



DISFORIA DE
GÉNERO



Persona con una notable incongruencia entre su **género experimentado o expresado** y el que le fue asignado al nacer.

CIE-10 CM

Trastorno de identidad de género clasificado como un desorden mental.

CIE-11 CM

Discordancia de género está clasificada como una condición relacionada con la salud sexual.

El término *disforia de género* aparece como diagnóstico por primera vez en la 5.a edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

STP - Campaña Internacional Stop Trans Pathologization

Historia de la Campaña STP

Octubre de 2007: Manifestaciones por la despatologización trans en Barcelona, Madrid y París.

Octubre de 2008: Manifestaciones en 11 ciudades europeas.

Junio de 2009: Primera convocatoria internacional de STP.

Octubre de 2009: Manifestaciones y otras acciones en 41 ciudades de diferentes regiones del mundo.

Junio de 2010: Manifestación Internacional por la Lucha Trans / Intersex en Barcelona.

Octubre de 2010: Manifestaciones y otras acciones en 61 ciudades de diferentes continentes.

Octubre de 2011: Manifestaciones y otras acciones en 70 ciudades de diferentes continentes.

Octubre de 2012: Más de 100 acciones en 50 ciudades de diferentes continentes.

Otras actividades

- Trabajo en red.
- Participación en jornadas, congresos y seminarios.
- Actividades de información.

Demandas

1. La retirada de la categoría de "disforia de género" / "trastornos de la identidad de género" de los manuales internacionales de diagnóstico (sus próximas versiones DSM-5 y CIE-11).
2. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex.
3. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin tutela psiquiátrica).
4. La cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (acompañamiento terapéutico voluntario, seguimiento ginecológico - urológico, tratamientos hormonales, cirugías).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans, así como la visibilización y denuncia de todo tipo de transfobia institucional o social.

...

Más de 300 grupos, organizaciones y redes activistas de África, América Latina, Asia, Europa, Norteamérica y Oceanía se han adherido a la Campaña STP.

Para adhesiones individuales o colectivas a STP

contact@stp2012.info

Demandas

1. La retirada de la categoría de "disforia de género" / "trastornos de la identidad de género" de los manuales internacionales de diagnóstico (sus próximas versiones DSM-5 y CIE-11).
2. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex.
3. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin tutela psiquiátrica).
4. La cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (acompañamiento terapéutico voluntario, seguimiento ginecológico - urológico, tratamientos hormonales, cirugías).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans, así como la visibilización y denuncia de todo tipo de transfobia institucional o social.

Identidad de género

Identificación del individuo como *varón* o *mujer*, que la mayoría de las veces se corresponde con el **sexo anatómico**.



Disforia de género

Expresan descontento con el sexo asignado:

- Deseo de tener el cuerpo del otro sexo.
- **Ser apreciados socialmente como una persona del sexo opuesto.**

SEXO Y GÉNERO



SEXO BIOLÓGICO

Hace referencia a aspectos físicos objetivamente mensurables (cromosomas, pene, vagina, hormonas, etc).

GÉNERO

Es una construcción social y cultural binaria, comúnmente asociada al sexo biológico. Es lo que la sociedad espera de varones y mujeres.

IDENTIDAD DE GÉNERO

Es la vivencia del género tal como cada persona la siente, por lo que puede corresponder o no con el sexo biológico.

EXPRESIÓN DE GÉNERO

Se vincula con cómo mostramos nuestro género al mundo, a través de nuestro nombre, cómo nos vestimos, nos comportamos, interactuamos, etc.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Es la atracción física, emocional, erótica, afectiva y espiritual que sentimos hacia otra persona.



Identidad de género



Orientación sexual



Sexo biológico

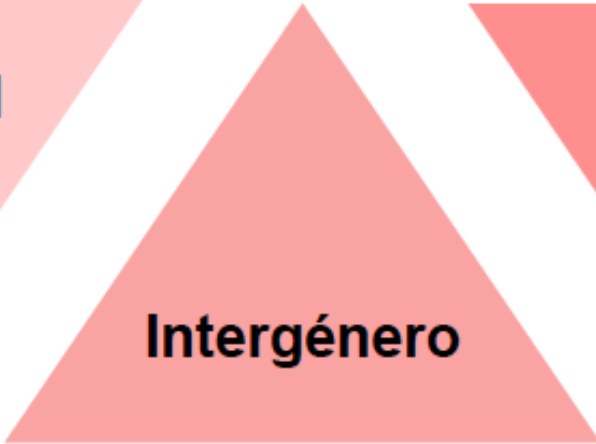
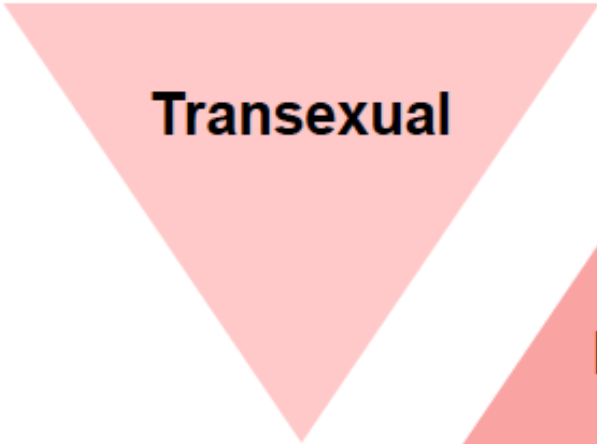


Transgénero

Alude a quienes se identifican con un género distinto al que tenían al nacer (o género asignado).

Transexual

Persona que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales del sexo opuesto.



- DSM-5 no hace distinción entre el diagnóstico de disforia de género en función de la edad.
- El criterio para el diagnóstico en la infancia o la adolescencia es diferente.
- La **identidad de género** cristaliza en la mayoría de los individuos hacia los 2 o 3 años de edad.
- Se emplea un especificador si la disforia de género está asociada a un trastorno del desarrollo sexual.

