- a) Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños, el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
2. En los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina;

en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.

3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

b) Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propias de los niños. En las niñas: rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como: preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo, pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

c) La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

d) La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El transexualismo puede ser primario o secundario. El primario con frecuencia muestra síntomas desde la infancia, sucediéndose una serie de conductas propias del sexo opuesto. Esta forma de presentación es la más común, supone un 90% de los casos y tiene muy buen pronóstico tras el tratamiento de reasignación.

El transexualismo secundario incluye -a aquellas personas en las que la identificación con el otro sexo aparece más tardía y de manera más gradual, se incluyen también quienes no cumplen todos los criterios. En este sentido, Docter (1988), manifestó que entre fetichismo y transexualidad existe un continuo. El fetichismo travestista sería el goce sexual al vestirse de mujer ocasionalmente. Si los períodos dedicados a vestirse del

sexo opuesto aumentan en días y semanas, se pasa al travestismo marginal, que se convierte en transgenerismo si el sujeto alterna sus papeles en la sociedad, convirtiéndose en transexualismo secundario si persiste en el papel cambiado. En estos casos se debe tener más prudencia a la hora de la reasignación, en primer lugar porque a veces hay remisiones espontáneas y, en otros casos, porque puede haber arrepentimiento tras la intervención.

18.3. Características psicosexuales y ciclo vital

Según García Valdés (1981), suelen ser los últimos hermanos de la familia, siendo la edad de aparición más temprana en mujeres que en hombres. Ellas son conscientes de su opuesta identidad antes que los hombres (77% antes de los seis años). También ellas despliegan conductas contrarias a su rol con mayor frecuencia que los varones, 95% frente al 75% (Vershoor y Portinga, 1988).

Durante la adolescencia, persiste la inconformidad con el sexo asignado y un fuerte deseo de vestir y adoptar un modelo del sexo opuesto, pero con poca excitación sexual a diferencia de como ocurre en el travestismo. Entre las niñas transexuales la pubertad es terrible, se aplanan los senos con vendajes y se sienten fatal con la menstruación, soliendo simular la silueta genital masculina con trapos bajo el pantalón. Es común que ante familiares y amigos representen una madurez superior a los jóvenes de su edad y cuando tiene amistades, generalmente son de mayor edad.

Los chicos adolescentes son víctimas permanentes de sus compañeros de clase, uno de los motivos, sin duda, por los que rápidamente abandonan los estudios. Suelen llevar alguna prenda del sexo contrario aunque sea a escondidas. Siempre se ha pensado que la masturbación es poco frecuente, debido al poco aprecio que tienen a sus genitales. Pero estudios recientes ponen de manifiesto que los hombres biológicos en su totalidad, afirman haberse masturbado a lo largo de su vida, aunque solamente el 38,5% de la muestra seguía con la práctica en el momento de la entrevista. Frente a los datos de los hombres, el 69,2% de las mujeres biológicas afirman haber practicado la masturbación a lo largo de su vida y reconocen seguir masturbándose en la actualidad el 46,2% de las mismas (Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

Es común en la transexualidad que se inicie la sexualidad a edades tempranas, porque sus rasgos femeninos atraen a varones adultos que las seducen o acosan sexualmente.

En la edad adulta, las mujeres biológicas disfrutan de una integración y equilibrio mayor que los hombres. Llevan una vida ordenada y pasan desapercibidas en el trabajo. Los hombres biológicos tienen poco o ningún deseo, mientras las mujeres manifiestan claro deseo por otras mujeres desde la pubertad. Hay quien lo entiende como una negación del lesbianismo, "me gustan las mujeres, luego soy un hombre". A diferencia de las lesbianas se niegan a que les toquen los genitales y las partes femeninas de su cuerpo,

por eso además eligen a mujeres heterosexuales que quieren ser amadas por hombres y no por mujeres.

Los hombres biológicos son atraídos por hombres especialmente "machos", con los que adoptan un papel sexual muy pasivo. La actividad sexual más placentera suele ser el coito interfemoral (rozamiento de los genitales) y besos. Acceden a la penetración anal especialmente para satisfacción de sus parejas y evitan situaciones donde se vean muy implicados los genitales masculinos propios.

El deseo sexual es parecido, pero algo mejor para transexuales masculinos (mujeres biológicas), un 77% de los cuales manifiestan tener un deseo de moderada a mucha intensidad frente al 61,5% de transexuales femeninos. La intensidad de la excitación sexual muestra resultados en la misma línea, el 84,6% de transexuales mujer-hombre sienten una intensidad que va de moderada a mucha, frente al 53,8% de transexuales hombres-mujer. Sin embargo, en la intensidad del orgasmo, los hombres biológicos superan ligeramente a las mujeres (76,9% frente a 69,3% respectivamente).

Finalmente, revelan satisfacción sexual de moderada a mucha intensidad un 69,2% de transexuales femeninos, frente a un 61,6% de transexuales masculinos (Hurtado, Gómez y Donat, 2006).

La capacidad orgásmica aumenta en mujeres transformadas a hombres y disminuye en hombres cambiados a mujeres, aunque muestran ambos una satisfacción general.

Se puede afirmar que los transexuales femeninos tienen una mayor predisposición a la homosexualidad. Un 61,5% de transexuales hombres a mujer manifiestan una orientación heterosexual en el sexo/género deseado, mientras un 23,1% expresa orientación homosexual y un 15,4% se manifiestan bisexuales. Los transexuales mujer a hombre sienten en su mayoría (92,3%) una orientación heterosexual, existiendo solamente un 7,7% de orientación bisexual y ningún caso con orientación homosexual de la muestra estudiada (Hurtado, Gómez y Donat, 2006). En suma, se puede concluir que los transexuales femeninos tienen una mayor fragilidad en la orientación sexual, que en la práctica se manifiesta muy versátil. De forma que, con relativa frecuencia, el hombre que se siente mujer y le gustan los estereotipos muy masculinizados, tras la intervención de reasignación, pasa a sentir atracción por mujeres con un estereotipo variable pero más frecuentemente masculinizadas.

Formalizar pareja estable es más frecuente entre transexuales masculinos (mujeres a hombre) que en transexuales femeninos (61,5 frente a 30,8%).

Vershoor y Portinga (1988) no encontraron diferencias significativas en cuanto a tratamiento psiquiátrico entre y hombres y mujeres (19,3 y 18,6%), aunque era mucho mayor que la población control. De hecho, los intentos de suicidio (20% del total) e

ingesta de drogas son frecuentes, lo cual no debe sorprender dado el malestar producido por el descontento con su sexo, la preocupación por travestirse, el aislamiento debido a la dificultad para hacer amistades y, en suma, a la transfobia social existente.

A diferencia de la homosexualidad, los escenarios donde se desenvuelven los transexuales son espacios transitorios hasta conseguir, tras la reasignación, un lugar en el mundo del sexo deseado, fuera del ambiente transexual (esto es más común en mujeres biológicas). Mientras tanto, es habitual usar escenarios similares a los homosexuales, además de un ambiente más específicamente "trans" que sólo existen en algunas grandes ciudades.

En general, los puestos de trabajo más comunes son las barras de clubes, centros de belleza y la prostitución, que es considerada como un trabajo digno (entre los varones biológicos). Las mujeres biológicas tienen menos problemas a la hora de encontrar trabajo.

18.4. Etiología

Existen dos propuestas de líneas etiológicas, de un lado estarían la psicología y psiquiatría, y de otro, quienes apuntan una base biológica.

18.4.1. Origen psicológico

Para Stoller (1982), el origen se encuentra en la relación materno-filial (madres a cuyos maridos prestan poca atención y lo comparten todo con el hijo). Las madres de niños transexuales hombre a mujer son muy especiales, hubieran querido ser hombres y mantienen una relación profusa con el niño, donde el padre apenas interviene. El padre no es un rival, simplemente no existe.

En el caso de las niñas sería distinto, una madre que no puede atender a su hija es sustituida por un padre que hace de la hija compañera de diversiones, a ella no le sienta bien la ropa femenina que le obligan a ponerse y le atraen otras chicas. Sin embargo, en experiencia del autor estos presupuestos no acontecen en ninguno de los dos casos.

En una línea psiquiátrica más dura se encuentran quienes opinan que la transexualidad presenta las características de un delirio parcial.

18.4.2. Origen biológico

Se han formulado distintas hipótesis sin que exista evidencia suficiente:

- Alteraciones electroencefalográficas.

- Alteraciones hormonales, especialmente en período pre y perinatal, que darían lugar a un trastorno de la diferenciación neuroendocrina cerebral.
- Base dimórfica cerebral alterada. Esta línea de investigación quizás sea la que más relevancia ha tenido en los últimos tiempos. Zhou y colaboradores (1995) encuentran diferencias en el núcleo basal de la estría terminal. Se sabía que la parte central de ese núcleo, con células ricas en somatostatina, es un 44% más grande en hombres respecto a mujeres, no existiendo diferencias de hombres homo a hombres heterosexuales. Al mismo tiempo, el núcleo también es mayor en hombres homosexuales frente a mujeres heterosexuales. Por el contrario, era entre un 52 a 46% más pequeño en transexuales hombre a mujer que en los hombres heterosexuales y homosexuales.
- Otra línea de estudio ha sido la investigación de los dermatoglifos. Se pensó que los transexuales femeninos (hombre a mujer) tendrían semejanzas con las mujeres del control y que las huellas de los transexuales masculinos (mujer a hombre) las tendrían con los hombres del control. Los resultados demostraron una tendencia de diferencia sexual entre los varones y las hembras genéticos. Pero por el contrario de las expectativas del trabajo, no se encontraron las semejanzas buscadas (Slabbekoorn, van Goozen, Sanders, Gooren et al., 2000).

En suma, hasta ahora ninguna línea sólida de investigación ha demostrado, con una evidencia consistente, los orígenes de la transexualidad.

18.5. Prevalencia

Los primeros estudios de prevalencia arrojaban una cifra total de 1,5 por 100.000 habitantes, con una relación de cuatro a seis hombres por cada mujer. Estudios más recientes muestran una prevalencia, entre población belga, de 1:12.900 transexuales hombre a mujer y 1:33.800 transexuales mujer a hombre (De Cuypere, Van Hemelrijck, Michel, Carael et al., 2007).

Entre población española, la prevalencia sería de 1:21.031 transexuales hombre-a-mujer y 1:48.096 transexuales mujer-a-hombre (Gomez Gil, Trilla García, Godas Sieso, Halperin Rabinovich et al., 2006).

