

Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales¹.

Theoretical review on the discussion about sexual disorders.

Nubia Esther Hernández Flórez², Eliana Patricia Acevedo Villalobos³, Mónica Espeleta Maradei⁴

Resumen

El comportamiento sexual humano, comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. La literatura explica que las teorías y las prácticas sexuales varían de acuerdo a la época y a las culturas donde se desarrollan. Siendo así, el resultado de la imagen que las personas han construido sobre su propia sexualidad y

¹ Grupo Familia y Sociedad

² Psicóloga, Máster en Gestión de la Calidad y prevención de Riesgos Laborales, Universidad Católica de Valencia, España; Máster en Avances en Investigación, Tratamientos es Psicopatologías y Salud. Universidad de Valencia, España; Doctoranda en Psicología de la Salud, Universidad de Valencia, España. Docente Investigadora Universidad Cooperativa de Colombia, Coordinadora de Investigaciones Facultad de Psicología Sede Bucaramanga. Colombia, nubia.hernandez@campusucc.edu.co

³ Psicóloga, Universidad Cooperativa de Colombia. Especialista en docencia universitaria. Especialista en Psicología Clínica y de la salud. Candidata a magister en Psicología. Universidad del Norte. Decana programa de psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga, Colombia, eliana.acevedo@ucc.edu.co,

⁴ Psicóloga, Universidad Metropolitana de Barranquilla. Especialista en Farmacodependencia. Candidata a Magister Universidad del Norte. Docente programa de psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bucaramanga, Colombia, mónica.espeleta@campusucc.edu.co

la de los demás. Crespo, Labrador, & De La Puente (1995) señalan la complejidad de establecer límites entre lo normal, anormal o patológico de las conductas sexuales. De acuerdo a las clasificaciones diagnósticas, los trastornos sexuales, se basan en la experiencia subjetiva de malestar e insatisfacción de la actividad sexual propia, en el que se incluyen cambios a nivel fisiológico, anatómico, motor y emocional (Labrador & Crespo, 2001). Masters & Johnson (1996) estudiaron el comportamiento de la respuesta sexual humana, desde la perspectiva psicológica y fisiológica; dividiéndolas en 5 fases representadas en deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución, lo que les permitió describir las disfunciones sexuales inherentes, lo cual contribuyó a sus clasificaciones (Labrador & Crespo, 2001). Dada la necesidad de conocer el comportamiento de los problemas sexuales, es relevante hacer mención de ellos, y así establecer un panorama completo que permita describirlas para facilitar a los profesionales de la salud identificarlas, evaluarlas y tratarlas pertinentemente.

Palabras clave: trastornos, sexualidad, identidad, conductas sexuales.

Abstract

The human sexual behavior, including biological, psychosocial, behavioral, clinical, moral and cultural. The literature explains that the theories and sexual practices vary according to the times and cultures where they thrive. Thus, the result of the image that people have built on their own sexuality and that of others. Crespo, Labrador, & De La Puente (1995), indicate the complexity of establishing boundaries between normal, abnormal or pathological sexual behavior. According to the diagnostic classifications, sexual disorders are based on the subjective experience of discomfort and dissatisfaction with sexual activity itself, which include changes in physiological, anatomical, motor and emotional (Labrador

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

& Crespo, 2001). Masters & Johnson (1996) studied the behavior of the human sexual response, from the psychological and physiological, dividing them into five phases represented in desire, arousal, plateau, orgasm and resolution, allowing them to describe the inherent sexual dysfunction, as which contributed to their ratings (Labrador & Crespo, 2001). Given the need to know the behavior of sexual problems, it is important to mention them, and thus provide a complete picture describing enabling to provide healthcare professionals identify, assess and treat them appropriately.

Keywords: Disorders, sexuality, identity, sexual behaviors.

1. Identidad sexual

Las etapas psicosexuales están influidas por una interacción compleja de factores, tanto prenatales como postnatales. Esto posibilita el conocimiento de diferentes componentes como la *identidad sexual* conocida como la percepción individual y la propia conciencia de ser hombre o mujer. Asimismo, el *rol sexual* es considerado como la conducta que la persona manifiesta y que lo identifica ante los demás como hombre o mujer (ej. vestidos/maquillaje). E igualmente la *orientación sexual* se valora como la atracción erótica que siente la persona ya sea hacia los hombres, mujeres, niños u objetos no sexuales (Becker & Kavoussi, 1996).

En tanto, la diferenciación sexual inicia en el momento de la concepción, al establecer el sexo genético mediante el cromosoma X o Y del espermatozoide fecundante. Es decir, que si el ovulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma X, el sexo genético será femenino. Cuando el espermatozoide es fecundado por un cromosoma Y, el sexo genético será masculino. La sustancia denominada antígeno H –Y es la responsable de la transformación, es decir que si el cromosoma Y o el antígeno H-Y no se encuentra en el

250

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

embrión, las gónadas se diferenciaran en ovarios, a pesar de que las estructuras genitales internas y externas no se encuentran desarrolladas en el feto. Si las gónadas se diferencian en testículos, se secreta el andrógeno denominado testosterona, convirtiéndose en los genitales masculinos (epidídimo, conductos deferentes, canal eyaculatorio, pene y escroto). En ausencia de andrógeno, las estructuras se transforman en genitales femeninos (trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina). Es fundamental mencionar, que el desarrollo de la estructura embrionaria genital en útero depende en gran medida de la presencia o ausencia de andrógenos fetales (Becker & Kavoussi, 1996).

Estos procesos fisiológicos, se desarrollan antes del nacimiento, por tal razón se les clasifica en las siguientes leyes (Crespo, Labrador, & De La Puente, 1995):

- El embrión original es morfológicamente idéntico, salvo en su programación genética.
- Para que se dé una diferenciación masculina, deberán estar presente ciertas actuaciones específicas, lo que no es necesario que ocurra con la diferenciación femenina ya que se puede desarrollar sin actuaciones específicas.
- El origen de los órganos sexuales y sus características morfológicas los hace diferentes aunque a su vez complementarios.