E P I D E M I O L O G I A

NIÑOS

Deseo de pertenecer al sexo opuesto en el **10%** de **varones** y **5%** de las **niñas** de **menos de 12 años** derivados por diversos problemas clínicos



El índice de incidencia de la disforia sexual es igual para ambos sexos en la adolescencia.

ADULTOS

1 por cada 10,000 asignados como varones y 1 por cada 30,000 asignados como mujeres (Europa).

Índices de prevalencia del DSM-5:

- **0,005% a 0,014%** para los asignados como varones.
- **0,002% a 0,003%** para los asignados como mujeres.

3 a 5 pacientes varones por cada paciente mujer.

1 de cada 500 adultos puede hallarse en el grupo transgénero.

ETIOLOGÍA

FACTORES BIOLÓGICOS

- Andrógenos (estimulado por cromosoma Y) → Masculino → Genitales externos masculinos
- ✗ Andrógenos → Femenino → Genitales externos femeninos

La pertenencia al sexo masculino y la masculinidad dependen de los andrógenos fetales y perinatales.

Hormonas esteroideas influyen en la **expresión de la conducta sexual** en los varones y mujeres maduros

- La testosterona puede aumentar la libido y la agresividad en las mujeres.
- Los estrógenos pueden reducirlas en los varones.

La masculinidad, la feminidad y la identidad de género dependen en mayor medida de las experiencias vitales posnatales que de la organización hormonal prenatal.

Teoría de la organización cerebral

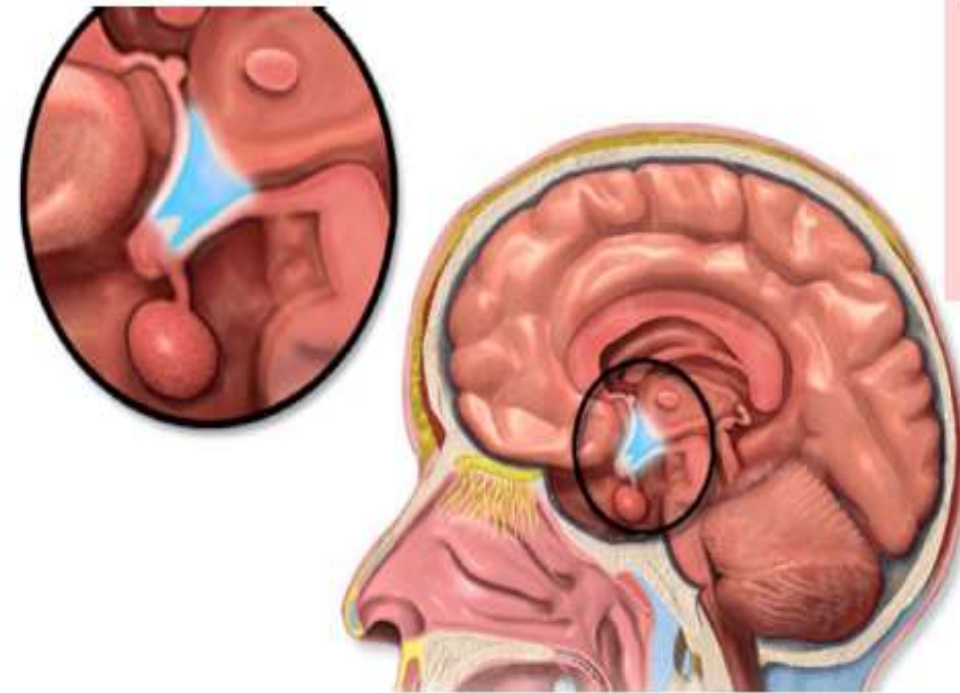
- *Masculinización o feminización del cerebro* en el útero materno.
- La **testosterona** afecta a las neuronas que contribuyen a la masculinización del cerebro en áreas como el **hipotálamo**.
- Si contribuye a los denominados patrones de comportamiento masculinos o femeninos sigue siendo un tema controvertido.

Causas genéticas

- No se han encontrado genes causales
- Alteraciones cromosómicas poco comunes
- Casos registrados en gemelos idénticos

Cambios en la materia blanca, flujo sanguíneo y patrón de activación cerebral.

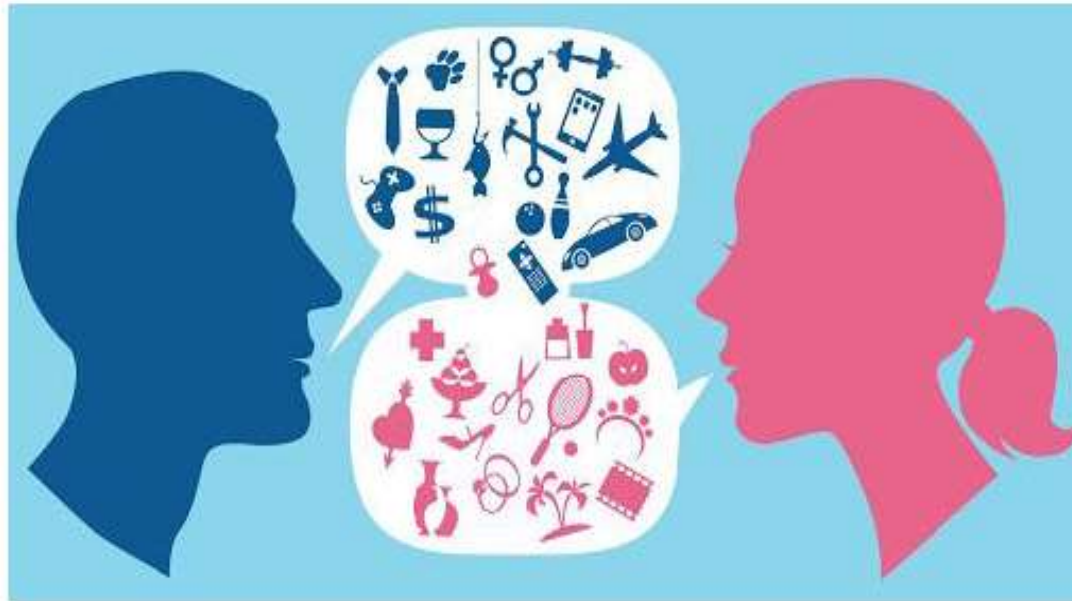
Los individuos transgénero acostumbran a ser zurdos.