Algunos autores han hecho una extrapolación de los datos más fiables de otros países, para calcular de forma estimada el número de transexuales en España, concluyendo, a tenor del número de habitantes, que debe haber alrededor de 2.087 transexuales, de los cuales 1.480 serán hombre a mujer y 607 mujer a hombre. Teniendo en cuenta el porcentaje de los que pasan por quirófano, se supone que, del total, serán candidatos a cirugía alrededor de 400 personas.

18.6. Tratamiento

Antiguamente, para los psicoanalistas, se trataba de descubrir el núcleo de una convicción delirante. Otros trataban la transexualidad como una degeneración sociológica, así Millot (1984) afirmaba: "El remedio al malestar no es el cambio de sexo, si bien, éste suele mejorar algunos problemas. La invención del transexualismo supone la creación de una oferta que no existe sin el médico que estirpe o prescriba hormonas. El transexual es la cobaya que ofrece su cuerpo a la omnipotente ciencia médica moderna".

Todas esas ideas han quedado obsoletas. Desde la salida a la luz de los famosos casos de Christine Jorgensen, infante de marina que se convirtió en mujer, Renée Richards, oftalmólogo jugador de tenis que generó una gran polémica por pretender que se le permitiera jugar en los campeonatos femeninos, así como el caso del escritor inglés Jim Morrison, hoy día no se entiende la atención a transexuales sin la terapia hormonal y la reasignación quirúrgica.

En la actualidad, desde la década de los años 80, se siguen las propuestas de la Asociación Internacional de la Disforia de Género "Harry Benjamin" (HBIIGDA, 2001; así se conoce a la World Professional Association for Transgender Health), que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios tanto para la terapia hormonal como quirúrgica que se citan a continuación (Meyer III, Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, DiCeglie et al., 2002).

18.6.1. Terapia psicológica

La terapia psicológica debe proporcionar consejo sobre las distintas opciones vitales, asesorando acerca de la puesta en práctica del test de la vida real y ayudando al paciente a hacer frente a las distintas vicisitudes que se le presenten. De hecho, el tratamiento psicológico debe estar centrado en el afrontamiento de las dificultades que se presentan y no tanto en un intento, como se había hecho anteriormente, de reelaborar aspectos de la identidad.

El mayor reto del profesional de la salud mental es hacer entender al transexual que la psicoterapia no es un freno a sus aspiraciones de reasignación quirúrgica, ni un tiempo de entretenimiento por el que hay que pasar antes de acceder al anhelado cirujano.

TEST DE LA VIDA REAL

Consiste en adoptar, de forma cotidiana, el papel de género deseado para evaluar si en realidad la persona se siente cómoda tal como pensaba a nivel imaginario.

Este proceso debiera ser supervisado por un psicólogo, sexólogo o psiquiatra con experiencia en este campo, quien deberá verificar, como señales positivas de experiencia

de la vida real, las siguientes variables:

- 1.Mantener el empleo de tiempo completo o parcial.
- 2.Funcionar como estudiante.
- 3.Participar como voluntario en una actividad comunitaria.
- 4.Emprender alguna combinación de los puntos anteriores.
- 5.Adquirir legalmente un nombre apropiado al nuevo género.
- 6.Proporcionar testimonio de personas que, aparte del psicoterapeuta, saben del funcionamiento del paciente en el papel de género deseado.

18.6.2. Tratamiento hormonal

El segundo paso del tratamiento consiste en la terapia hormonal, que debe ser precedida por al menos tres meses de vida en el rol genérico deseado.

Las modificaciones corporales que producen las hormonas suelen ser imprescindibles para el éxito de la reasignación. La calidad de vida de estas personas mejora en cuanto aparecen los primeros cambios, aunque también puede haber efectos indeseables.

Las mujeres biológicas, tratadas con andrógenos, suelen conseguir una voz más grave, mayor cantidad de vello y crecimiento del clítoris junto a una distinta distribución de la grasa de las caderas.

Los hombres biológicos tratados con estrógenos consiguen un aumento de las mamas, una disminución del vello corporal y del tamaño testicular, cierta redistribución de la grasa corporal hacia la forma más femenina, etc.

Para la terapia hormonal se deben cumplir los siguientes criterios:

- 1.Ser mayor de edad, aunque algunos países permiten el tratamiento a menores.
- 2.Conocimiento por parte del paciente de lo que pueden y no pueden lograr las hormonas y de los riesgos y beneficios sociales.
- 3.Una experiencia de la vida real de al menos tres meses antes del suministro de hormonas o un período de psicoterapia de duración especificada por el profesional de salud mental después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de tres meses).

En algunos países las personas con 16 años pueden tomar decisiones médicas sin el consentimiento de los padres y pueden iniciar el tratamiento hormonal. En otros casos, cuando se trata de un transexualismo primario, muy marcado desde la infancia, puede ser interesante retrasar la pubertad para facilitar una mejor reasignación en el futuro.

18.6.3. Tratamiento quirúrgico

La reasignación quirúrgica es la meta final de todas las personas con trastorno de identidad. Antes de pasar por quirófano se requiere aunar los criterios siguientes:

1. Mayoría de edad.
2. Doce meses de terapia hormonal.
3. Doce meses de experiencia positiva de la vida real.
4. Si el profesional de salud mental lo requiere, participación responsable y regular en un programa psicoterapéutico durante la experiencia de la vida real.
5. Conocimiento del tiempo necesario de hospitalización, las probables complicaciones médicas y las necesidades de rehabilitación postoperatoria que implican las diferentes técnicas quirúrgicas.
6. Conocimiento de varios cirujanos expertos en reasignación.

En transexuales mujer a hombre se practica primero la mastectomía, que en algunos casos es la intervención definitiva porque la persona se adapta. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir histerectomía, salpingo-ooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, implantación de prótesis testiculares y faloplastia.

La faloplastia - formación de un pene - sueño de estas personas, es una intervención complicada que requiere varias etapas separadas. Menos compleja resulta la metoidioplastia, que en teoría es una cirugía de una sola etapa para la construcción de un microfalo a partir del clítoris. Aunque la práctica se revela distinta y en la mayoría de los casos hacen falta de media 2,6 operaciones. De todas formas la metoidioplastia es la intervención ideal para quienes tienen dudas acerca de la faloplastia, pudiendo empezar por esta intervención e intentar la faloplastia posteriormente (Hage y Von Turnhout, 2006).

En los casos de hombre a mujer, se puede practicar una mamoplastia de aumento, si tras 18 meses de tratamiento hormonal no le proporciona a la paciente la imagen esperada. Los procedimientos quirúrgicos genitales pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y labioplastia vaginal.

Para mejorar la apariencia femenina se puede llevar a cabo una condroplastia de reducción traqueal, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción de los huesos faciales, estiramiento facial y blefaroplastia.

Hasta no hace muchos años, algunos autores cuestionaban la reasignación quirúrgica por entender que ocasionaba muchos problemas. Así, Mate-Kole et al. (1988), observaron que los transexuales en lista de espera presentaban menos síntomas neuróticos que quienes habían sido intervenidos. Pero estudios recientes apuntan que con las nuevas técnicas quirúrgicas, preservando las bandas neurovasculares, transformando el glande del pene en clítoris, usando el cilindro fálico para formar la nueva vagina y los sacos escrotales para formar los labios, los resultados son muy satisfactorios para el 90% de los intervenidos.

Entre el 10 y el 15% de las reasignaciones quirúrgicas se pueden considerar un fracaso. Sorprende el mayor éxito en mujeres biológicas a pesar de que la faloplastia no suele estar muy elaborada, lo que hace inferir una mayor adaptabilidad en la mujer biológica.

Diversos estudios han podido contrastar un mayor número de fracasos en transexuales de mayor edad, por tanto, se ha de tener cuidado en individuos mayores de 30 años. Asimismo se correlaciona con resultados insatisfactorios la inestabilidad personal y social.

Una pareja estable que participe en el proceso de decisión quirúrgica favorecerá una mejor adaptación posterior, pero sólo un tercio de los hombres biológicos tienen relaciones estables cuando buscan la reasignación, frente a dos tercios de las mujeres.

En opinión de Lustróm y Pauly (1981), denegar la cirugía a transexuales secundarios mejora la vida de estos razonablemente. En nuestra experiencia, recomendar vías alternativas a la cirugía tan sólo sirve para que el individuo busque otro lugar para ser operado. En todo caso, con las técnicas quirúrgicas actuales, un 80% de quienes se operan se encuentran con un alto grado de satisfacción después de la cirugía.

Aunque la intervención a mujeres dura unas 10 horas de quirófano y la intervención masculina supone unas cuatro horas, los estudios de seguimiento tienden a mostrar que la reasignación sexual, mediante los procedimientos hormonales y quirúrgicos, mejora la calidad de vida de las personas transexuales.

El colectivo de transexuales no acepta que los médicos establezcan quién se opera y quién no, critica el DSM por clasificarlos como enfermos y considera que tienen una expresión natural de la sexualidad, e independientemente del resultado de la cirugía, quienes se operan recuerdan con orgullo la prueba superada.

En España se despenalizan el cambio de sexo en 1983, pero no se creó una ley ni se integró en la Seguridad Social hasta febrero de 1999, que el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz. En octubre de ese mismo año, la Consejería de Salud de la junta de Andalucía creó la Unidad de Identidad de Género en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Con posterioridad se puso en marcha la Unitat de Gènere del Hospital Clínic de Barcelona y recientemente han entrado en funcionamiento las de Extremadura, Aragón y Asturias.