Es preciso mencionar, que el proceso de diferenciación sexual no solo es limitado en el momento del nacimiento, sino que también se ve influida por factores ambientales, este último marca una pauta importante y predominante en el desarrollo de la identidad sexual de la persona (Crespo et al., 1995). Este proceso suele iniciar en los primeros años de vida y generalmente se establece a los tres años de edad, aunque depende en gran medida del sexo con el que se educa al niño y no tanto de los factores biológicos.

Money & Ehrhardt (1974) desarrollaron un estudio con niños nacidos con genitales ambiguos u opuestos al sexo encontraron, que estos niños desarrollaron una identidad sexual de forma coherente con el sexo que se les reconoció al nacer, en este proceso iban incluidas las correcciones hormonales y quirúrgicas convenientes. Es preciso mencionar, que un niño con feminización testicular desarrollará su identidad sexual femenina, incluso cuando su cuerpo posea los genitales masculinos, si desde la infancia se le ha reconocido como niña, es probable que se identifique como tal (Becker & Kavoussi, 1996).

Una vez establecida la identidad sexual, suele ser resistente al cambio. Es decir, que cuando a un infante de sexo genético femenino, se le forma como un niño y en su adolescencia aparecen cambios físicos del sexo contrario, como el desarrollo de mamas u otras características descritas como femeninas, es probable, que este niño sea consecuente con sus criterios de identidad sexual y solo busque corregir estos cambios físicos. No obstante, si los cambios físicos son ambiguos o si los miembros de la familia son contradictorios con la imagen que tienen de él, es factible, que su identidad sexual no se desarrolle de manera estable y se vea afectada (Becker & Kavoussi, 1996).

De acuerdo con la literatura, el modelo teórico del aprendizaje, menciona que la identidad sexual inicia su desarrollo cuando el niño imita o se identifica con modelos de su mismo sexo. Esto en alguna medida refuerza al niño por su identificación y se le orienta al desarrollo de conductas propias del rol sexual. La teoría psicoanalítica, se enfoca en que la identidad sexual se desarrolla como parte de la formación de la identidad, en la fase de separación e individualización, dependiendo en gran medida de la calidad del vinculo establecido entre la diada (Becker & Kavoussi, 1996), o como una función *normativa* de la *organización* por el *Edipo*; no simplemente el conocimiento o el reconocimiento de una vivencia edípica en el inconsciente, sino la estructuración de la personalidad cuando se verifica el pasaje a una posición triangular con *un objeto y un rival sexuales* plenamente

investidos como tales, y las consecuencias estructurales irreversibles que ulteriormente derivan de ellas (Bergeret, 1974).

En referencia a las preferencias sexuales u orientación sexual, es posible que una de las variables más significativas sean las primeras experiencias sexuales. Por lo tanto, las preferencias sexuales de una persona se establecen mediante un proceso de condicionamiento clásico, lo que indica que los estímulos que van a convertirse en objetos sexuales se asocian a la excitación sexual. Sin embargo, es importante mencionar que las preferencias sexuales no siempre se reflejan en la conducta de la persona (ej. fobia social o el voto de castidad, entre otras) o ambientales que limitan la expresión de las mismas. Es posible, que en casos donde los límites impidan efectuar conductas sexuales de preferencias, puede que se establezcan comportamientos sexuales en la que el objeto sexual no sea acorde al objeto de preferencia (Crespo et al., 1995).

1.1. Criterios diagnósticos de la identidad sexual

Según el DSM IV, existen dos componentes susceptibles de evaluar el trastorno de identidad sexual que deben estar presentes en el momento de realizar el diagnóstico.

Criterio A. Que el individuo se identifique de modo intenso y persistente, con el otro sexo. Constituyéndose el deseo de ser o la insistencia en que uno es, del otro sexo.

Criterio B. La identificación con el otro sexo no se basa en el deseo de obtener ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir síntomas de malestar persistente por el sexo asignado.

Criterio C. El diagnóstico no debe establecerse si la persona padece una enfermedad física intersexual (síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal).

Criterio D. Al establecer el diagnóstico debe presentarse síntomas de malestar clínicamente significativo, deterioro social o de otras áreas importantes de la persona.

1.2. Clasificación de los trastornos de identidad sexual en el adulto (Transexualismo)

En 1988, el DSM-IV, asume el término de *trastorno de la identidad de género* (Saro, 2009). Se define la transexualidad o trastorno de la identidad de género, como una forma extrema de malestar o disforia con el sexo asignado. Sus manifestaciones suelen ser típicamente por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, se evidencian sentimientos de insatisfacción con el sexo asignado, existe el deseo permanente de identificarse totalmente con el otro sexo. Las personas transexuales manifiestan haber nacido en un sexo equivocado. De tal manera, que la mayoría refieren que el inicio de los síntomas fue en la infancia y su especial interés radica en la reasignación del sexo mediante cirugía (Gómez-Gil, Esteva de Antonio, & Bergero-Miguel, 2006).

Tabla 1. Criterios DSM IV para el diagnóstico del trastorno de la identidad sexual

Trastorno de la identidad sexual
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.2) En los niños, preferencia por el transvestismo 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.

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

- 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:

- 1) En los niños, 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 propios de los niños.
- 2) 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.
- 3) En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., 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.

Codificar según la edad actual:

- Trastorno de la identidad sexual en niños.
- Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos.

Especificar si (para individuos sexualmente maduros):

- Con atracción sexual por los varones.
- Con atracción sexual por las mujeres.
- Con atracción sexual por ambos sexos.

– Sin atracción sexual por ninguno.

Fuente: Adaptado de Pichot, López-Ibor, & Valdés (1995)

Tabla 1. Criterios DSM IV para el diagnóstico del trastorno de la identidad sexual (continuación)

Trastorno de la identidad sexual no especificado
Esta categoría se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen: <ol style="list-style-type: none">1) Enfermedades intersexuales (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) 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.
Trastorno sexual no especificado
Esta categoría se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Los ejemplos incluyen: <ol style="list-style-type: none">1) Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o femineidad.2) Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.3) Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

Fuente: Adaptado de Pichot, López-Ibor, & Valdés (1995).