FACTORES PSICOSOCIALES

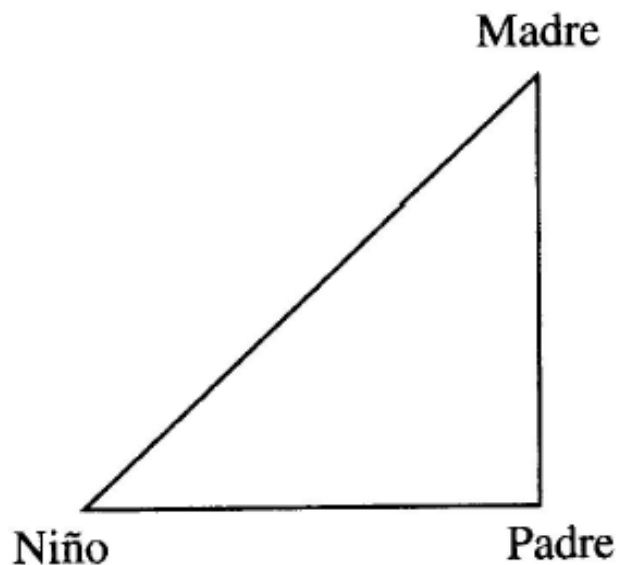
Los niños suelen desarrollar una *identidad de género* que **concuera con su sexo asignado**.

- Influida por la interacción entre el **temperamento** de los niños y las **características y actitudes de los padres**.
- Existen **papeles o roles sexuales** culturalmente aceptables, estos se aprenden.



Sigmund Freud

- Conflictos experimentados por los niños en el **triángulo edípico**
- Todo aquello que interfiere con el *amor* que siente un niño *por el progenitor del sexo opuesto* y con su *identificación* con el de *su mismo sexo* también interfiere con el desarrollo de la identidad de género normal.





*Diagnóstico y
Cuadro Clínico*



Disforia de Género DSM-5 " incongruencia entre el género asignado y expresado".
El Criterio más importante es el deseo de pertenecer al otro género o la insistencia en serlo.
Se debe de limitar su uso exclusivamente a los chicos y chicas que expresen claramente deseos de ser del otro género.



- Prefieren vestimenta típica del otro género
- Compañeros de juego del otro género
- Juegan más con juguetes asociados al otro género y adoptan roles del otro género al jugar.

Para poder realizar el Dx, a parte de estas características sociales deben de presentarse otras menos susceptibles de la influencia social

- Fuerte deseo de pertenecer al otro sexo
- rechazo de la propia anatomía sexual
- Deseo de tener algún(as) de las características sexuales 1º o 2º del género deseado
- Disfunciones y sufrimiento clínicamente significativo



Diagnóstico diferencial en la Infancia

Los menores que son diagnosticado con Disforia de género, son más propensos a la identificación transgénero como adultos y se diferencian de otro menores disconformes con su género por la expresión de deseos de cambios anatómicos, y que el diagnóstico persiste con el tiempo y pueden expresar repetidamente el deseo o la creencia de ser del otro género.

Los menores disconformes pueden...

- expresar ideas de deseo o creencia de ser del otro género por espacios corte de tiempo
- no repetidamente
- No expresa en absoluto estas ideas
- pueden preferir vestimentas y comportamientos asociados con el otro género, pero estar conformes con el género asignado



Individuos intersexuales es una especificación de disforia de género, donde el individuo intersexual muestra disforia de género con su género natal o asignado



INTERSEXUAL



Adolescentes y adultos



Los individuos y adolescentes adultos Dx de disforia de género deben de

- Expresar Incongruencia entre el género expresado y el asignado
- Cumplir al menos dos de los 6 criterios de referencia (relacionados con características sexuales secundarias)
- Deseo de determinadas características sexuales secundarias

Otros criterios:

- Fuerte deseo de ser del otro género
- Ser tratado como personas del otro género
- Expresar la creencia de tener los sentimientos y reacciones de los individuos del otro género

Al igual que en la infancia se requiere que el paciente exprese sufrimiento personal o desacuerdo con sus sentimientos más que comportamientos o identidades que son interpretadas como patológicas por otros.

El referente cultural "lestar atrapado en el cuerpo equivocado" no se aplica ni siquiera a la mayoría de los individuos transgénero

Puede haber deseo de ser de géneros alternativos como intergénero.

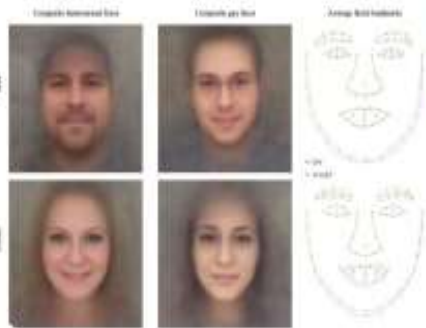


Diagnóstico diferencial en adolescentes y adultos

Individuos que cumplen con los criterios diagnósticos de disforia de género deben de experimentar disfunción clínica o incongruencia con su identidad de género.

Esto excluye a

- Todos los transgénero o disconforme con su género cuando no están clínicamente afectados
- **Enfermedades mentales** en las que la identidad transgénero puede constituir un componente del pensamiento delirante como *Esquizofrenia*, donde se al tratarse con éxito la psicosis, disminuye los sentimientos transgénero.
- **Trastorno dismórfico corporal**, es Dx Diferencial en pacientes que muestran deseo de cambiar de género únicamente en algunas partes del cuerpo.
- **Travestismo (parafilia)** es un deseocontinuo e intenso de cambiar la vestimenta por la del otro género, junto con una disfunción o malestar clínicos asociados a esta conducta. Se diferencia porque la identidad de género de los pacientes es coherente con el género asignado al nacer, la excitación sexual vinculada al travestismo llega a interferir en la vida d del individuo.