Anexo

HISTORIA CLÍNICA DE EYACULACIÓN PREMATURA

N.º Fecha

Nombre y apellidos:

Estado Civil: Profesión:

Edad: Familia a su cargo:

Domicilio:

Teléfono: e-mail:

DATOS PAREJA

Nombre:

Edad:

Profesión:

PROBLEMÁTICA ACTUAL

Tiempo subjetivo aproximado que el sujeto tarda en eyacular

Número aproximado de o empujes intravaginales

Tiempo en la masturbación (individual)

Sensación premonitoria de la eyaculación

Justo al desvestirse

Justo al iniciar los juegos eróticos

Durante los juegos eróticos sin que su pareja lo acaricie

Durante los juegos eróticos por estimulación manual de la pareja

Al inicio de un contacto buco-genital

Al pensar en tener una relación sexual

Al iniciar el coito

Justo después de varios movimientos coitales

Al realizar una fantasía erótica

Espontáneamente, sin pensar en nada relacionado con el sexo

Cómo es la respuesta con otras parejas

Condiciones que le ayudan a retrasar la eyaculación

Evolución:

– *Primaria* – *Secundaria*

– *Momentos de empeoramiento o mejoría*

Estrategias de autocontrol:

– *Ninguna*

– *Pensamientos alternativos*

– *Disminución de la actividad sexual*

– *Parada*

– *Otros recursos*

Percepción de control:

– *Ninguno*

– *Moderado*

Forma de aparición: *Brusca* *Paulatina*

Contingencias de la aparición

Situacional

Generalizada

Evolución: *Continua* *Episódica*

Aislada Con otra disfunción

Ha consultado con otro profesional

Placer y erección durante el juego

Durante la penetración

Eyacuación durante el juego

Eyacuación durante la penetración

Porcentaje de respuestas con erección satisfactoria

Porcentaje de respuestas orgásmicas

Experimenta dolor

Masturbación

Frecuencia de masturbación

Comunicación durante la relación sexual

Fantasías eróticas

Comparte fantasías

Atracción por otras personas

Relaciones extrapareja

Sueños eróticos (edad de comienzo, frecuencia)

Nivel de cansancio

Preocupación por embarazo

Motivo de acudir a consulta ahora

CONDUCTAS SEXUALES

Frecuencia

Juego erótico

Duración juego erótico

Posturas

Prácticas bucogenitales

Penetración anal

Masturbación conjunta

Descripción del tipo de secuencia más placentera

Iniciativa

Lugar

Horario

Durante la menstruación

Medios utilizados

Circunstancias que mejoran la respuesta

Reacción ante las dificultades

Maniobras de evitación

Sexualidad durante los embarazos

Relaciones extrapareja

Sexualidad grupal

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ingesta de fármacos

Tabaco

Alcohol

Tóxicos

Métodos anticonceptivos

ASPECTOS COGNITIVOS

Atribuciones del problema

Pensamientos antes, durante y después de la relación

Expectativas de sexualidad ideal

Que relación recuerda como ideal

Que le gustaría hacer que no hace

Habilidades de seducción

Expectativas sobre el tratamiento

Autoaceptación sexual

Qué cree que piensa la pareja

SEGUNDA SESIÓN

HISTORIA PSICOSEXUAL

Inicio atracción sexual

Juegos eróticos infantiles

Descubrimiento del placer sexual

Inicio fantasías

Evolución fantasías

Inicio masturbación

Evolución masturbación
Circunstancias primera relación coital
Relaciones en pareja
Dificultades
Tiempo transcurrido hasta alcanzar el orgasmo
Motivos de separación

RELACIÓN DE PAREJA

Comunicación
Acuerdo en las tareas
Metas comunes
Ocio compartido
Motivos frecuentes de discusión
Intromisiones familiares

TERCERA SESIÓN

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Fuentes de conocimiento
Expresiones afectivas de padres
Se hablaba de sexualidad
Actitudes sexuales de amigos
Religión

HISTORIA FAMILIAR

Datos demográficos padres
Hermanos
Relaciones de apego
Actitudes sexuales de los padres
Actitudes sexuales de hermanos

ACONTECIMIENTOS VITALES

Experiencias traumáticas
Circunstancias vitales que cambiaría
Problemas familiares
Problemas económicos

ESTILO DE VIDA

Situación profesional
Tiempo libre
Ocio
Relación con amistades

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Ansiedad
Fobias
Depresión
Personalidad
Antecedentes psiquiátricos familiares
Estilo de apego
Otros

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL ORIENTADO AL PROBLEMA

Deseo sexual

Excitación

Orgasmo

Dolor coital

Insatisfacción

Información

DIAGNÓSTICO DSM IV

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

HIPÓTESIS EXPLICATIVA

Antecedentes	Precipitantes	Mantenedores
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bibliografía

- Abel, G. (1989). Parafilias. En H.S.Kaplan y B.Sadok (Ed.). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, Vol. 2. Baltimore: William and Wilkins.
- Abraham, G. y Porto, R. (1979). *Terapias Sexológicas*. Madrid: Pirámide.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montáñez, M., Gómez, E., Arráez, F. y Pérez, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20 (2), 117-124.
- Aluja, A., Gallart, D. y Torrubia, R. (1992). Frecuencia de conductas sexuales en mujeres de nivel sociocultural medio-alto. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 23, 6-32.
- Álvarez-Gayou, J. L., Del Río, C. y Suárez, J. L. (1996). *Sexualidad Humana de McCary*. México: Manual Moderno.
- Althof, S. E., Corty, E. W., Levine, S. B., Levine, F., Burnett, A. L., McVary, K., Stecher, V. y Seftel, A. D. (1999) EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 53(4), 793-799.
- Alzate, H. (1985). Vaginal eroticism: a replication study. *Archives of Sexual Behavior*, 14 (6), 529-537.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR*. Washington: APA.
- Amsterdam, A. y Krychman, M. L. (2006). Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 646-649.
- Annon, J. S. (1975). *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Intensive Therapy*. Honolulu: Enabling systems.
- Apfelbaum, B. (1980). The diagnosis and treatment of retarded ejaculation. En Lieblum, Pervin. *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press.
- Assalian, P. (2004). Eyaculación precoz. XI Congreso Sociedad Venezolana de Sexología. Caracas.

- Bailey, J. M. y Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1089-96.
- Bailey J. M., Pillard, R. C., Neale, M. C. y Agyei y. (1993). Heritable factors influence sexual orientation in women. *Archives of General Psychiatry*, 50(3), 217-23.
- Bancroft, J., Loftus, J. y Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barni, S. y Mondin, R. (1997). Sexual Dysfunction in Treated Breast Cancer patients. *Annals of Oncology*, 8(2), 149-53.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire-disordered or misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, suppl 1, 17-28.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K. et al. (2003). Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24, 221-229.
- Basson, k., McInnes, R., Smith, M. D., Hodgson, G. y Koppiker, N. (2002). Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *Journal of Women's Health Gender-Based Medicine*, 11, 367-77.
- Basson, R. y Brotto, L. A. (2003). Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: A randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 1014-1024.
- Baum, N., Randrup, E., Junot, D. y Hass, S. (2000). Prostaglandin E1 versus sex therapy in the management of psychogenic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 12 (3), 19.
- Beach, F. A. y Ford, C. S. (1969). *Patterns of sexual behavior*. New York: Harper y Row Publishers.
- Becerra, A. (2006). Epidemiología de la transexualidad. En Gómez-Gil E, Esteva 1. *Ser transexual*. Barcelona: Glosa, 103-112.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin book.

- Beck, J. G. y Barlow, D. H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 9-17.
- Becker, A. J., Uckert, S., Ness, B. O., Stief, C. G., Scheller, F., Knapp, W. H. y Jonas, U. (2003). Systemic and cavernous plasma levels of vasopressin in healthy males during different functional conditions of the penis. *Urology Research*, 31(2), 66-99.
- Becker, A. J., Uckert, S., Stief, C. G., Truss, M. C., Machtens, S., Scheller, E, Knapp, W. H., Hartmann, U. y Jonas, U. (2001). Possible role of bradykinin and angiotensin II in the regulation of penile erection and detumescence. *Urolog*, 57(1), 193-198.
- Ben-Zion, L, Rothschild, S., Chudakov, B. y Aloni, R. (2007). Surrogate versus couple therapy in vaginismus. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 728-733.
- Bennet, C., Seagers, S., Vasher, E. y McGuire, E. (1988) Sexual Dysfunction and electroejaculation in men with spinal cord injury: review. *Journal of Urolog*, 139, 453-7.
- Bentovim, A., Elton, A., Hildebrant, J., Tranter, M. y Vizard, E. (1988). *Child sexual abuse within the family*. London. Wright.
- Bernhard, D., Csordas, A., Henderson, B., Rossmann, A., Kind, M. y Wick, G. (2005). Cigarette smoke metal-catalyzed protein oxidation leads to vascular endothelial cell contraction by depolymerization of microtubules. *The FASEB journal*, 19(9), 1096-107.
- Bianco, F. (1998). *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*. Caracas: Ediciones CIPV.
- Billups, K. L., Berman, L., Berman, J., Metz, M. E., Glennon, M. E. y Goldstein, I. (2001). A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *Journal Sex Marital Therapy*, 27(5), 435-441.
- Bischoff, E. y Schneider, K. (2001). A conscious-rabbit model to study vardenafil hydrochloride and other agents that influence penile erection. *International journal of Impotence Research*, 13 (4), 230-235.
- Blanker, M. H., Thomas, S. y Bosch, J. L. (2001). Erectile dysfunction: prevalence and effects on the quality of life: the Boxmeer study. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145(21), 1035.
- Blumel, J. E., Araya, H. y Riquelme, R. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: Influencia de la menopausia y de la terapia de

- reemplazo hormonal. *Revista Médica Chilena*, 130(10), 1131-1138.
- Bogaert, A. F. y Hershberger, S. (1999 Jun). The relation between sexual orientation and penile size. *Archives of Sexual Behavior*, 28(3), 213-221.
- Bohlen, J. G. (1982). Female ejaculation and urinary stress incontinence. *Journal of Sex Research*, 18, 360 - 363.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol. 1. Attachment. Londres: Hogart Press.
- (1980). *Attachment and Loss*, vol. 3. Loss. Londres: Hogart Press.
- Bóné, B. y Janszky, J. (2006). Epilepsy and mate sexual dysfunction: etiology, diagnosis and therapy. *Ideggyogy Sz.* 20, 59(5-6), 148-152.
- Bozman, A. W. y Beck, J. G. (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 47-60.
- Braunstein, G. D. (2002). Androgen insufficiency in women: summary of critical issues. *Fertility and Sterility*, 77 (4), suppl 4.
- Brezden, C. B., Phillips, K. A., Abdolell, M., Bunston, T. y Tannock, I. E (2000). Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 18(14), 2695-2701.
- Bronner, G., Vladimir, R., Korczyn, A. y Giladi, N. (2004). Sexual Dysfunction in Parkinson's disease. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30(2).
- Buvat, J. (2003). Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *International journal of Impotence Research*, 15, 373-377.
- Byne, W. y Parsons, B. (March 1993). Human Sexual Orientation. The biologic theories reappraised. *Archives of General Psychiatry*, 50, 228-239-
- Byne, W., Tobet, S., Mattiace, L. A., Lasco, M. S., Kemether, E., Edgar, M. A., Morgello, S., Buchsbaum, M. S. y Jones, L. B. (2001 Sep). The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: an investigation of variation with sex, sexual orientation, and HIV status. *Hormones and behavior*, 40(2), 86-92.
- Cabello-Santamaría, F. (1994). Estudio sobre sexualidad de jóvenes malagueños. Sociedad Malagueña de Sexología. Excmo. Ayuntamiento Málaga.
- (2004). *Disfunción eréctil: un abordaje integral*. Psimática: Madrid.