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

La transexualidad, suele aparecer en diferentes etapas de la vida. Person y Ovesey (1974) distinguieron a los transexuales en primarios y secundarios, y aunque actualmente esta clasificación no se lleva a cabo, pueden orientar al profesional de la salud al pronóstico (Gómez-Gil et al., 2006).

- *Transexualismo primario*: estas personas presentan alteraciones de la identidad sexual desde la infancia. También exponen que siempre se han identificado con el otro sexo. Generalmente estas personas cuentan con una historia infantil de comportamientos propios del género opuesto, aunque a veces no son conscientes de lo que les sucede y pueden llegar a descubrirlo en la etapa de la adolescencia. Habitualmente intentan adecuar su conducta a su sexo biológico, siendo infructuoso el esfuerzo por mantenerlo a largo plazo (Gómez-Gil et al., 2006).
- *Transexualismo secundario*: la identificación con el otro sexo aparece en fases tardías y de manera gradual. Normalmente, suele aparecer en etapas intermedias de la vida adulta. Puede incluirse aquellos casos que no cumplen con los criterios definidos, por ejemplo pacientes con situación intersexual. Debido a que las preferencias las perciben en la edad adulta, reflejan mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación de sexo. En tal sentido, los hombres biológicos pueden sentir simpatía por las mujeres pero menor probabilidad de satisfacción sexual después de la reasignación del sexo. Por tal razón, consideran pertinente guardar prudencia al momento de iniciar una reasignación sexual (Gómez-Gil et al., 2006).

1.2.1. Repercusiones de la Transexualidad

La condición de la transexualidad, genera sufrimiento en las personas que lo viven, debido al propio malestar que les crea su cuerpo biológico junto a la necesidad del cambio de sexo, sumado a esto, el frecuente rechazo familiar y social a los que se ven sometidos, especialmente cuando se encuentran en las primeras etapas de la reasignación del sexo (Gómez-Gil et al., 2006).

1.2.2. Diagnóstico y Evaluación del Transexualismo

Cuando las personas solicitan un cambio de sexo, generalmente requieren de una valoración cuidadosa por parte de los profesionales de la salud, además de un fuerte entrenamiento en los trastornos de la identidad sexual. Es preciso tener en cuenta, la presencia de pacientes con desordenes psiquiátricos primarios con tendencias transexualistas (Becker & Kavoussi, 1996).

Las personas con graves trastornos de la personalidad, específicamente los de personalidad límite, pueden manifestar deseos momentáneos de querer cambiar de sexo, su causa es atribuida a la disfunción global de la identidad durante los periodos de estrés. Los homosexuales afeminados pueden querer cambiar de sexo para sentirse y verse más atractivos para los hombres, aunque generalmente este deseo fluctúa con el tiempo. En los travestis, la situación también es similar, pues, padecen un trastorno de orientación sexual, llevando ropa femenina con el objetivo de aumentar su excitación, tal es su deseo que pueden llegar a desear ser mujeres, aunque esta inclinación no se mantiene a largo plazo, siendo su identidad sexual la masculina. En la etapa de la adolescencia, suele en ocasiones presentarse disconformidad con el propio sexo, debido al surgimiento de sentimientos de tipo homosexual. Generalmente, en estos casos anteriormente descritos, es necesario y

pertinente el procedimiento de psicoterapia para encaminar de manera apropiada la demanda de cambio de sexo en la persona (Becker & Kavoussi, 1996).

La mayoría de las personas con trastornos de la identidad sexual, acuden a psicoterapia con el objetivo de solicitar un cambio de sexo radical, y aunque cuentan con antecedentes de encontrarse bajo tratamiento con esteroides prescritos por médicos, es relativamente complejo persuadir la idea de un cambio de sexo sin llevar a cabo la cirugía. Normalmente, conciben la ayuda psicológica como obstáculo que les impide la realización del procedimiento quirúrgico. Sin embargo, aunque la cirugía sea indicada y prescrita por el médico, es necesaria una intervención psicológica que posibilite el conocimiento de las decisiones irreversibles que tomará a futuro (Becker & Kavoussi, 1996).

Ante este tipo de situaciones, es común la presencia de la baja autenticidad de la información dada por la persona que solicita el cambio de sexo, ya que su único interés radica en el cambio hormonal y quirúrgico. Por lo tanto, es necesario contactar con la familia o personas cercanas al paciente, con el objetivo de evaluar a profundidad la alteración de la identidad sexual (Becker & Kavoussi, 1996). De esta manera, se logra descartar situaciones distintas al transexualismo, permitiendo comprobar la aptitud psicológica del paciente (Bordon & García, 2001).

Es importante, valorar la historia de la vida del paciente, comprender los dilemas a los que se enfrenta, valorar las ideas irracionales y los comportamientos desadaptativos que puede presentar. Es claro, que no se trata de curar el trastorno de identidad sexual, sino de lograr un estilo de vida estable con oportunidades realistas de éxito en las diferentes áreas en las que se desenvuelva (social, laboral, educativo entre otras). En este sentido, la familia juega un papel fundamental, por lo tanto resulta necesario incluirla dentro del proceso psicológico (Bordon & García, 2001).

Conviene discutir con el paciente con el fin de lograr conciencia en la toma de decisiones, estimar consecuencias a nivel familiar, social, laboral, económico y legal que el

cambio de sexo puede generar. Además, se evaluara los recursos psicológicos y sociales con los cuales cuenta para afrontar dichos cambios (Bordon & García, 2001).

1.2.3. Tratamiento

Actualmente, se evidencian mayores esfuerzos dedicados a investigar y demostrar la eficacia de los diferentes procedimientos psicoterapéuticos, por lo tanto es determinante para los profesionales de la psicoterapia que enriquecen sus conocimientos en tratamientos que demuestran su eficacia en producir cambios deseados (Labrador & Crespo, 2001).