A horizontal, textured red brushstroke with irregular, feathered edges, serving as a background for the text.

*Evolución y
Pronóstico*

Comorbilidades en la Infancia

Mayores índices de trastornos ...

- ❖ Depresivos
- ❖ Ansiedad
- ❖ Control de impulsos que otro niños y niñas por la estigmatización que deben de afrontar en relación con su conducta e identidad de género
- ❖ Mayor probabilidad de formar parte del espectro autista



Comorbilidades en el adulto

Mayores índices de ...

- Trastorno depresivo
- Ansiedad
- Suicidio (pensamientos suicidas 40%)
- Autolesiones
- Abuso de sustancias



El modelo de estrés predice un incremento de enfermedades mentales entre el grupo de personas estigmatizadas, discriminadas, perseguidas y acosadas, con respecto a las demás.

A horizontal, textured red brushstroke with irregular, feathered edges, serving as a background for the text.

Tratamiento



- Terapias individuales
- Terapias familiares
- Terapias de grupo



que acompañan al individuo en la exploración de sus intereses de género y identidad

- Terapias reparadoras o de conversión, intenta cambiar la identidad de género de las personas o su orientación sexual (postura contraria a la American Psychiatric Association)





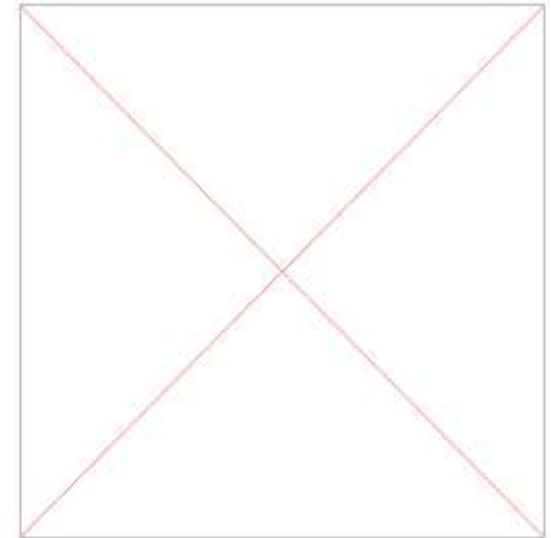
- Presentan preocupación relacionadas con los cambios físicos que anticipan o que empiezan a experimentar



Psicoterapia

Algunos clínicos utilizan las reacciones de los adolescentes en los primeros estadios de la pubertad para decidir si aconsejar el bloqueo de los cambios puberales con medicación.

- Fármacos que inhiben la pubertad → análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) que pueden usarse temporalmente para inhibir la liberación de las hormonas responsables de las características sexuales secundarias y así se da tiempo al adolescente y su familia para reflexionar sobre las mejores opciones de futuro.
Fármacos seguros



Tratamiento de salud mental

Modelo de atención mental supervisado

Muchos cirujanos y algunos médicos que prescriben hormonas, relacionadas con la transición requieren el informe de un profesional de salud mental

- Consentimiento informado para el tratamiento hormonal





Varones transgénero

→ Testosterona (inyección semanal o quincenal)

Cambios iniciales

- Aumento de acné
- Aumento masa muscular
- Aumento libído
- Cese de menstruación durante primeros meses

Cambios permanentes

- Mayor profundidad de voz
- Incremento del vello corporal
- Alargamiento de clítoris



Control periódica de concentraciones Hb y Hto, dado que la testosterona puede causar incremento del recuento de hematíes – ictus

Controles de función hepática — dado que se metaboliza en hígado

Concentraciones de colesterol y Glucosa

Puede afectar fertilidad



Mujeres Transgénero

→ Estrógenos, inhibidores de la testosterona o progesterona

Causan:

- Mayor suavidad de la piel
- Redistribución de la grasa corporal
- Crecimiento de pecho (no supera copa B) si se quiere hacer aumento de pecho se debe de estar de 18-24 meses de tratamiento anterior.
- Disminución del deseo sexual, erección o eyaculación
- Disminución de vello corporal
- No cambia voz

Evitar consumo de tabaco ya que en combinación favorece la aparición de coágulos



Monitoreo de presión sanguínea, función hepática y colesterol

Control de prolactina, ya que se pueden disparar por el tx y provocar prolactinoma

Esterilidad permanente



Varones transgénero

Cirugía mayor

- Intervención para reconstruir un torso masculino

Cirugía menor

- Metoidioplastia (clítoris se libera de ligamento de sujeción al cuerpo, se añade tejido para incrementar longitud y perímetro)
- Escrotoplastia (implantes testiculares)
- Faloplastia (creación de pene)

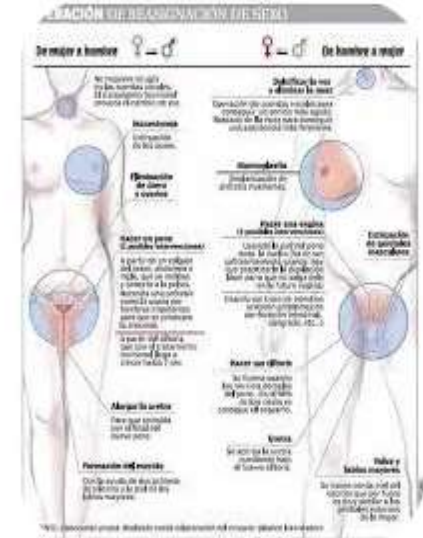
Mujeres transgénero

Cirugía menor

- Aumento de pecho

Cirugía menor

- Vaginoplastia o cirugía de reasignación sexual (se retiran testículos, se reconstruye un clítoris a partir del pene y se crea una vagina)
- Orquiectomía (reduce niveles de andrógenos como la testosterona)
- Cirugía facial feminizadora (altera pómulos, frente, nariz, labios)