- (2003). La Sexología Clínica al comienzo del siglo XXI. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 17, 53-68.
- (2005, julio). Effectiveness of the treatment with bupropion, sexual therapy and bupropion combined with sexual therapy in the treatment of womaná hypoactive sexual desire disorder. En: XVII World Congress of Sexology. Montreal.
- (2005). El futuro incierto de la investigación en sexualidad femenina. *Sexología Integral*, 1(2), 12-16.
- (2007). Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Sexología Integral*, 4(1), 33-40.
- (2008). Sexología y Salud Sexual. *Sexología Integral*, 5(4), 176-179-
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. y Mantecón, A. (2008). Which drugs are preferred for sex in nightlife recreational settings? *Adicciones*, 20(1), 37-47.
- Carmichael, M. S., Warbunton, V. L., Dixen, J. y Davidson, J. M. (1994). Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocyn responses during human sexual activity. *Archives of Sexual behavior*, 23(1), 59-79.
- Carod, FJ., Ejido, J. L., González-Gutiérrez, J. L. y Varela, E. (2003). Disfunción Sexual Post-ictus y calidad de vida en supervivientes de un ictus. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 17, 43-51.
- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Caruso, S., Intelisano, G., Farina, M., Di Mari, L. y Agnello, C. (2003). The function of sildenafil en female sexual pathways: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *European journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biolog*, 110 (2), 201-206.
- Caruso, S., Intelisano, G., Lupo, L. y A-gnello, C. (2001). Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafilo: A double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *An International. journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 623-8.
- Cass, V. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *journal of Homosexuality*, 4 (3), 219-235.
- (1990). The implications of homosexuality identity formation for the kinsey model and scale of sexual preferente. En McWhirter, Sandersy, Reinish (Eds.)

Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation. New York: Oxford University Press.

Castañeda, M. (1999) *La experiencia Homosexual*. Barcelona: Paidós.

Castañeda Sánchez, O., Flores García, E., López del Castillo Sánchez, D. y Cortés Gil, H. (2005). Anorgasmia prevalence in women attended at Familiar Medicine Unit n° 1 in Obregon, Sonora, México. *Ginecol Obstet Mex*, 73(10):525-30.

Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J. B., Abdulcadir, J. y Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation. *The journal of Sexual Medicine*, 4 (6), 1666 - 1678.

Chew, K-K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C. y Jamrozik, K. (2009). Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *Journal Sexual Medicine*, 6, 222-231.

Chew, K. K., Earle, C. M., Stuckey, B. G., Jamrozik, K. y Keogh, E. J. (2000). Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *International journal of Impotence Research*, 12(1), 41-45.

Chudakov, B., Ben-Zion, I. Z. y Belmaker, R. H. (2007). Transdermal testosterone gel prn application for hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: a controlled pilot study of the effects on the arizona sexual experiences scale for females and sexual function questionnaire. *Journal of Sexual Medicine* 4(1), 204-208.

CIE-10. *Internacional Satatistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization; 1992.

CIMOP (2005). *Estudio sobre las IVE de jóvenes en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Clayton, A. H., McGarvy, E. L., Clavet, G. J. y Piazza, L. (1997). Comparison of sexual functioning in clinical and non clinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychological Bulletin*, 33(4), 747-753.

Cocores, J. A., Millar, N. S., Optas, A. C. y Gold, M. S. (1988). Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 14, 169-173.

Combrinck-Graham, L. (1988). *Children in Family Contexts: Perspectives on Treatment*. New York: The Guilford Press.

- Comhaire, F. H. (2001). Andropausia: Terapia sustitutiva hormonal en el envejecimiento del varón: *European of Urology* 8 (6) ed. Esp, 367-374.
- Conaglen, H. M. y Conaglen, J. V. (2003). Sexual desire in women presenting for antiandrogen therapy. *journal of Sex and Marital Therapy*, 4(29), 255-267.
- Corona, G., Fagioli, G., Mannucci, E., Romeo, A., Rossi, M., Lotti, F., Sforza, A., Morittu, S., Chiarini, V., Casella, G., Di Pasquale, G., Bandini, E., Forti, G. y Maggi, M. (2008). Penile doppler ultrasound in patients with erectile dysfunction (ED): role of peak systolic velocity measured in the flaccid state in predicting arteriogenic ED and silent coronary artery disease. *The journal of sexual medicine*, 5(1 1), 2623-2634.
- Corty, E. W. y Guardiani, J. M. (2008). Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last? *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1251-1256.
- Costa, P. T., Fagan, P. J., Piedmont, R. L., Ponticas, Y. y Wise, T. N. (1992). The five-factor model of personality and sexual functioning in outpatient men and women. *Psychiatric Medicine*, 10(2), 199-215.
- Covington, T. y McClendon, J. F. (1989). *Salud Sexual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Crepault, C. y Couture, M. (1980, Dec). Men's erotic fantasies. *Archives of Sexual Behavior*, 9(6), 565-81.
- Cruz-Romero, L. (1991). *Yya son adolescentes*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Darling, C. A., Davidson J. K. y Conway-Welch, C. (1990). Female Ejaculation: Perceived origins, the Grafenberg Spot/Area, and sexual responsiveness. *Archives of Sexual Behavior*, 19 (1), 29-47.
- Das, A. (2007). Masturbation in the United States. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 33, 301-317.
- Davison, S. L., Bell, R. J., La China, M., Holden, S. L. y Davis, S. R. (2008). Assessing sexual function in well women: Validity and reliability of the Monash Women's Health Program Female Sexual Satisfaction Questionnaire. *journal of Sexual Medicine*, 5, 2575-2586.
- De Cuyper, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Hoebeke, P. y Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141.

- DeLamater, S. M. y Moorman, J. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging Health*, 19, 921-945.
- Demirkiran, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D. y Aslan, K. (2006) Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Multiple Sclerosis*, 12(2), 209-214.
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I. y Grazionttn, A. (2006). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 212-222.
- Dennerstein, L., Lehert, P. y Burger, H. (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual functioning of women through the natural menopausal transition. *Fertility and sterility*, 84, 174-180.
- DeRogatis, L. R., Allgood, A., Rosen, R., Leiblum, S., Zipfel, L. y Guo, C-Y. (2008). Development and Evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A Structured Interview to Diagnose Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Standardized Patients. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (12), 2827-2841.
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A. y Heiman, J. (2002) The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(4), 317-30.
- De Rose, A. F., Giglio, M., Traverso, P., Lantieri, P. y Carmignani, G. (2002). Combined oral therapy with sildenafil and doxazosin for the treatment of non-organic erectile dysfunction refractory to sildenafil monotherapy. *International Journal of Impotence Research*, 14, 50-53.
- Diamond, M. y Burns, M. J. A. (1999). Pornography, Rape and Sex crimes in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1) 1-22.
- Diamond, L. M. (2008) Female Bisexuality From Adolescence to Adulthood: Results From a 10Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology*, 44 (1), 5-14.
- Dickinson, R. L. (1949). *Human sex anatomy*. London: Bailliere Tindall.
- Dickson, N., Paul, C. y Herbison, P. (2003). Same-sex attraction in a birth cohort: Prevalence and persistence in early adulthood. *Social Science y Medicine*, 56, 1607-1615.
- Dionis, P. (1721). *Traité general des accouchements*. Liège: Ed. F.Broncard.

- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and Transsexuals. Toward a theory of cross gender behavior.* New York: Plenum Press.
- Dogan, S. (2009). Vaginismus and accompanying sexual dysfunction in a turkish clinical sample. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 184-192.
- Dorval, M., Maunsell, E., Taylor-Brown, J. y Kilpatrick, M. (1999). Marital stability after breast cancer. *journal of the National Cancer Instituto*, 91(1), 54-59.
- Drory, Y. (2002). Sexual activity and cardiovascular risk. *European heart journal*, suppl H, 13-18.
- Drory, Y., Fisman, E. Z., Shapira y. y Pines, A. (1996). Ventricular arrhythmias during sexual activity in patients with coronary artery disease. *Chest*, 109(4), 922-924.
- Duncan, L. E., Lewis, C., Jenkins, P. y Pearson, T. A. (2000). Does hypertension and its pharmacotherapy effect the quality of sexual function in women? *American Journal of Hypertension*, 13, 640-647.
- Dunn, K. M., Cherkas, L. E. y Spector, T. D. (2005). Genetic influences en variation in female orgasmic function: a twin study. *Boil Lett*, 21,121-33.
- Dupont, S. (1995). Multiple sclerosis and sexual functioning: a review. *Clinical Rehabilitation*, 9(2), 135-141.
- Eichel, E. y Nobile, P. (1993). *CAT, la fórmula perfecta.* Barcelona: Ediciones B.
- Elberdin, L. (1999). *La polémica clítoris/vagina.* Orereta: Xenpelar.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child development*, 38, 1025-1034.
- Ellis, H. (1913). *Estudios de psicología sexual.* Madrid: Reus.
- Elmen, J. y Offer, D. (1993). Normality, turmoil, and adolescence. En P.H.Tolan y B.J.Cohler (Eds.), *Handbook of clinical research and practice with adolescents* (pp. 5-19). New York: John Wiley y Sons.
- El-Nashaar, A. y Shamloul, R. (2007). Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis. *journal ofSexualMedicine*, 4(2), 491-496.
- Elzevier, H. W., Venema, P. L., Lycklama, A., Nijeholt, A. A. (2004). *International Urogynecology journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 15(5), 313-318.

- Endogenous Hormones and Prostate Cancer Collaborative Group. (2008). Endogenous Sex Hormones and Prostate Cancer: A Collaborative Analysis of 18 Prospective Studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 100, 170-183.
- ESHS (2003). Encuesta de salud y hábitos sexuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística.
- Eyada, M. y Atwa, M. (2007). Sexual function in female patients with unstable angina or non-STelevation myocardial infarction. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1373-1380.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality*. Londres: Methuen.
- Fahrner, E. M. (1987). Sexual dysfunction of male alcohol addicts: prevalence and treatment. *Archives of Sexual Behavior* 16, 247-257.
- Feldman, H. A., Goldstein, I. y Hatzichristoy D. G. et al. (1994). Impotente ad its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male agig study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Feldman, H. A., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J. y Mckinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachsuset male aging study. *The journal of Urology*, 151, 54-91.
- Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B. y McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive medicine*, 30(4), 328-338.
- Fenemore, J. (1988). Ensayo a doble ciego de la yohimbina en la impotencia psicógena. *The Lancet*, 12(1), 9-11.
- Fernández, M., Ruiz, E. y Corrales, A. 1. (1995). Vaginismo: alternativas diagnósticas y terapéuticas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 01(1), 71-85.
- Finkelhor, D. (1981). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, C., Schiavi, R. C., Edwards, A., Davis, D. M., Reitman, M. y Fine, J. (1979) Evaluation of nocturnal penile tumescence in the differential diagnosis of sexual impotence. A quantitative study. *Archives of General Psychiatry*, 36(4), 431-7.