Dentro de los tratamientos que deben demostrar su eficacia, efectividad y eficiencia, están los orientados a las disfunciones sexuales, una de las áreas de intervención con más tradición en la Psicología Clínica, además de las que requieren en la actualidad mayor apoyo por parte de los psicólogos (Labrador & Crespo, 2001).

Bordon & García (2001) realizaron un protocolo de intervención psicológica en la transexualidad, cuyo objetivo es el de alcanzar en la persona un bienestar psicológico duradero con su género, y así, maximizar la adaptación psíquica y la autorrealización. Consideran importante, que los pacientes se beneficien de la terapia psicológica en cada etapa de la evolución de género, incluyendo la fase de diagnóstico, la verificación del proceso transexualizador, el periodo hormonal y finalmente la intervención quirúrgica junto a su recuperación postquirúrgica, en el caso de que se llegase a realizar.

La terapia la denominan Tríadica y está compuesta por la experiencia real en el rol deseado, la hormonación para el género deseado, cirugía para el cambio de los genitales y otras características sexuales. Es importante mencionar que no todas las personas requieren de todo el proceso de la terapia tríadica, ya que pueden cambiar espontáneamente sus decisiones (Bordon & García, 2001).

A continuación se menciona dentro de la terapia triádica, los diversos periodos por los que debe atravesar una persona que desea cambiar su sexo, teniendo en cuenta que en cada una de ellas, debe estar presente la orientación de un psicólogo.

Periodo de Hormonación: la intervención del psicólogo en esta fase, está orientada en manejar posibles reacciones adversas a la medicación, apoyar y brindar herramientas de solución ante posibles dificultades que aparezcan en la esfera biopsicosocial, llevar a cabo deliberaciones de cara al futuro y ayudar al paciente en la experimentación en la vida real en el rol deseado.

Periodo de Farmacología: la medicación hormonal depende en gran medida del perfil hormonal de la persona, teniendo en cuenta los niveles de andrógenos y de estrógenos endógenos. Las hormonas son indispensables para la inducción y mantenimiento de las características del sexo deseado por parte de la persona transexual. Por ende, esperan con ansiedad y demandan con frecuencia que los cambios se presenten en un corto tiempo, pero los efectos de la medicación son graduales, por lo tanto deben someterse a largas esperas mientras su cuerpo reacciona. Por tal motivo, es relevante explicarles claramente a los pacientes sobre los posibles cambios y sus limitaciones teniendo en cuenta el caso en particular, este con el fin de evitar expectativas irreales.

Aproximadamente seis meses después de haberse iniciado el tratamiento hormonal, los cambios físicos se hacen evidentes y es donde se inicia una parte importante de la terapia psicológica, denominada "experimentación en la vida real de la evolución del rol de género". Es una etapa donde el paciente adopta claramente vivir en el género deseado, por lo que se pone a prueba la capacidad que tiene para funcionar en el género elegido, además de los recursos sociales y psicológicos de los cuales dispone. Es posible que sea conveniente trabajar algunas características tales como estilos de comunicación y estrategias de afrontamiento con el objetivo de facilitar la adaptación. Si esta

experimentación de su rol deseado resulta de gran éxito, entonces se procede a la intervención quirúrgica

Periodo Pre-post quirúrgica: durante este periodo el apoyo emocional tanto al paciente como a la familia es fundamental, además de la relación con los profesionales de la salud, quienes intervendrán en la preparación del paciente para su futuro cambio físico irreversible. Este tipo de cirugía se le conoce como Reasignación Sexual, cuyo objetivo es la eliminación de todas las características sexuales no deseadas y la incorporación de las deseadas.

Durante este periodo, la presencia del psicólogo es fundamental ya que aunque han desaparecido los obstáculos anatómicos, el paciente puede continuar sintiendo ausencia de conformidad y habilidad para vivir su nuevo rol. Es destacable, que en este tiempo se elevan los números de suicidios que parecen correlacionar con dificultades que pueden aparecer después de la intervención quirúrgica, generando en el transexual nuevamente una situación problemática con su propio cuerpo. La terapia psicológica puede ser necesaria de por vida, aunque estaría dirigida como acompañamiento al paciente más que como intervención específica (Bordon & García, 2001).

La terapia conductual ha sido empleada con éxito en diversos casos de transexualismo masculino. Donde se incluye la identificación de pautas de conductas femeninas (ej. La entonación de voz, formas de comportamiento, entre otras). Estas conductas femeninas, se modifican con la ayuda de grabaciones en video y se modelan las conductas masculinas entrenando al paciente. Asimismo, se pretende que la persona cambie el patrón de excitación homosexual por un patrón heterosexual, aunque el éxito se consigue en uno de cada tres casos (Becker & Kavoussi, 1996).

2. Trastornos sexuales

Según el DSM IV, los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden:

Trastornos del deseo sexual

- Deseo sexual hipoactivo
- Trastorno por aversión al sexo

Trastornos de la excitación sexual

- Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- Trastorno de la erección en el varón

Trastornos del orgasmo

- Disfunción orgásmica femenina
- Disfunción orgásmica masculina
- Eyaculación precoz

Trastornos sexuales por dolor

- Dispareunia
- Vaginismo

Disfunción sexual debida a una enfermedad medica

Disfunción sexual inducida por sustancias

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

Disfunción sexual no especificada

Los trastornos sexuales se han dividido en dos grandes grupos: las *Parafilias o desviaciones sexuales*, caracterizada por ser una orientación sexual dirigida hacia objetos o situaciones infrecuentes respecto al patrón convencional (ej. Excitación sexual ante niños); y las *Disfunciones sexuales*, que emergen en alguna fase de la respuesta sexual (ej. Eyaculación precoz) (Crespo et al., 1995).

La orientación sexual no es un factor determinante, tanto los individuos heterosexuales, homosexuales, como bisexuales pueden experimentar una disfunción sexual en algún momento de la vida. Asimismo, los trastornos sexuales pueden ser de toda la vida o desarrollarse después de un periodo de funcionamiento sexual normal (Becker & Kavoussi, 1996).