*Otras disforias de
género especificadas*



Disfunciones clínicamente significativa o evidentes, pero no llegan a cumplir los criterios de disforia de género

Se debe de registrar la razón específica por la cual los criterios no se han cumplido

CIE- 10/11

Temas de identidad de género epígrafe "Trastornos de conducta y personalidad del adulto" en categoría "Trastorno de identidad de género" (F64)

- Transexualismo (F64.0)
- Travestismo de doble rol (F64.1)
- Trastorno infantil de identidad de género (F64.2)
- Otros trastornos de identidad de género (F64.3)
- Trastorno de identidad de género no especificado (F64.4)

Enfermedades Intersexuales

Incluyen diversos síndromes en los que los individuos muestran un aspecto anatómico o fisiológico evidente propio del otro sexo

Hiperplasia suprarrenal congénita

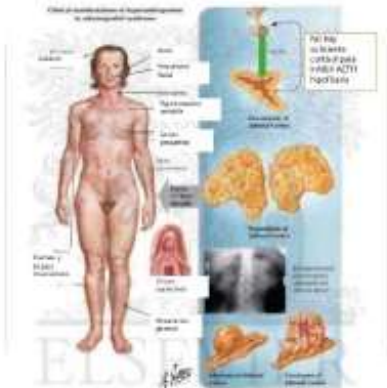
Defecto enzimático en la producción del cortisol suprarrenal, iniciando prenatalmente, que da lugar a una producción excesiva de andrógenos suprarrenales y a la virilización del feto femenino.

Se puede controlar con esteroides

La androgenización puede ir desde:

- alargamiento moderado de clítoris hasta genitales externos que parece saco escrotal con testículo y pene normales aunque tras de estos se encuentra una vagina y útero

La mayoría crecen como niñas, los menores criados como niños suelen ser heterosexuales a diferencia de los menores criados como niñas



Síndrome de inestabilidad a los andrógenos



"Feminización femenina" cariotipo XY

Las células de los tejidos son incapaces de utilizar la testosterona u otros andrógenos. Al nacer el individuo parece una niña normal y es criado como tal. Posteriormente se descubren los testículos criptorquídicos, que producen la testosterona a la que no responden los tejidos.

En la pubertad las características sexuales secundarias son femeninas debido a la pequeña, cantidad de estrógenos resultantes de la conversión de la testosterona en estradiol.

Se perciben como mujeres aunque presentan disforia de género y sufrimiento.

Síndrome de Turner

Falta de cromosoma sexual, cariotipo solo una X

Tienen genitales femeninos, son bajas, y presentan anomalías como tórax de escudo y cuello con membranas.

Los ovarios son disfuncionales se necesita recibir aporte exógeno de estrógenos para desarrollar características sexuales femeninas. Identidad de género es femenina



Síndrome de Klinefelter

Síndrome de Klinefelter



Existe un cromosoma X adicional, cariotipo XXY
 Los pacientes tiene aspecto de niños normales
 En la adolescencia puede haber ginecomastia excesiva
 Los testículos son pequeños sin producción de espermatozoides
 Los afectados son altos y su hábito corporal es eunucoide.
 Disforia de género

Deficiencia de 5α-reductasa

Un defecto enzimático evita la conversión de la testosterona a dihidrotestosterona, necesaria para la virilización prenatal de los genitales.

Al nacer el individuo tiene aspecto femenino aunque pueden verse algunas anomalías

Anteriormente se criaba a los pacientes como niñas y experimentaban una virilización durante la pubertad, con lo que cambiaban su identidad de género a la masculina. Se criban también con identidad de género ambigua.





- Tratamiento rápido
- El aspecto de los genitales suele ser ambiguo en varias de ellas por ello debe de tomarse una decisión acerca del sexo asignado (niño y niña) y el modo de criar al hijo.
- Los pacientes intersexuales pueden presentar problemas de identidad de género debido a la complicación de las influencias biológicas y confusión familiar acerca del sexo real.
- Expertos de pediatría, urología y psiquiatría, se determina el sexo de crianza basado en la exploración clínica, estudios urológicos, frotis bucales, análisis cromosómicos y evaluación de los deseos de los padres
- Informar a los padres sobre las opciones que se ofrecen
- El sexo de crianza es el mejor predictor de la identidad de género futura
- Cirugía más sencilla asignar sexo femenino

Trastorno Travestismo

DSM-5 en la sección de parafílicos

Es un período de al menos 6 meses de excitación sexual intensa y recurrente a partir del intercambio de vestimenta que causa disfunciones clínicamente significativos y evidentes. Muchas personas usan el travestismo como forma de vestimenta o de placer, sin que cause preocupación . El intercambio de vestimentas no implica disforia de género.

- +++ Frecuente en individuos masculinos
- Refieren gran fascinación por vestimenta femenina durante la niñez.
- El cambio de vestimenta se pueden relacionar con el estrés , proporciona excitación y reduce ansiedad y tensión
- Puede coexistir con otro trastornos parafílicos
- Puede haber sentimiento de culpa



Tratamiento

Enfoque combinado de psicoterapia + tratamiento farmacológico

- Identificar factores estresantes que precipitan la conducta
- Objetivo: ayudar a los pacientes a enfrentarse apropiadamente con los factores estresantes y si es posible eliminarlos
- Se examinan las dinámicas intrapsíquicas relacionadas con las actitudes hacia los varones y mujeres, que sean inconscientes

Fármacos

- Ansiolíticos o antidepresivos para tratar síntomas
- Fluoxetina, al reforzar el control de impulsos

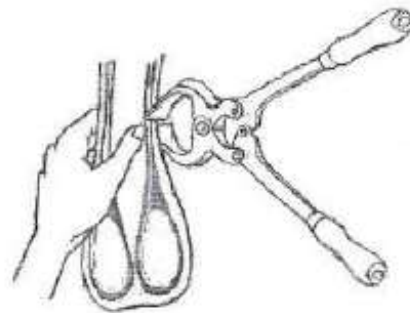
Terapia

- Conductual
- Condicionamiento aversivo
- Hipnosis



Preocupación con castración

No aparece en el DSM-5 pero puede ser problema grave y amenazar la vida cuando la castración se produce sin supervisión médica. Esta preocupación se da en pacientes sin deseo de adquirir las características sexuales del sexo opuesto, pero pueden sentirse incómodas con su sexo asignado y sus vidas están controladas por la fantasía de cómo sería pertenecer a un género diferente. Pueden ser asexuales y no sentir interés sexual ni por los hombres ni por las mujeres



Sexualidad Humana

¿ Qué es una disfunción sexual ?