- Fisher, H. E., Aron, A., Mashek, D., Li, H. y Bronw, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic, attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- FLASSES (2008). Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología.
- Flores-Colombino, A. (2004). *Fármacos y Sexualidad*. Montevideo: AyM.
- Flory, N., Bissonnette, F., Amsel, R. T. y Binik y. M. (2006). The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 3(3), 483-491.
- Fora, F. (1999). El continuo eyaculatorio: un nuevo enfoque de los trastornos de latencia eyaculatoria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 47-51.
- Fries, J. F. (1989). Aging natural death and the compression of morbidity. *New England journal of Medicine*, 303, 130-5.
- Fugl-Meyer, A. R. y Jaaskó, L. (1980). Post-stroke hemiplegia and sexual intercourse. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 72, 202-207.
- García-Valdés, A. (1981). *Historia y presente de la homosexualidad*. Madrid: Akal Universitaria.
- Gay, G. R., Newmeyer, J. A., Perry, M., Johnson, G. y Kurland, M. (1982). Love and Haight: The sensuous hippie revisited. *Journal of Psychoactive Drugs* 14, 111-123.
- Gebhard, P. H. y Jhonson, A. B. (1979). *The kinsey data: marginal tabulations of the 1938-1963. Interviews conducted by the institute for sex research*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Geer, J. H. y Quarteraro, J. D. (1976). Vaginal blood volumen responses during masturbation. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 403-413.
- George, L. K. y Weiler, S. J. (1981). Sexuality in middle and later life. *Archives of General Psychiatry*, 38, 919-923.
- Giorgi, G. y Siccardi, M. (1996). Ultras onograp hi e observation of a female fetus sexual behavior in utero. *American Journal of Obstetric and Gynecolog*, 175, 3, 1-753.
- Gilmartin, B. G. (1975). *Swingers*. En Smith (Ed.). *Beyond Monogamy*. Baltimore:

Johns Hopkins University Press.

- Gindin, L. R. y Huguet, M. (1993). *Eyacuación Precoz, un problema con solución*. Buenos Aires: Paidós.
- Giraldo, O. (2002). *Nuestras sexualidades*. Cali: Litocencia.
- Glass, S. P. (2003). *Not "Just Friends" • Protect Your Relationship from Infidelity and Heal the Trauma of Betrayal*. New York: The Free Press.
- Glatt, A. E. y Zinder, S. H. (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 75(3 Pt 1), 433-436.
- Goldmeier, D., Keane, E. E., Carter, P., Hessman, A., Harris, J. R. y Renton, A. (1997). Prevalence Of Sexual Dysfunction In Heterosexual patients attending a central London genitourinary medicine clinic. *International journal of STD y AIDS*, 8(5), 303-306.
- Goldstein, A. T., Klingman, D., Christopher, K., Johnson, C. y Marinoff, S. C. (2006). Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: Outcome assessment derived from a postoperative questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 923-931.
- Goldstein, L., De, E. J. B. y Johnson, J. (2006). Persistent sexually arousal syndrome and clitoral priapism. En Goldstein, L, Meston, C., Davis, S. y Traish, A. (Eds.). *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. London: Taylor and Francis, 674-685.
- Goldstein, M. J., Kant, H. S. y Hartman, J. (1973). *Pornography and Sexual Deviance*. Los Ángeles: University of California Press.
- Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Gómez Gil, E., Trilla García, A., Godas Sieso, T., Halperin Rabinovich, I., Puig Domingo, M., Vidal Hagemeyer, A. y Peri Bagues, J. M. (2006 sep-oct). Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 295-302.
- Gómez-Zapíaín, J. (2009). *Apego y sexualidad entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza.
- Gordon, B. N. y Schroeder, C. S. (1995). *Sexuality: A Developmental Approach to Problems*. New York: Plenum Press.

- Graber, G. y Graber, B. (1975). *Woman's orgasm*. New York: Books Merrill.
- Graziottin, A. (2006) Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. En Porst, H., Buvat, J. editores. *Standard practice in sexual medicine*. Massachusetts: Blackwell Publishing, pp. 342-50.
- Guillot C. (2007). Is recreational ecstasy (MDMA) use associated with higher levels of depressive symptoms? *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 31-39.
- Guimón, J. (2004). Pornografía y Salud Mental. *Avances en Salud Mental Relacional* 3(1).
- Hage, J. y Von Turnhout, A. (2006). Long-term outcome of metoidioplasty in 70 female to male transsexuals. *Annals of plastic surgery*, 57, 312-316.
- Hald, G. M. (2006 Oct). Gender Differences in Pornography Consumption among Young Heterosexual Danish Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 577-85.
- Halikas, J., Weller, R. y Morse C, (1982). Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 59-70.
- Hall, J. A. y Kimura, D. (1994 Dec). Dermatoglyphic asymmetry and sexual orientation in men. *Behav Neurosciences*, 108(6), 1203-1206.
- Handa, V. L., Cundiff, G., Chang, H. H. y Helzlsouer, K. J. (2008). Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 111 (5), 1045-1052.
- Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A. y Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 751-756.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N. y Pattatucci, A. M. (1993 Jul 16). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261(5119), 321-327
- Hamilton, L. D., Fogle, E. A. y Meston, C. M. (2008). The roles of testosterone and alpha-amylase in exercise-induced sexual arousal in women. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 845-853.
- Harris, J. M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R. y Spector, T. D. (2008). Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *Journal of Sexual Medicine*, 5(5), 1177-1183.

- Harte, C. B. y Meston, C. M. (2008). The inhibitory effects of nicotine en physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.
- Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C y Kloth G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20(2), 79-88.
- Hawton, K. (1988). *Terapia Sexual*. Barcelona: Doyma.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M. y Fairley, C. K. (2008). What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 777-787.
- HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) (2002). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Heiman, J. R. (2001, Junio). Recent progress in the measurement of female sexual response. XV World Congress of Sexology, París.
- Heras, D. y Lara, F. (2009). La sexualidad en los primeros años de la adolescencia: una investigación con chicos y chicas de 2º y 3º de ESO. *Sexología Integral*, 6(1), 20-25-
- Herbaut, A. G. y Wespes, E. (1990). Neurophysiological studies in 200 impotent men: the value of the bulbocavernous reflex and of penile evoked potentials. *Acta Urológica Bélgica*, 58(2), 95-101.
- Herman, J. R. y Ippiccolo, J. (1976). *Becoming Orgasmic*. New York: Prentice Hall Press.
- Hite, S. (1976). *El informe Hite*. Barcelona: Plaza y Janés.
- (1976). *Informe sobre sexualidad femenina*. Madrid: Suma de Letras.
- Hite, Sh. (1994). Growing Up in a New Culture. *New Statesman y Society* 7, 292.
- Hollin, C. R. (1989). *Psychology and Crime*. Routledge: London.
- Hoon, E. F., Hoon, P. W. y Wicze, J. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 208-215.
- Hotvedt, M. (1983). The cross cultural and historical context. En: R.B.Weg (ed). *Sexuality in the later year*. New York: Academic.

- Hurtado, E, Gómez, M. y Donat, E (2006). Transexualismo y sexualidad. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 76/77, 16-28.
- INE (2008). Instituto Nacional de Estadística. Datos demográficos.
- Informe FIPSE (2003). jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Injuve (2008). Informe 2008. Juventud en España. La salud de la juventud. Instituto Nacional de Estadística. Datos demográficos.
- Ishak, W. W., Berman, D. S. y Peters, A. (2008). Male anorgasmia treated with oxytocin. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1022-1024.
- Ishikawa, H., Kaneko, S., Ohashi, M., Nakagawa, K. y Hata, M. (1993). Retrograde Ejaculation accompanying hyperprolactinemia. *Archives of Andrology*, 30, 153.
- Ivanka, S. y Lindström, P. (2008). PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo - and heterosexual subjects. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105 (27), 9403-9408.
- Jacobs, H., Vieregge, A. y Vieregge, P. (2000). Sexuality in young patients with Parkinson's disease: a population based comparison with healthy controls. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 69(4), 550-552.
- Jan Wise, M. E. y Watson, J. P. (2000). A new treatment for premature ejaculation: case series for a desensitizing band. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 345-350.
- Janowski, S. C., bvisa, S. K. y Orwoll, E. S. (1994). Testosterona influences spatial cognition in older men. *Behaviour Neuroscience* 108, 325-333.
- Janus, S. S. y Jan us, C. L. (1993). *The janus Report on Sexual Behavior*. New York: John Wiley y Sons.
- Jern, P., Santtila, P., Johansson, A., Varjonen, M., Witting, K., Pahlen, B. y Sandnabba, N. K. (2009). Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 21, 62-67.
- Jiang, D. J., Jia, S. J. yan, J., Zhou, Z. yuan, Q. y Li y. J. (2006). Involvement of DDAH/ADMA/NOS pathway in nicotine-induced endothelial dysfunction. *Biochemical and biophysical research communications*, 349(2), 683-693.
- Jobaris, R. y Money, J. (1976). Duration of orgasm. *Medical Aspects of Human*

Sexuality, 10, 7-65.

- Jones, J. C. y Barlow, D. H. (1990). Self-Reported frequency of sexual urges, fantasies and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior*, 19 (3), 269-276.
- Jonson, S. D., Phelps, D. L. y Cottler, L. B. (2004 Feb). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives Sexual Behavior*, 33(1), 55-63.
- Jonsson, A. (2003). Disseminated sclerosis and sexuality. *UgeskrLaeger*, 165(26), 2642-2646.
- Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Kallmann, F. (1952). Comparative twin study on the genetic aspects of male homosexuality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 283-298.
- Kaneko, K. (2001) Penetration disorder: dyspareunia exists on the extension of vaginismus. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 27,153-155.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy - Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Times Book Co.
- (1979). *Trastornos del Deseo Sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- (1987). *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Kaplan, S. A., Reis, R. B., Kohn, I-J., Shabsigh, R. y Te, A. E. (1998). Combination therapy using oral alpha-blockers and intracavernosal injection in men with erectile dysfunction. *Urology*, 52(5): 739-743.
- Kegel, A. (1952) Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Journal of Surgery, Obstetrics, and Gynecology*, 60, 521-524.
- Keller, A., McGarvey, E. L. y Clayton, A. H. (2006 Jan-Feb). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of Sex Marital Therapy*, 32(1), 43-52.
- Kerfoot, W. W., Park, H. Y. y Schwartz, L. B. (1993). Characterization of calcium channel blocker induced smooth muscle relaxation using a model of isolated corpus cavernosum. *The Journal of Urology*, 150, 249-253.

- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martín, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martín, C. E. y Gebhard, P. (1953). *Sexual Behaviour in the human female*. Filadelfia: W.B.Saunders Co.
- Klar, A. J. (2004 Dec). Excess of counterclockwise scalp hair-whorl rotation in homosexual men. *Journal of Genetics*, 83(3), 251-255.
- Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1979). *Textbook of Sexual Medicine*. London: Little, Brown.
- Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia Sexualis*. Reimpreso por Bloat Books, 1999.
- Kupelian, V., Link, C. L. y McKinlay, J. B. (2007). Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: Results from the boston area community health (BACH) survey. *European Urology*, 52, 416-422.
- Kustenoff, C. (2005) Protocolo diagnóstico del trastorno del orgasmo masculino. Actas II reunión Academia Internacional de sexología Médica. Oporto.
- Kutchinsky, B. (1972). *Rapport sur les crimes sexuels et la pornographie au Denmark* (No. 10/18). Paris: UGE.
- L'Abate, L. (1986). *Systematic family therapy*. New York: Brunner Mazel.
- La Pera, G. y Nicastro, A. (1996). A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *Journal of Sex Marital Therapy*, 22(1), 22-26.
- Laan, E., Everaerd, W., Van Bellen, G. y Hanewald, G. (1994). Women's sexual and emotional responses to male and female produced erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23 (2), 153-169.
- Ladas, A. K., Whipple, B. y Perry, J. D. (1982). *The G spot and other discoveries about human sexuality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Lameiras, M., Carrera, M. V. y Rodríguez, Y. (2008). Actitudes sexistas y hacia la sexualidad en adolescentes de 1er ciclo de Educación Secundaria Obligatoria. *Sexología Integral*, 5(1), 21-27.
- Lamont, J. (1978). Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 632.
- Langfeldt, Th. (1990). *Early childhood and juvenile sexuality, development and problems*.

- En Perry, M. E. (Ed.). *Handbook of Sexology*, 7. Amsterdam: Elsevier.
- Lasheras, M. G., Cuñé, J., Bautista, C. y Farré, J. M. (2005). Hábitos sexuales en jóvenes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 57-63.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. y Michaels, S. (1994) *The social organization of sexuality: sexual practices in the University of Chicago Press*.
- Laumann, E. O., Paik, A. y Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the united states prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.
- LeVay, S. A. (1991 Aug 30). Difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 253(5023), 1034-1037.
- Lavoisier, P., Aloui, R., Schmidt, M. H. y Watrelot, A. (1995). Clitorla Blood Flow Increases Following Vaginal Pressure Stimulation. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (1), 37-45.
- Leiblum, S. R. y Bachman, G. A. (1994). The sexuality of the climateric woman. En B.A.Eskin (ed.). *The menopause: comprehensive management*, 3rd ed. New York: Mac Graw-Hill, 137.
- Leontenberg, H. y Hennin, K. (1995). Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469-496.
- Lever, J., Rogers, W, Carson, S. P., Hertz, R. y Kanouse, D. (1989). Behavioral patterns of bisexual males in the US, 1982. Abstract book of the V International Conference on AIDS. Montreal, Canadá.
- Levin, R. J. (2002). The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 401-11.
- Levin, R. J. y Wagner, G. (1985). Orgasm in women in the laboratory - quantitative studies on duration, intensity, latency and vaginal blood flow. *Archives of Sexual Behavior*, 14 (5), 439-449.
- Lightfoot-Klein, H. (1983). Pharaonic circumsicion of females in Sudan. *Medicine and Law*, 2(4), 353-360.
- Ling, T. M. y Buckman, J. (1966). The Treatment of Frigidity with LSD and Ritalin. *Psychodelic Review*, 1, 450-458.
- Lobitz, W. C. y Lobitz, G. K. (1978). Clinical assesment in the treatment of the sexual

- dysfunctions. En LoPiccolo J, LoPiccolo L (eds.). Handbook of Sex Therapy. Nueva York: Plenum Press.
- López, Z. C, González, J. M., Gómez M. M. y Morales, M. M. (2008). Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. Revista Médica Electrónica, 30(2) Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema01.htm>.
- López-Nodarse, M. (1993). Sexualidad: hacia el logro de una conciencia reflexiva. Editorial Política: La Habana.
- López-Sánchez, F. (2001) Intervención en la sexualidad infantil y adolescente. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, 41(177), 275-289.
- LoPiccolo, J. y Friedman, J. (1998). Broad-spectrum treatment of low sexual desire. En S.R.Leiblum, R.C.Rosen (eds). Sexual desire disorders. New York: The Guilford Press.
- Lopiccolo, J. y Heiman, J. R. (1978). Sexual Assesment and History Interview. En J.LoPiccolo y L. LoPiccolo, (eds.). Handbook of Sex Therapy. Nueva York: Plenum Press.
- Lopiccolo, J. y Steger, J. C. (1974) The sexual interaction inventory: a new instrument for assesment of sexual behavior. Archives of Sexual Behavior, 3, 585-595-
- Loulan, J. A. (1990). The lesbian erotic dance. San Francisco: Spinsters Book Company.
- Lucas, M. (2007). Homosexualidad. En M.Lucas y F.Cabello. Introducción a la sexología clínica. Elsevier: Madrid.
- Lustróm, B. (1981). Gender Dysphoria. A social psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment. Department of Psychiatry and Neurochemistry. Sweden.
- Maccarey, J. L. (1978). Human sexuality. New Cork: D.Van Nostrand Company.
- Malamuth, N., Addison, T. y Koss, M. (2000). Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and can we understand them? Annual Review of Sex Research, 11, 26-91
- Maletzky, B. M. (1995). Orgasmic reconditioning. En Bellack y Hersen (Eds.). Dictionary of behavior therapy techniques. New York: Pergamon Press.
- Malo De Molina, C., Valls, J. M. y Pérez, A. (1988). La conducta sexual de los

- españoles. Barcelona: Ediciones B.
- Mandras, S. A., Uber, P. A. y Mehra, M. R. (2007). Mayo Clinic Proceedings, 82, 1203-1210.
- Mann, K., Pankok, J., Leissner, J. y Benker, O. (2001). Effects of mobeclamide on sexual performance and nocturnal erections in psychogenic erectile dysfunction. *Psychopharmacology*, 156(1), 86-91.
- Mann, K., Pankok, J., Connemann, B. y Roschke, J. (2003). Temporal relationship between nocturnal erections and rapid eye movement episodes in healthy men. *Neuropsychobiology*, 47(2), 109-114.
- Martin, H. P. (1991) The coming out process for homosexual. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(2), 158-162.
- Martín-Morales, A., Sánchez-Cruz, J. J., Sáenz De Tejada, I., Rodríguez-Vela, L., Jiménez-Cruz, J. F. y Burgos-Rodríguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study (EDEM). *The journal of Urology*, 166(2), 569-574.
- Martínez, L., Rodríguez Y., Santiago, H. R. y Sánchez, J. G. (2001). Una caracterización de la conducta homosexual: el caso femenino en la ciudad de México. Disponible en www.psicologia.online.com/ciopa2001/actividades/39/index.htm
- Martínez, M. F., León, J. M., Fernández, I. y Barriga, S. (1990). Prevención y promoción en psicología comunitaria. En Martín, Chacón y Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 55-66). Barcelona: Textos Visor.
- Martins, Y., Pretil G., Crabtree, C. R., Runyan, T., A.Vainius, A. y Wysocki, C. J. (2005 Sep) Preferente for human body odors is influenced by gender and sexual orientation. *Psychological Science*, 16(9), 694-701.
- Martinson, F. (1981). Childhood and the Institutionalization of Sexuality. in Constantine, Larry L. y Martinson, Floyd M., (eds.). *Children and Sex: New Findings, New Perspectives*. Boston: Little Brown and Co.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- (1978). *Homosexualidad en Perspectiva*. Buenos Aires: Intermédica.

- (1979). *Homosexualidad en Perspectiva*. Intermédica: Buenos Aires.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1982). *Human Sexuality*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. (1994). *Heterosexuality*. New York: Harper Collins.
- Mate-Kole, C., Freschi, M. y Robin, A. (1988). Aspects of Psychiatry symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *The British journal of Psychiatry*, 29 (2), 151-156.
- Mazo, E., Gamidov, S., Anranovich, S. y Iremashvili, V. (2006). Testing endothelial function of brachial and cavernous arteries in patients with erectile dysfunction. *journal of Sexual Medicine*, 3, 323-330.
- Meizner (1987). Sonographic observation of in utero fetal masturbation. *journal of Ultrasound in Medicine*, 6, 111.
- McCary, J. L. (1977). *Sexual myths and fallacies*. New York: Bchocken Books.
- McCarthy, B. W. (1995). Bridges to sexual desire. *journal of Sex Education and Therapy*, 21, 132-141.
- McConhagy, N. (1990). Disfunción y Desviación Sexual. En A.S.Bellack y M.Hersen (Dir.), *Manual Práctico de Evaluación de Conducta*. (pp. 531-575). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- McFadden, D. (2002). Masculinization effects in the auditory system. *Archives of Sexual Behavior*, 31(1), 99-111.
- McGuire, H. y Hawton, K. (2006). Intervenciones para el vaginismo (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1. Oxford: Update Software Ltd.
- McHorney, C. A., Rust, J., Golombok, S., Davis, S., Bouchard, C., Brown, C., Basson, R., Sarti, C. D., Kuznicki, J., Rodenberg, C. y Derogatis, L. (2004 Jul-Aug). Profile of Female Sexual Function: a patient-based, international, psychometric instrument for the assessment of hypoactive sexual desire in oophorectomized women. *Menopause*, 11 (4), 474-483.
- McHugh, G. (1967). *Sex knowledge inventory: form X*. Durham: Family Life Publications.
- McKay, A. (2005). Sexuality and substance use: the impact of tobacco, alcohol, and