Cuando se efectúa el diagnóstico de un trastorno sexual, lo ideal es especificarla entre: disfunción debida a factores psicológicos o disfunción debida a la combinación de factores psicológicos y de una enfermedad general (Becker & Kavoussi, 1996).

Los pacientes que manifiestan una disfunción sexual deberían someterse a exploraciones médicas que incluyan revisiones por parte del ginecólogo o urólogo a fin de descartar causas orgánicas tratables, ya que podrían tratarse de alteraciones específicas en los genitales, como también la presencia de enfermedades vasculares, alteraciones neurológicas, trastornos endocrinos o enfermedades sistémicas, además de posible consumo de fármacos sin prescripción médica y las drogas ilegales (Becker & Kavoussi, 1996).

2.1. Descripción y tratamiento de los trastornos sexuales

2.1.1. *Trastornos del deseo sexual*

Deseo Sexual Hipoactivo: se caracteriza por la ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales o del deseo de tener relaciones sexuales. Esta alteración suele acompañarse de un malestar importante o de dificultades interpersonales (Becker & Kavoussi, 1996).

Es importante determinar si el deseo sexual hipoactivo es un problema principal o la consecuencia de otro problema subyacente. Con frecuencia las personas que padecen una inhibición de la excitación sexual o un problema orgásmico pueden desarrollar un deseo sexual hipoactivo ya que su actividad sexual no está acompañada de un refuerzo positivo (Becker & Kavoussi, 1996).

Normalmente, este trastorno es frecuente en mujeres y es una de las causas por las que primordialmente acuden a consulta, siendo menos frecuente en hombres. Además, presentan variaciones de respuesta, desde personas que manifiestan ausencia de interés por el sexo, pero que son capaces de responder a los estímulos de la pareja, llegando a experimentar excitación y orgasmo, hasta las que están desinteresadas en iniciar la actividad sexual y además rechazan las aproximaciones sexuales de la pareja (Crespo et al., 1995).

Generalmente, se indaga si el trastorno sexual hipoactivo guarda relación con el consumo de algún tipo de sustancias, ya sean psicoactivas o fármacos. La valoración de estos sujetos requiere de una exploración médica exhaustiva, al igual que una evaluación psicológica (Becker & Kavoussi, 1996).

Los tratamientos más eficaces se basan en la combinación de la terapia cognitiva para modificar sistemas de creencias erróneas (ej. Considerar que la pareja debe desear la

actividad sexual al mismo tiempo), la terapia conductual (ej. ejercicios para aumentar el placer sexual y el dialogo) y la terapia de pareja (ej. realizar actividades sexuales individuales con el fin de controlar la relación) (Becker & Kavoussi, 1996).

Trastorno por aversión al sexo: se caracteriza por una aversión extrema persistente o recurrente y una evitación de todo o casi todo contacto sexual con la pareja. Esta alteración es causante de malestar o dificultades interpersonales (Becker & Kavoussi, 1996; Crespo et al., 1995). El tratamiento se basa en reducir el miedo del paciente y la evitación sexual, esto se puede lograr mediante la desensibilización sistemática en la que el paciente se expone gradualmente, primero imaginariamente y posteriormente en vivo a las situaciones sexuales que le generen ansiedad (Becker & Kavoussi, 1996).

Los trastornos del deseo sexual en hombres y mujeres son difíciles de describir para los pacientes. Una frase del tipo “no siento deseo sexual” puede significar para algunos hombres “no puedo conseguir una erección” y para algunas mujeres “tengo problemas con la lubricación” o “me es difícil alcanzar un orgasmo”. Por esto, el terapeuta debería darse cuenta de estas confusiones frecuentes y ayudar a los pacientes a distinguir un verdadero trastorno del deseo sexual de otras disfunciones sexuales. Los trastornos del deseo no pueden medirse por la frecuencia de la relación sexual con una pareja disponible, sino que se debe evaluar de forma más precisa considerando el producto sexual total, incluyendo la masturbación, las relaciones sexuales con otras parejas, las fantasías sexuales y el buscar materiales sexualmente excitantes (Wincze & Carey, 2000, citado en Caballo, 2006).

2.1.2. Trastornos de la excitación sexual

Trastorno de la excitación sexual de la mujer: se determina como el fallo parcial o total en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la finalización de la actividad sexual. El diagnóstico se efectúa

cuando el trastorno no ocurre en el curso de otro trastorno del Eje I y cuando no se deba a los efectos directos de alguna sustancia prescrita o ilegal o a una enfermedad médica (Becker & Kavoussi, 1996; Crespo et al., 1995).

El tratamiento, a menudo implica reducir la ansiedad asociada a la actividad sexual. Por tal razón, las técnicas conductuales son imprescindibles y efectivas ya que se basan en la focalización sensorial (Becker & Kavoussi, 1996).

Trastorno de la erección en el varón: generado por un fallo parcial o completo en mantener la erección hasta el final de la actividad sexual, percibe ausencia de sensaciones subjetivas de excitación sexual o placer durante la actividad sexual (Crespo et al., 1995).

Generalmente, el tratamiento de la disfunción eréctil es fácil si el paciente cuenta con el apoyo de la pareja para participar de la terapia. Aunque es posible realizar el tratamiento sin la presencia de la pareja. El procedimiento terapéutico, busca la asignación de pautas de conducta para reducir gradualmente la ansiedad de ejecución. Se realizan ejercicios de focalización sensorial, en el que el paciente actúa inicialmente acariciándose con su pareja en zonas no genitales y centrándose exclusivamente en su propio placer. Paulatinamente, el paciente inicia actividades sexuales genitales sin realizar una penetración hasta lograr que la ansiedad haya disminuido y así funcionar con una erección completa (Becker & Kavoussi, 1996).

Otros tratamientos empleados con éxitos son la terapia de grupo, la hipnosis y la desensibilización sistemática. La terapia de pareja también es de gran ayuda. Al igual que los métodos farmacológicos cuando la causa principal no es orgánica (Becker & Kavoussi, 1996).