La disfunción sexual es la alteración de la respuesta sexual.

¿QUÉ ES?

CIE-10

Incapacidad de un individuo para "participar en una relación sexual deseada".

DSM-5

1. Trastorno de deseo sexual hipoactivo del varón.
2. Trastorno de interés/excitación sexual en la mujer
3. Trastorno eréctil
4. Trastorno orgásmico femenino
5. Eyaculación retardada
6. Eyaculación prematura (precoz)
7. Trastorno de dolor genito pélvico/penetración
8. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamento
9. Otra disfunción sexual especificada
10. Disfunción sexual no especificada.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Sexualidad Humana.

- Tipos de disfunciones sexuales conforme a la etapa.
- Etapa de deseo: Trastorno por deseo hipoactivo y trastorno por aversión al deseo
- Etapa de excitación: Trastorno de la excitación sexual, trastorno de la erección: disfunción eréctil.
- Etapa de orgasmo: disfunción orgásmica masculina y femenina. Eyaculación precoz. Dispareunia y vaginismo, disfunciones sexuales secundarias a enfermedades y o medicamentos

Sexualidad Humana.

- HSD: what is it?
- Hypoactive sexual desire was first defined as a clinical entity in 1977,¹ recognized as a valid clinical diagnosis with the publication of the DSM III in 1980²
- In the first years of interest in sex therapy, sexual desire problems went un-described and untreated. Then, low sexual desire became “the dysfunction” of the 90s
- In modern days Sexual Medicine the importance of its identification and need for proper treatment is being highlighted
 - 1. Lief, H. I. (1977). Hypoactive Sexual Desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 7,, 94-95
 - 2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.. Washington. APA
 - 3. Pridal & Lopiccolo. *Multielement Treatment of Desire Disorders: Integration of Cognitive, Behavioral, and Systemic Therapy* In: Leiblum and Rosen (Eds) *Principles and Practice of Sex Therapy* Third Edition. The Guilford Press New York , 2000.

Sexualidad Humana.

Deseo sexual hipoactivo

■ Definido como una persistente o deficiente ausencia de fantasías sexuales y deseo por la actividad sexual produciendo un marcado estrés o dificultad interpersonal.

■ En hombre es ligado a disfunción eréctil como patogénesis.

■ Corona¹, E Mannucci², L Petrone¹, R Giommi³, R Mansani¹, L Fei⁴, G Forti¹ and M Maggi¹ Psycho-biological correlates of hypoactive sexual desire in patients with erectile dysfunction International Journal of Impotence Research (2004) 16, 275-281.

Sexualidad Humana.

Factores de riesgo para deseo hipoactivo

Temas interpersonales.

Pobre autoestima

Calidad de relación disminuida o pobre

Estrés.