- selected recreational drugs on sexual function. *The Canadian journal of Human Sexuality*, 14, 47-56.
- McNall, M. y Remafedi, G. (1999). Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 153(11), 1130-1135.
- Mead, M. (1939). *From South Seas: Coming of Age in Samoa. Growing up in New Guinea, Sex and Temperament*. New York: Morrow.
- Mears, E. (1978). Sexual problems clinic. An assesment of the work of 26 doctors trained by the institute of psychosexual medicine. *Public Health*, 92, 218-233.
- Melet, A. (2005). Después de la mastectomía: la calidad de vida. *Revista Venezolana de Oncología*, 17(2), 115-119.
- Melis, M. R. y Argiolas, A. (2003). Central oxytocinergic neurotransmission: a drug target for the therapy of psychogenic erectile dysfunction. *Current Drug Targets*, 4(1), 55-66.
- Mendelson, J. H. y Mello, N. K. (1988). Chronic alcohol effects on anterior pituitary and ovarian hormones in healthy women. *journal of Pharmacology and Experiemental Therapeutics*, 245, 407-412.
- Mercer, C. H., Bailey, J. V., Johnson, A. M., Erens, B., Wellings, K., Fenton, K. A., Copas, A. J. (2007). Women who report sex with women: National probability data on prevalence, sexual behaviours, and health outcomes. *American Journal of Public Health*, 97, 1126-1133.
- Mercer, C. H., Fenton, K. A. y Johnson, A. M. et al. (2003). Sexual function problems and health seeking behaviour in Britain: probability sample survey. *British Medical journal*. 327, 426-716.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J. y Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *journal of Sexual Medicine*, 1, 66-68.
- Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M. y Heiman, J. R. (2004). Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.
- Metz, M. E. y Pryor, J. L. (2000). Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management. *Sex and Marital Therapy*, 26, (4) 293-320.
- Meyer, W.J.III, Bockting, W. O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D.,

- Devore, H., Gooren, L., Hage, J. J., Kirk, S., Kuiper, B., Laub, D., Lawrence, A., Menard y., Patton, J., Shaefer, L., Webb, A., Christine, C. y Monstrey, S. (2002). The standards of care for gender identity disorders, 6th version. *Journal of Psychology and Human Sexology*, 13, 1-30.
- Miller, S., Nunnally, E. y Wackman, D. (1971). *The Minnesota couples communication training program*. Bloomington: Instructor's Manual.
- Millot, C. (1984). *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*. Barcelona: Paradiso.
- Minnen, A. V. y Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 1(15).
- Mint, P. (2004, Oct). *Border Wars: Swinging and Polyamory*. Paper presented at Building Bridges IV conference. Herdon.
- Mira, J. J. (1987). Clasificación de las disfunciones sexuales. *Alternativas al DSM. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 3, 11-21.
- Mitjans, L., Bataller, V. y Sancho, R. (2003). *Sexualidad y conductas sexuales preventivas en varones homosexuales de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Modell, J. G., May, R. S. y Katholi, C. R. (2000 Jul-Sep). Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(3), 231-240.
- Montejo, A. L., García, M., Espada, M., Rico-Villademoros, E., Llorca, G. e Izquierdo, J. A. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(3), 141-150.
- Moreira, E. D., Abdo, c.- H., Torres, E. B., Lobo, C. F. y Fittipaldi, J. A. (2001). Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*, 58(4), 583-588.
- Mosher, D. (1971). *Sex Callousness toward Women*. Washington DC: Government Printing Office.
- Mulligan, T. y Katz, P. G. (1989). Why age men become impotent. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1365-6.
- Nathan, S. G. (1986). The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12(4), 267-281.

- Navarro, E. (2002). Adolescencia y sexualidad. Diferencias de género en la iniciación sexual. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence. (1993). *Jama*, 270, 83-90.
- Nickel, J. C., Elhilali, M., Vallancien, G; ALF-ONE Study Group. (2005). Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH. *BJU international*, 95(4), 571-574.
- Nieschlag, E., Swerdloff, R., Behre, H. M., Gooren, L. J., Kaufman, J. M., Legros, J. J., Lunenfeld, B., Morley, J. E., Schulman, C., Wang, C., Weidner, W. y Wu, E C. (2005). International Society of Andrology (ISA); International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM); European Association of Urology (EAU). Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. ISA, ISSAM, and EAU recommendations. *European Urology*, 48(1), 1-4.
- Nijland, E. A., Schultz, W. C. M. W., Nathorst-Boós, J., Helmond, F. A., Van Lunsen, R. H. W., Palacios, S., Norman, R. J., Mulder, R. J., and Davis, S. R. (2008). Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: Results of a randomized active-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 646-656.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. y Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32(2), 173-182.
- Noguerol, M., Berrocal, M. y De Alaiz, J. (1996). Actividad sexual en ancianos en un medio rural. *Atención Primaria*, 3, 105-110.
- Nyunt, A., Stephen, G., Gibbin, J., Durgan, L., Fielding, A., Wheeler, M. y Price, D. (2005). Androgen Status in Healthy Premenopausal Women with Loss of Libido. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1 (31), 73-80.
- O'Donohue, W., Dopke, C. A. y Swingen, D. N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-66.
- Oksuz, E. y Malhan, S. (2005). The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. *International journal of Impotence Research*, 17, (6), 539-545.
- Oliva, A., Serra, L. y Vallejo, R. (1993). Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio Cuantitativo. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.

- Organización Mundial para la Salud, O. M. S. (2002). Gender and reproductive rights: sexual Health, <http://www.who.int/topics/sexualhealth/es/>.
- Ortiguea, S., Graftona, S. G. y Bianchi-Demichelic, F. (2007). Correlation between insula activation and self-reported quality of orgasm in women. *Neuroimage*, 37, 551-560.
- Oskay, U. Y., Beji, N. K. y Yalcin, O. (2005). A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta obstetricia etgynecologica Scandinavica*, 84 (1), 72-78.
- Padma-Nathan, H. (1988). Neurologic evaluation of erectile dysfunction. *The Urologic Clinics of North America*, 15(1), 77-80.
- Padma-Nathan, H., Payton, T. P. y Goldstein, L. (1987). Treatmentfor organic impotence: alternatives to the penile prosthesis. Houston: ASSN.
- Pallas, J., Levine, S. B., Althof, S. E. y Risen, C. B. (2000). A study using Viagra in a mental health practice. *journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 41-50.
- Pan American Health Organization (2000). Promotion of sexual health. Recommendations for Action. Antigua.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M. y Hatzichristou, D. (2008). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 191-201.
- Patrick, D. L., Rowland, D. y Rothman, M. (2007). Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 780-788.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *The Australian and New Zealandjournal of psychiatry*, 15, 45-51.
- Perry, J. D. y Whipple, B. (1982). Multiple components of the female orgasm. En B.Graber (Ed.), *Circunvaginal musculature and sexual function*. New York: Karger.
- Pion, R. J. (195). *The Sexual response Profile*. Honolulu: Enabling Systems.
- Phala, A. y Esteves, M. F. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 427-437. 111
- Pérez, A., López, J., Olazábal, J. C. y Ávila, J. J. (2004). Disfunciones sexuales en el

- alcoholismo. *Adicciones*, 16 (4), 277-286.
- Pomerantz, S. M., Roy, M. M. y Goy, R. W (1988). Social and hormonal influences on behaviour of adult male, female and pseudohermafrodite rhesus monkey. *Hormones and Behaviour*, 22, 219-230.
- Primo, F., Elorduy, M. A. y Martínez, C. (2005). ¿Qué piensan las personas mayores de la sexualidad? Opiniones, mitos y creencias. *Revista Española de Sexología*, 130, 7-110.
- Rahman, Q. y Wilson, G. D. (2003). Large sexual-orientation-related differences in performance on mental rotation and judgment of line orientation tasks. *Neuropsychology*, 17, 25-31.
- Rahman, Q., Wilson, G. D. y Abrahams, S. (2003 Mar). Sexual orientation related differences in spatial memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9(3), 376-383.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christerson, G. A. y Miner, M. (1999). Comorbilidad Psiquiátrica en pedófilos activos. *American Journal of Psychiatry*, 156, 786-788.
- Real, P., Oliva, A., Serrano, M. y Suárez, C. (2003). Sexualidad y contracepción entre los jóvenes sevillanos. Un estudio cuantitativo. Ayuntamiento de Sevilla. Servicio de juventud.
- Regas, S. y Sprenkle, D. (1999). Functional family therapy and treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 63-72.
- Reinisch, J. M. (1991). *The Kinsey Institute: New Report on Sex*. New York: St. Martin's.
- Reissing, E. D., Binik, M., Khalifé, S. (1999). Does vagnismus exists? A critical review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 261-274.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R. y Harris, L. (1992). Demography of Sexual Orientation in Adolescents. *Pediatrics*, 89 (4), 714-721.
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. y Smith, A. M. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "somasochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660-1668.
- Rickert, V. L., Siquiera, L. M., Dale, T. y Wiemann, C. M. (2003). Prevalence and risk

- factors for LSD use among young women. *Journal of Pediatric Adolescence and Gynecology*, 16(2), 67-75.
- Rieger, G., Chivers, M. L., J. y Bailey, J. M. (2005). Sexual Arousal Patterns of Bisexual Men. *Psychological Science*, 16 (8), 579-584.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J. y Braun, L. (2006). Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual youths: consistency and change over time. *Journal of Sex Research*, 43(1), 46-58.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R. et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J. y Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Ross, M. W. (1988). Gay youth in four cultures: a comparative study. *Journal of Homosexuality*, 17, 299-314.
- Rowland, D., Van Diest, S., Incrocci, L. y Slob, A. K. (2005 May). Psychosexual factors that differentiate men with inhibited ejaculation from men with no dysfunction or another sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 383-389.
- Rubinsky, H. J., Eckerman, D. A., Rubinski, E. W. y Hoover, C. R. (1987). Early-phase physiological response patterns to psychosexual stimuli: comparison of male and female patterns. *Archives of Sexual Behavior*, 16(1):45-56.
- Rust, J. y Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(15), 157-165-
- Sáez, I. y Guijarro, C. (2000). Actitudes y experiencia sexual en mujeres jóvenes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9 (1), 73-90.
- Sáenz de Tejada, L., Goldstein, L. y Krane, R. J. (1988). Local control of penile erection: nerves, smooth muscle and endothelium. *The Urologic Clinics of North America*, 15, 9-18.
- Sáenz de Tejada, I. y Kim, N. (1992). Nitric oxide as a modulator of penile erection. *Current Opinion in Urology*, 2, 446-449.
- Salem, E. A., Wilson, S. K., Bissada, N. K., Delk, J. R., Hellstrom, W. J. y Cleves, M.