2.1.3. Trastorno del orgasmo

Trastorno orgásmico masculino: se caracteriza por la dilatación persistente y recurrente de la eyaculación, tras una fase de excitación sexual normal, durante la relación sexual. Es importante, considerar la edad del paciente, así como también la focalización, intensidad y duración de la estimulación sexual (Crespo et al., 1995). El tratamiento para este trastorno, es de aconsejar al paciente que cuando se masturbe lo haga tan rápido como sea posible y que eyacule mientras se imagina que su pene está eyaculando dentro de la vagina de su pareja. Otra técnica, radica en enseñar al paciente y a su pareja ejercicios de focalización sensorial (Becker & Kavoussi, 1996).

Eyaculación precoz: es la eyaculación ante una estimulación sexual mínima o antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Crespo et al., 1995). El tratamiento de la eyaculación precoz supone entrenar a la persona a tolerar altos niveles de excitación sin eyacular y entrenarle a disminuir la ansiedad que acompaña a la excitación sexual. Una de las técnicas más empleadas en el tratamiento de la eyaculación precoz es la de "Parada y Arranque", que consiste en ubicar al paciente acostado mientras la pareja lo estimula suavemente, se pretende es que él se concentre en las sensaciones placenteras producidas por la estimulación del pene, cuando siente que va a eyacular le indica a su pareja que detenga la estimulación. Este ejercicio se repite por lo menos cuatro veces antes de eyacular definitivamente (Becker & Kavoussi, 1996).

2.1.4. Trastornos sexuales por dolor

Dispareunia: se caracteriza por el dolor genital persistente y recurrente, en mujeres y hombres, antes durante, o después del coito. Es considerado, como un trastorno frecuente en las mujeres (Becker & Kavoussi, 1996; Crespo et al., 1995).

Cabe resaltar, que los factores psicológicos que intervienen son la educación inadecuada, el miedo a la relación sexual o a la penetración, además del aprendizaje de experiencias anteriores traumáticas (Crespo et al., 1995).

Para su tratamiento es importante realizar una exploración física y ginecológica que descarte patologías orgánicas. Igualmente, indagar sobre posibles miedos o ansiedad en el momento de la actividad sexual. Se ha observado que para las mujeres la desensibilización sistemática ha mostrado ser eficaz (Becker & Kavoussi, 1996).

Vaginismo: se caracteriza por la contracción involuntaria de manera recurrente o persistente, de la musculatura del tercio externo de la vagina, lo que impide la penetración del pene. En la mayoría de los casos, tiene que ver con causas psicológicas debido a la aparición de un reflejo aprendido condicionado en una situación anterior en la que se ha asociado a una experiencia de dolor a una situación de relación sexual. El tratamiento psicológico más eficaz para este trastorno es la desensibilización sistemática. Así como también otros procedimientos que consisten en la inserción sistemática de dilatadores de tamaño gradualmente superior (Becker & Kavoussi, 1996; Crespo et al., 1995).

3. Desviaciones sexuales o parafilias

Las parafilias, eufemismo empleado hoy en día para englobar comportamientos que anteriormente se etiquetaban como "desviaciones sexuales", se convierten en un problema clínico de importancia con base en su alta prevalencia, si se atiende a marcadores indirectos (Cáceres, 2001) y al sufrimiento que supone para la víctima, para su entorno y, a veces, incluso, para el delincuente. Y todo ello al margen de que haya de considerarse o no un problema de salud mental (Caballo, V 2006).

Las Parafilias están conformadas por fantasías sexuales especiales, practicas masturbatorias, accesorios sexuales y peticiones de la pareja sexual.

Según el DSM IV, la característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de conductas sexuales que generalmente comprenden (Pichot, López-Ibor, & Valdés, 1995):

1. Preferencia por el uso de objetos no humanos para excitarse sexualmente.
2. Actividad sexual repetitiva con personas que comprenden el sufrimiento o la humillación reales y simulados.
3. Actividad repetitiva sin el consentimiento de la pareja.

La clasificación del DSM IV de las Parafilias, toma en cuenta la duración de las fantasías, los impulsos o la conducta, los cuales deben estar presentes por lo menos durante seis meses. Para realizar el diagnostico de parafilia hay que añadir un criterio, que la persona se haya dejado llevar por estos impulsos o que siente un marcado malestar por ellos (Pichot et al., 1995).

La mayoría de las personas que presentan este tipo de trastorno son hombres. Tradicionalmente, se ha afirmado que los individuos con tendencias parafílicas realizan un solo tipo de conducta sexual desviada, aunque estudios recientes sugieren que a menudo padecen más de una parafilia. Es importante indicar que más del 50% de estos individuos inician su interés parafílico antes de los 18 años (Becker & Kavoussi, 1996).

La gran mayoría de los parafílicos desarrollan comportamiento sexual desviado siguiendo una secuencia más o menos rígida y estereotipada que, generalmente, ha ido desarrollando paulatinamente a lo largo de muchos años, y que suele venir marcado por determinantes externos o internos (Caballo, 2006). La excitación sexual depende, en gran medida, de los escenarios mentales que cada individuo compone, escenario que,

generalmente, se toman de experiencias de la infancia y de etapas posteriores de la vida. La característica esencial de muchos parafilicos estriba, precisamente, en la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de 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 (Caballo, 2006).

Fetichismo: es un estado psicológico en el cual un objeto inanimado sirve como fuente primaria de la excitación sexual. La mayoría de los fetichistas realizan sus actividades de manera solitaria, aunque en algunos casos cometen delitos para adquirir sus fetiches favoritos (con frecuencia prendas íntimas, botas y zapatos). Los fetichistas son casi siempre hombres y los fetiches varían ampliamente, de los claramente eróticos a objetos que en apariencia tienen poca conexión con la sexualidad. Con frecuencia el fetichismo inicia en la etapa de la adolescencia (Irwin, Sarason, & Sarason, 2006).