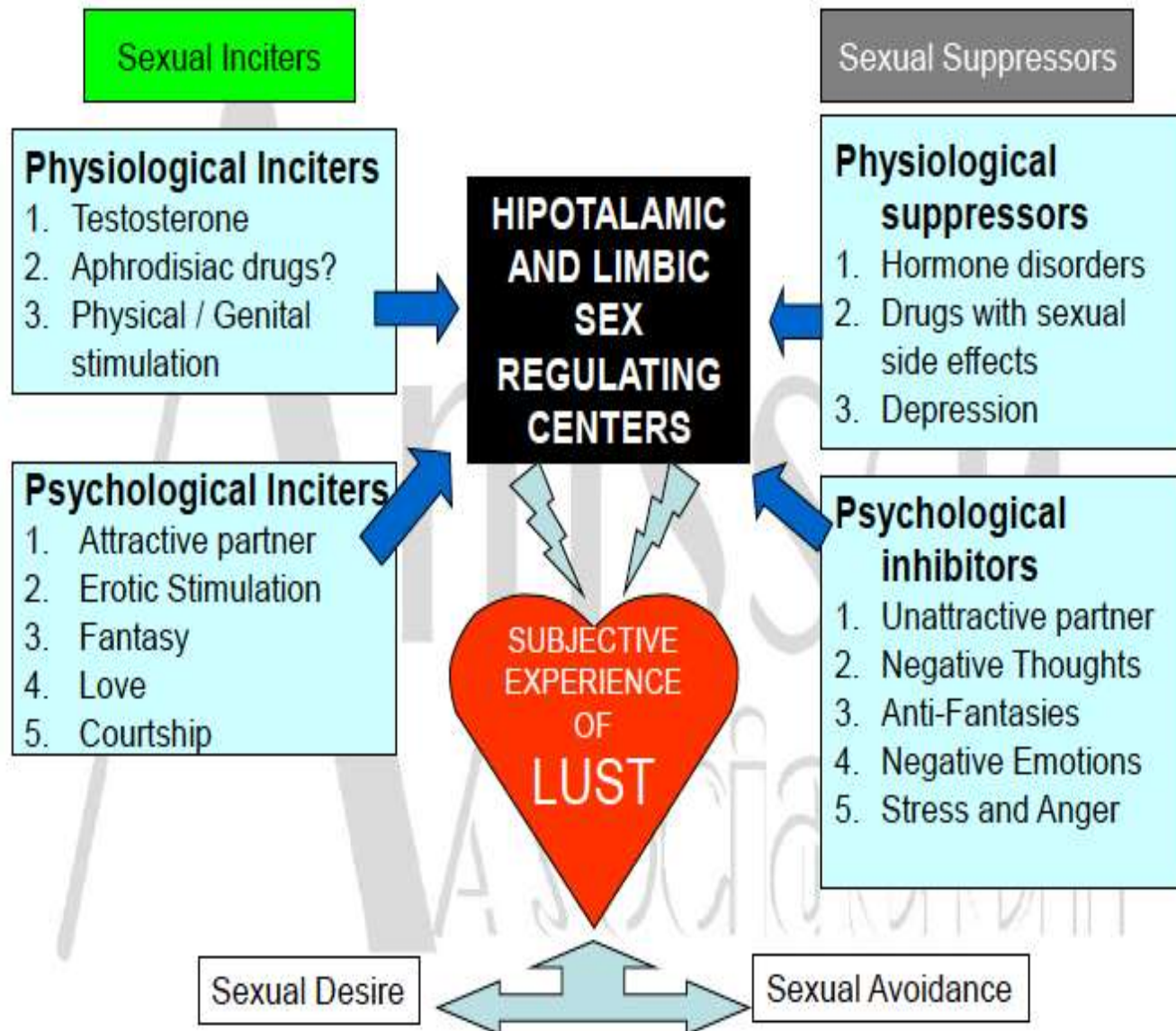
Rutinas sexuales aburridas

Preocupaciones por embarazo o transmisión de enfermedades sexuales.

Disturbios situacionales.

Seguridad emocional

Dual Control elements of human sexual motivation: Kaplan¹ model



1. Kaplan, H.S. *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. 1995. Brunner/Mazel, New York

Some clinically observed causes of HSD: Relationship causes

- Lack of attraction to partner
- Poor sexual skills in the partner
- Marital Conflict
- Fear of Closeness
- Couple differences regarding point of optimal closeness
- Passive-aggressive solution to Power Imbalance
- Inability to fuse feelings of Love and Sexual Desire

Deseo depende de:

1. Impulso biológico
2. Autoestima adecuada
3. Capacidad de aceptarse a uno mismo como una persona sexual
4. Experiencias sexuales positivas anteriores
5. Disponibilidad de un compañero adecuado
6. Buena relación con un compañero en las áreas no sexuales.

Dx sólo si la falta de deseo es fuente de sufrimiento para el paciente.




1. Edad del paciente
2. Salud general
3. Fuentes de estrés
4. Nivel de interés sexual previo al trastorno

TRASTORNO DEL INTERÉS/ EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO

- Disminución o empobrecimiento de los sentimientos eróticos, pensamientos o fantasías.
- Disminución del impulso para iniciar una relación sexual.
- Disminución o ausencia de receptividad hacia la apertura a la pareja.
- Incapacidad para responder a la estimulación de la pareja






Dx : Las quejas de falta de placer son suficientes, incluso si hay lubricación y congestión vaginal

Se relaciona con alteraciones de las concentraciones de estrógenos, prolactina y tiroxina

Los problemas de relación tienen una importancia relevante.



1. Estrés de la vida diaria.
2. Edad
3. Menopausia,
4. Estimulación sexual adecuada
5. Salud general
6. Regímenes de medicación

Sexualidad Humana.

■ Factores de riesgo para deseo hipoactivo Problemas médicos.

Depresión.

Diabetes.

Hipertensión

Hipertiroidismo

Hiperprolactinemia

Sexualidad Humana

- Otras factores.
- Problemas del orden religioso.
- Problemas ligados al envejecimiento.
- Problemas farmacológicos
- Problemas clínico psicológicos.

Sexualidad Humana

■ Disfunción eréctil

■ Trastorno de la erección primario o secundario.

15 a 30 % remiten espontáneamente

25% o más de las ocasiones se presenta

Situacionales por estrés.

Por el vínculo con la pareja.

Descartar enfermedad médica intercurrente:

(depresión, alcoholismo, DM, tratamientos farmacológicos)

TRASTORNO ERÉCTIL (Impotencia)

Paciente presenta:

- Sentimientos de pérdida de potencia.
- Desamparo
- Baja autoestima

- Adquirido en el 10% al 20% de ♂
- Es la queja principal en >50% de ♂ tratados por algún trastorno sexual.
- De por vida (raro) en el 1% de ♂ <35 años, pero su incidencia aumenta con la edad.
- Incidencia: 40% y el 50% en ♂ de 60- 70 años.
- Incidencia durante el primer coito: 8%.



Fisiopatología de la Disfunción Eréctil

Mecanismos fisiopatológicos de la disfunción eréctil:

- **Mecanismos vasculares - Disfunción endotelial**
- **Alteraciones en los Mecanismos del Sistema Nervioso Central que producen Disfunción Eréctil**
 - Mecanismos centrales de inhibición expresados en el nivel genital
 - Mecanismos involucrados en la enfermedad depresiva causando disfunción eréctil
- **Alteración de las vías neuronales**
- **Alteración de la integridad hormonal**
- **Disfunción eréctil provocada por fármacos y drogas**
- **Alteración de la integridad anatómica del pene**

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Primer nivel de atención

- El abordaje diagnóstico del paciente con disfunción eréctil puede ser iniciado por el médico general o por cualquiera de los especialistas con quien haya acudido el paciente, claro está, siempre y cuando haya interés del médico en el manejo de los pacientes.
- Se debe de practicar:
 - Historia medica, sexual y psico-social.
 - Exploración física completa.
 - Estudios de laboratorio de rutina y hormonal básico.
- En primer lugar se tiene que identificar el origen de la DE: orgánico, psicológico o mixto.