- A. (2008). Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 188-193.
- Sánchez, A. y Cabello-Santamaría, F. (1999). Estudio sobre la sexualidad de los jóvenes malagueños. Sociedad Malagueña de Sexología. Área de juventud del Ayuntamiento de Málaga.
- Saso, L. (2002). Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. *Ann Ist Super Sanità*, 38(3), 289-294.
- Savic, I., Berglund, H. y Lindstrom, P. (2005, May 17). Brain response to putative pheromones in homosexual men. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(20), 7356-7361.
- Schnarch, H. D. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York: N.W. Norton y Company.
- Schnyder, U., Schnyder-Lüthi, C., Ballinari, P. y Blaser, A. (1998). Therapy for Vaginismus: In vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 941-944.
- Schover, L. R., Friedman, J. M., Weiler, S. J., Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. *Archives General Psychiatry*, 39 (5), 614-619.
- Schubach, G. (1966). Urethral expulsions during sensual arousal and bladder catheterization in seven human females. Tesis Doctoral no publicada. Institute for Advance Study of Human Sexuality.
- Seco, K. (2002). Eyaculación precoz, Revisión conceptual e investigación clínica. *Revista Española de Sexología*, 113.
- Sedeño, E. (1990). Actitudes, conocimientos y conducta contraceptiva en adolescentes. *Revista Española de Sexología*, 44, 1-146.
- Segraves, R. T., Croft, H., Kavoussi, R., Ascher, J. A., Batey, S. R., Foster, V. J., Bolden-Watson, C. y Metz, A. (2001). Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(3), 303-316.
- Semans, J. H. (1956). Premature ejaculation: a new approach. *The Southern Medical Journal*, 49, 353-56.
- Shafik, A. y El-Sibai, O. (2002). Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a

- concept of pathogenesis. *European journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 105, 67-70.
- Shamloul, R. y el-Nashaar, A. (2006). Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 150-154.
- Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F. y Babaei, G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *journal of Sex and Marital Therapy*, 25(3), 211-215.
- Siegel, R. K. (1982). Cocaine and Sexual dysfunction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 71-74.
- Sietnieks, A. (1985). Involvement of 5-HT₂ receptors in the LSD - and L-5-HTP-induced suppression of lordotic behavior in the female rat. *journal of Neural Transmision*, 61(1-2), 65-80.
- Siewcki, B. J. y Mansfield, L. W. (1977). Determining readiness to resume sexual activity. *American Journal of Nursing*, 77, 604.
- Sills, T., Wunderlich, G., Pyke, R., Segraves, R. T., Leiblum, S., Clayton, A., Cotton, D. y Evans, K. (2005). The Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F): item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 801-818.
- Silva, S. M., Madeira, M. D., Ruela, C. y Paula-Barbosa, M. M. (2002). Prolonged alcohol intake leads to irreversible loss of vasopressin and oxytocin neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus. *Brain Research*, 925, 76-88.
- Simons, J. S. y Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.
- Simon, J., Braunstein, G., Nachtigall, L., Utian, W., Katz, M., Miller, S., Waldbaum, A., Bouchard, C., Derzko, C., Buch, A., Rodenberg, C., Lucas, J. y Davis, S. (2005). Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 5226-33.
- Sira, M. (1996) Sertralina en el tratamiento de la eyaculación precoz. *Anales VIII CLASSES*. Montevideo.
- Slabbekoorn, D., van Goozen, S. H., Sanders, G., Gooren, L. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2000). The dermatoglyphic characteristics of transsexuals: is there evidence for an organizing effect of sex hormones. *Psychoneuroendocrinology*, 25(4), 365-75.

- Smith, G. D., Frankel, S. y Yarnell, J. (1997). Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *British Medical journal*, 315, 1641-1644.
- Smith, L. J., Mulhall J. P., Deveci S., Monaghan, N. y Reid, M. C. (2007). Sex after seventy: A pilot study of sexual function in older persons. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1247-1253.
- Soble A. (1986). *Pornography*. New Haven/London: Yale University Press.
- Soriano, S. (1999). *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*. Amarú: Salamanca.
- Spector, I. P., Carey, M. P. y Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 175-190.
- Spiess, W. F., Geer, J. H. y O'donohue, W. T. (1984). Premature ejaculation: investigation of factors in ejaculatory latency. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 242-245.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*, 282(18), 1737-44.
- Sternberg, R. y Barnes, M. (1988). *The psychology of love*. New Haven: Yale University Press.
- Stermac, L., Hall, K. y Henskens, M. (1989). Violence among child molesters. *Journal of Sex Research*, 26, 450-459.
- Stoller, R. J. (1982). Identidad genérica. En Freedman, Kaplan y Sadock (Eds.). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Storms, M. D. (1980). Theories of Sexual Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38 (5), 783-792.
- Stuart, F., Stuart, R. B., Maurice, W. L. and Szasz, G. (1975). *Sexual Adjustment Inventory*. Champaign: Research Press.
- Sundet, J. M., Kvale, I. L., Magnus, P. y Bakkevig, L. S. (1988, marzo). Prevalence of risk-prone sexual behaviour in the general population of Norway. *Proceedings of the First International Conference on the Global Impact of AIDS*, London.
- Tepper, M. S. (1992). Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: current trends

- and recommendations. *Sexual Disability*, 10(1), 15-31.
- Tordjman, G. (1981, Diciembre). Orgasmos Femeninos: un Estudio en Mujeres Paraplégicas. En R. Hernández y A. Parra (coordinadores), *Sexualidad en el Impedido*. Caracas, Venezuela.
- Traish, A. M. y Kim, N. N. (2005). The physiological role of androgens in penile erection: Regulation of corpus cavernosum structure and function. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 759-770.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W. y Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. En P. Florsheim y U. Utha (eds.). *Adolescent romantic relation and sexual behaviour. • Theory research and practical implications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum associates, Publishers.
- Trinchieri, A., Magri, V., Cariani, L., Bonamore, R., Restelli, A., Garlaschi, M. C. y Perletti, G. (2007). Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Archivio italiano di urologia, andrologia*, 79(2), 67-70.
- Trudel, G., Landry, L. y Larose, Y. (1997). Low sexual desire: the role of anxiety, depression and marital adjustment. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 109-113.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L. y Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2).
- Ueno, N. (1993). the so-called coital death. *Japan Legal Medicine*, 127, 333-340.
- Vaughn, P. (2003). *The Monogamy Mith: A personal handbook for recovering from affaire*. New York: New Market Press.
- Verhulst, J. y Heiman, J. (1988). A systems perspective on sexual desire. En S.R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.). *Sexual Desire Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Vershoor, A. M. y Portinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of sexual behavior*. 2 (17), 173-178.
- Vierhout, M. E. y Gianotten, W. L. (1993). Mechanisms of urine loss during sexual activity. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 52 (1), 45-47.
- Waldinger, M. D., Rietschel, M., Nothen, M. M., Hengsveld, M- W y Olivier, B. (1998).

- Familiar occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatric Genetics*, 8, 37-40.
- Wallen, K. (2009, junio). Intimate gaze: hormones and sex differences in response to sexual images. Ponencia presentada al 19 WAS World Congress for Sexual Health, G&teborg, Sweden.
- Weinberg, M. S., Williams, C. J. y Pryor, D. W. (1994). *Dual attraction: Understanding bisexuality*. New York: Oxford University Press.
- West, S. L., D'Aloisio, A. A., Agans, R. P., Kalsbeek, W. D., Borisov, N. N. y Thorp, J. M. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of Internal Medicine*, 14, 168(13), 1441-1449.
- West, S. L., Viniloor, L. C. y Zolnoun, D. (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual Review of Sex Research*, 15, 40-172.
- Williams, T. J., Pepitone, M. E., Christensen, S. E., Cooke, B. M., Huberman, A. D., Breedlove, N. J., Breedlove, T. J., Jordan, C. L. y Breedlove, S. M. (2000). Finger-length ratios and sexual orientation. *Nature*, 404(6777), 455-456.
- Winkelstein, W., Wiley, J. A., Padian, N. y Levy, J. (1986). Potential for transmission of AIDS-associated retrovirus from bisexual men in San Francisco to their female sexual contacts. *JAMA*, 255(7), 901.
- Winstanley, M., Woodward, S. y Walker, N. (1998). *Tobacco in Australia. Facts and Issues 1995*. Victorian Smoking and Health Program.
- Wylie, K. R., Jones y R.H.Walters, S. (2003). The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(3), 227-236.
- Zemishlany, Z., Aizenberg, D. y Weizman, A. (2001). Subjective effects of MDMA ('Ecstasy') on human sexual function. *European Psychiatry*, 16(2), 127-130.
- Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J. y Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 2, 378(6552), 68-70.
- Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from chylldhood. Ten additional yrsrs of followup. *Comprehensive Psychiatry*, 4 (19), 363-369.
- Zurbriggen, E. L. y Yost, M. R. (2004). Power, desire, and pleasure in sexual fantasies. *Journal of Sex Research*, 41(3), 288-300.

Zwang, G. (1985). Sexologie. Paris: Masson.

Índice

Prólogo	16
1. Introducción a la sexología	23
1.2. Sexualidad y salud	25
1.3. Ámbitos de intervención de la sexología	29
1.4. Derechos sexuales	38
2. Respuesta sexual femenina	39
2.2. Activadores externos	41
2.3. Activadores internos	45
2.4. Cerebro y respuesta sexual	46
2.5. Respuesta vulvar	47
2.6. Respuesta vaginal	49
2.7. Respuesta uterina	50
2.8. Respuesta perivaginal	51
2.9. Respuesta mamaria	53
2.11. Respuesta orgásmica	54
3. Respuesta sexual masculina	60
3.2. Estímulos internos	62
3.3. Anatómo-fisiología de la erección	64
3.4. Endocrinología de la erección	68
3.5. Neuroendocrinología de la erección	69
3.6. Respuesta eréctil	73
4. Sexualidad y ciclo vital	75
4.2. La adolescencia	80
4.3. Sexualidad y menopausia	92
4.4. Sexualidad y envejecimiento	98
5. Variabilidad en la expresión de la sexualidad	102
5.2. Expresión compartida de la sexualidad	112
5.3. Parafilias	115

6. Orientación sexual.- homosexualidad, lesbianismo y bisexualidad	127
6.2. Lesbianismo	139
6.3. Bisexualidad	145
7. Clasificación y evaluación de los trastornos de la sexualidad	154
7.2. La evaluación en salud sexual	172
8. Deseo sexual hipoactivo del hombre	181
Disfunción erectil	196
9.3. Etiología	198
9.4. Evaluación	204
9.5. Tratamiento	214
10. Eyaculación precoz	234
10.2. Concepto	236
10.4. Etiología y etiopatogenia	238
10.5. Formas clínicas de la eyaculación precoz	242
10.6. Evolución	244
10.8. Evaluación	245
10.9. Tratamiento	248
11. Trastornos del orgasmo masculino	255
11.3. Epidemiología	259
11.5. Formas clínicas	261
11.6. Evolución	262
11.7. Respuesta de la pareja	263