Fetichismo travestista: estas personas suelen tener ropa interior femenina que utilizan para transvestirse, bien cuando están solos, acompañado de masturbación o cuando realizan el acto sexual con su pareja. Generalmente, los fetichistas son hombre y heterosexuales (Crespo et al., 1995).

Paidofilia: se caracteriza por la presencia de fantasías y conductas que implican actividad sexual entre un adulto y un niño. Es importante incluir, una referencia en la edad del niño y del adulto, indicando que el sujeto tenga por lo menos 16 años y sea cinco años mayor que el niño con el que se relaciona sexualmente. Asimismo, se debe especificar si la relación es de tipo heterosexual, homosexual, o ambas. Igualmente, hay que tener en cuenta la existencia de una relación incestuosa y si la paidofilia se presenta de forma exclusiva, refiriéndose a la atracción sexual por niños, o la no exclusiva, donde existe también la atracción hacia personas adultas (Crespo et al., 1995).

El tipo más común de pedófilo es alguien tímido e inseguro, y escoge a los niños como objetos sexuales debido a que los considera poco amenazantes o porque pueden ser idealizados manifestándoles un amor incondicional. En la mayoría de los casos, un pedófilo tendrá contactos sexuales con los niños tanto dentro como fuera del hogar, prefiriendo más a los niños que a los adultos como objetos sexuales (Irwin et al., 2006).

Voyeurismo: se caracteriza por que la principal fuente de excitación sexual para el sujeto es la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual (Crespo et al., 1995). El voyeurista, obtiene gratificación sexual de hacer algo prohibido. Generalmente, son inofensivos y huyen de la situación cuando se sienten descubiertos. Esta desviación inicia en la adolescencia, dándose en periodos transitorios y con frecuencia tiene un curso crónico. Este trastorno habitualmente se presenta en hombres heterosexuales (Crespo et al., 1995).

Exhibicionismo: se caracteriza por el grado de nivel de satisfacción sexual a través de la exposición de genitales a una persona normalmente desconocida y del sexo contrario, en lugares públicos y sin que exista intento de realizar una actividad sexual. El exhibicionismo puede iniciar en los años previos de la adolescencia y la edad intermedia, pero ocurre con más frecuencia entre los 20 y 30 años. Esta desviación habitualmente se presenta en hombres. Es común, que los exhibicionistas presenten, además, alguna otra desviación sexual, siendo la más común el Voyeurismo y la Paidofilia (Crespo et al., 1995; Irwin et al., 2006).

Frotteurismo: consiste en la obtención de placer de forma preferente o exclusiva a través del frotamiento de los órganos genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin el consentimiento de este. Estas actividades son realizadas en lugares públicos y concurridos como el metro, autobús o los conciertos. Normalmente, el frotteurismo va acompañado de una masturbación ante el recuerdo que le genera este tipo de situaciones.

Respecto a las tasas de prevalencia, son escasas ya que existen pocos datos sobre este trastorno (Crespo et al., 1995; Irwin et al., 2006).

Sadismo y masoquismo: para algunas personas, infligir o experimentar dolor y humillación se relaciona con la gratificación sexual. Muchas de ellas incluyen actos ligeramente dolorosos como el morder, pellizcar y golpear durante las prácticas sexuales. Sin embargo, cuando ambas parten lo disfrutan, estas actividades pueden aumentar el placer sexual. Generalmente, los sádicos y masoquistas van más allá del dolor leve, además no logran disfrutar del sexo de otra manera. Para el sádico, existe la necesidad de infligir daño a otra persona para excitarse sexualmente. Para el masoquista, implica la necesidad de ser humillado, atacado, maltratado, etc., solo con el fin de obtener placer sexual (Crespo et al., 1995; Irwin et al., 2006).

El sadismo y el masoquismo suelen presentarse tanto en las relaciones heterosexuales como homosexuales. Cuando estas prácticas son severas pueden causar heridas graves o la muerte a la víctima. El sadomasoquismo se refiere a las interacciones a las cuales una persona disfruta causar sufrimiento a la otra, quien obtiene su placer del dolor. En la mayoría de los casos, los sadomasoquistas habitualmente presentan cinco características (Irwin et al., 2006):

1. Existencia de un acuerdo de quien será el dominante y quien será el sumiso.
2. Conciencia por ambas partes de que tienen asignado un rol.
3. El consentimiento de ambos participantes.
4. La presencia de un contexto sexual.
5. El entendimiento compartido de que su conducta es sadomasoquista.

3.1. Evaluación y tratamiento

En el ámbito de las desviaciones sexuales no se han producido grandes cambios terapéuticos como en el campo de las disfunciones, esto es debido a la escasa motivación que tienen hacia el cambio, siendo muy pocos los que acuden a consulta por ser conscientes de tener un problema, haciéndolo habitualmente bajo presión, ya sea de la familia o de la justicia, esto explica el gran número de abandonos y el escaso éxito terapéutico (Crespo et al., 1995).

Es importante, realizar una evaluación que proporcione información de las conductas sexuales de la persona y de las actitudes hacia las mismas, valorar las habilidades instrumentales (capacidad para hacer frente a situaciones de estrés y habilidades sociales entre otras), así como también conocer la situación personal, laboral y la existencia de redes de apoyo social (Crespo et al., 1995).

Esta información será de gran utilidad para el desarrollo de la intervención psicológica, ya que se busca es suprimir las conductas sexuales desviadas, al igual que el establecimiento de unos impulsos eróticos y conductas sexuales normalizadas. Por tal motivo, es indispensable conocer hasta qué punto el ambiente que rodea a la persona favorece o no a la normalización de las conductas sexuales (Crespo et al., 1995).

Para el tratamiento de las Parafilias se suele utilizar intervenciones psicoterapéuticas basadas principalmente en técnicas cognitivo – conductuales o regímenes médicos basados en el uso de hormonas o medicamentos psicotrópicos (Muse & Frigola, 2003).

Para lograr el cambio de las conductas parafílicas es necesario efectuar una intervención multimodal que interfiere con el aprendizaje anterior por condicionamiento clásico, operante y social, mientras que se modifican esquemas básicos de la estructura cognitiva de la persona. Aunque las hormonas masculinas se hallan inherentemente implicadas en el mantenimiento de la motivación sexual, es el aprendizaje a una edad joven

la que puede determinar la dirección del interés sexual. Por lo tanto, el empleo de las sustancias químicas en el tratamiento de las Parafilias suele ser reservado como coadyuvante de la psicoterapia (Muse & Frigola, 2003).

Actualmente, se emplean programas de tratamiento psicológico con el fin de abordar la conducta desviada desde todas las perspectivas, en las cuales incluyen (Crespo et al., 1995):

- *Eliminación de la excitación sexual ante estímulos desviados:* se aplican técnicas aversivas y fármacos antiandrogénos que pueden llegar a reducir en gran medida la intensidad y frecuencia de los impulsos sexuales.
- *Aumento de la excitación sexual adecuada:* su principal objetivo es que la persona vuelva a sentirse excitado por estímulos sexuales normales, utilizándose el recondicionamiento del orgasmo.
- *Disminución de la ansiedad heterosexual:* teniendo en cuenta que las personas presentan respuestas de ansiedad debido a las relaciones heterosexuales, es fundamental disminuir la ansiedad que impida bloquear el desarrollo de conductas posteriores.
- *Mejora del funcionamiento heterosexual:* debido a los impulsos sexuales muchas personas manifiestan cierto grado de deterioro en las relaciones interpersonales, por lo que se hace necesario un entrenamiento en habilidades sociales.
- *Modificación de conductas desviadas asociadas al sexo:* algunas personas pueden presentar comportamientos que culturalmente no son aceptados o que se les considera inapropiado para el sexo de pertenencia. Para ello, las técnicas en modelado, autoinstrucciones y de ensayo conductual favorecen en lograr cambios en la conducta sexual.

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

De la misma manera, se emplean técnicas tradicionales de la psicología como las que se mencionaran a continuación:

Técnicas de condicionamiento clásico: se basan principalmente en la aplicación de métodos aversivos de extinción fundados en el paradigma del condicionamiento clásico. Se busca es la asociación de un estímulo aversivo incondicionado con una respuesta condicionada no deseada, con el objetivo de producir una nueva respuesta condicionada tipo aversiva en presencia de los estímulos condicionados provocadores de la respuesta sexual disfuncional. El estímulo condicionado aversivo más utilizado en los estudios sobre tratamiento conductual de las Parafilias, son la descarga eléctrica, el mal olor y el mal gusto. Existe evidencia constatable, que el empleo de la descarga eléctrica puede llegar a modificar eficazmente la excitación sexual asociada a los diferentes tipos de Parafilias, aunque actualmente esta técnica ha sido excluida en las intervenciones debido a críticas sociopolíticas. No obstante, se han utilizado técnicas similares como la Sensibilización Encubierta, el paciente intenta visualizar escenas en las que se ve participando en la conducta parafilica no deseada, y cada vez que visualiza la actividad parafilica, cambia la imagen excitante por otra aversiva (Muse & Frigola, 2003).

Técnicas de aprendizaje operante y social: se basan principalmente en el condicionamiento instrumental u operante y en el aprendizaje social. En el tratamiento de las Parafilias se ha aplicado con éxito el reforzamiento operante y el entrenamiento en habilidades sociales (Muse & Frigola, 2003).

Técnicas cognitivas: identificar distorsiones es el primer paso en el tratamiento cognitivo de las desviaciones sexuales. Las cogniciones disfuncionales tienen que ser identificadas individualmente, con el fin de trabajar en base a ejemplos reales desde las ideas irracionales del propio paciente. Una vez se reconocen las distorsiones y el paciente confirma que las entiende, se emplearan estrategias para refutar dichas cogniciones, como la de identificar en el acto los pensamientos irracionales cuando aparecen y utilizar

argumentos para refutarlos reemplazándolos por pensamientos más realistas. Estas estrategias deben practicarse hasta que se logre el resultado esperado, es decir evidenciar una clara reducción de las distorsiones asociadas a la parafilia específica (Muse & Frigola, 2003).

Referencias

- Becker, J. V. & Kavoussi, R. J. (1996). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. In R.E.Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatria* (2a ed., pp. 691-709). Barcelona, España: The American Psychiatric Press.
- Bergeret, J. (1974). La personalidad normal y patológica. *Edipo y normalidad* (pp.58-66). Barcelona. España: Gedisa, S.A.
- Bordon, R. & García, L. (2001). Protocolo de intervención psicológica de la transexualidad. *Hojas Informativas de l@s Psicolog@s de las Palmas, IV*.
- Caballo, V. (2006). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. *La evaluación de las parafilias* (267-280). Madrid, España: Pirámide.
- Cáceres, J. (2001). *Parafilias y violación*. Madrid: Síntesis.
- Crespo, M., Labrador, F. J., & De La Puente, M. L. (1995). Trastornos sexuales. In

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

A.Belloch, B. Sandin, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 404-460). Madrid, España: Mc Graw Hill.

Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., & Bergero-Miguel, T. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: concepto y características básicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 7-12.

Irwin, G., Sarason, B., & Sarason, R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (11 ed.) Mexico: Prentice Hall.

Labrador, F. J. & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13, 428-441.

Money, T., Ehrhardt, A. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl, The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. (bookshelf)

Muse, M. & Frigola, G. (2003). La evaluación y tratamiento de trastornos parafilicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 55-72.

Person, E., and Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. *Am. J. Psychotherapy*, 28; 4-20

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013

Pichot, P., López-Ibor, J., & Valdés, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. (3 ed.) Barcelona. España: Masson, S.A.

Saro C., I. (2009). *Transsexualidad: una perspectiva transdisciplinaria*. México: Alfil, S.A. de C.V.

Citación del artículo: Hernández, N.E., Acevedo, E.P., Espeleta, M. (2013). Revisión teórica en torno a la discusión sobre trastornos sexuales. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N.10, pp. 248-278, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

Recibido 18.03. 2013

Arbitrado 25.04. 2013

Aprobado 19.06.2013