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Primer nivel de atención

Historia sexual

- DE exclusivamente o ¿está acompañado de otras alteraciones en el deseo, eyaculación y orgasmo?
- Es importante diferenciar si el paciente presenta DE o eyaculación precoz ya que con frecuencia los pacientes confunden estos términos.
- El papel de las causas psicológicas e interpersonales se deben de conocer e investigar
- La pareja es importante, se requiere investigar si hay conflictos de pareja o alguna disfunción sexual en la pareja, pérdida de la atracción sexual o deseo, ansiedad en el desempeño o miedo a fallar.
- Se debe interrogar sobre el estado emocional del paciente en especial síntomas de ansiedad, depresión, estrés personal, ocupacional o condiciones psiquiátricas

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Primer nivel de atención

Historia médica:

- Enfermedades metabólicas, cardiovasculares o degenerativas
- Tabaquismo, alcoholismo, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad vascular
- Enfermedad de Parkinson o esclerosis sistémica progresiva, así como antecedentes de traumatismo pélvico, penianos, cirugías pélvicas y retroperitoneales entre otras.
- Uso de drogas como cocaína, marihuana, así como medicación antihipertensiva, antiulcerosos, antidepresivos, hormonas sexuales o anabólicos.

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Primer nivel de atención

Exploración Física:

- Presencia de caracteres sexuales secundarios, datos de hipogonadismo y/o ginecomastia.
- Índice de masa corporal, ($\text{Peso}/\text{Estatura}^2$), signos vitales; en especial presión sanguínea, frecuencia cardíaca y pulsos periféricos.
- Exploración de Genitales: volumen y consistencia testicular, tamaño y forma del pene, presencia de placas fibrosas en cuerpos cavernosos (i.e. Enfermedad de Peyronie), anomalías del prepucio.
- Tacto rectal en hombres mayores de 50 años para evaluar el tono del esfínter anal y la próstata.
- Exploración neurológica: reflejos osteotendinosos inferiores, sensibilidad perineal y anal, reflejo bulbocavernoso.

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Primer nivel de atención

Exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática
- Determinaciones basales séricas de
 - glucosa,
 - creatinina,
 - colesterol
 - Triglicéridos
 - T
 - Testosterona total
 - Prolactina y Estradiol (controvertido)

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Segundo nivel de atención

Objetivos:

- Control de las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus y/o dislipidemias. También se deben estabilizar las hepatopatías y nefropatías
- Control endócrino de las enfermedades tiroideas, hipogonadismo e hiperprolactinemia en especial si es secundaria a un prolactinoma (microadenoma).
- Control de las enfermedades cardiovasculares e hipertensión.
- Control neurológico de la enfermedad de Parkinson, esclerosis sistémica progresiva, neuropatías etc.
- Detección y control de un síndrome depresivo o enfermedades psiquiátricas no identificadas.

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Estrategias terapéuticas

Lineamientos generales:

- El tratamiento se debe elegir en base al estudio integral del paciente y de ser posible la identificación de los factores etiológicos
- Es importante conocer las necesidades y preferencias del paciente y su pareja.
- El objetivo fundamental del tratamiento no es solamente restaurar la rigidez de la erección, sino restaurar la satisfacción sexual del paciente y su pareja.

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Estrategias terapéuticas

Lineamientos generales:

- Modificar los factores de riesgo y de ser posible se llevarán hasta la normalidad a pesar de que la DE no revierta. Entre ellos:
 - Relacionados con el estilo de vida como la obesidad, tabaquismo, alcoholismo o abuso de sustancias.
 - Factores psico-sociales como son los conflictos de pareja, problemas emocionales y depresión; otras disfunciones sexuales.
 - Modificar la dosificación o el tipo de la medicación concomitante como antihipertensivos, diuréticos, beta-bloqueadores, drogas psicotrópicas, antiandrógenos y esteroides.
- Si existe una alteración endócrina definida como hiperprolactinemia, hiperestrogenismo o deficiencia parcial o total de andrógenos se debe iniciar un tratamiento médico:

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Estrategias terapéuticas

Lineamientos generales:

El tratamiento médico específico para la DE de primera línea, son los inhibidores de fosfodiesterasa 5 (iPDE5) (sildenafil, vardenafil y tadalafil), los cuales han demostrado en estudios clínicos controlados que son efectivos y bien tolerados

Diagnóstico, Evaluación y Manejo Terapéutico del Paciente con Disfunción Eréctil

Estrategias terapéuticas

El tratamiento de segunda línea comprende la utilización de sustancias vasoactivas administradas de manera intracavernosa o intrauretral.

En tercera línea tenemos las prótesis penianas que pueden ser maleables o inflables. Las prótesis maleables son unos cilindros de silicón con una guía flexible y las prótesis inflables están constituidas por dos cilindros inflables que se insertan dentro de los cuerpos cavernosos y algunos tipos de ellas se conectan a un reservorio-bomba que se coloca en el escroto, que condiciona una adecuada rigidez y flacidez

TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO (anorgasmia)

Incapacidad de una mujer de alcanzar el orgasmo mediante la masturbación o el coito.

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal en términos de atención, intensidad y duración



Sexualidad Humana

■ Anorgasmia

■ Primaria, secundaria y situacional.

Evento de alta frecuencia

Orgasmos no coitales versus orgasmos coitales.

Dificultad en la relación de pareja



- Es más frecuente entre las mujeres solteras que entre las casadas.
 - Prevalencia global: 30%.
 - 5% de las mujeres casadas > 35 años no han experimentado nunca un orgasmo con ningún sistema.
 - Incidencia de anorgasmia de por vida: 10%.
 - El primer orgasmo se produce durante la adolescencia en el 50% de las mujeres, como resultado de la masturbación o de las caricias genitales administradas por un compañero.
-

FACTORES PSICOLÓGICOS

Con frecuencia la inhibición de la excitación y los problemas orgásmicos se dan de forma simultánea.

- Temor al embarazo
- Temor al rechazo de la pareja sexual
- Temor a las lesiones vaginales
- Hostilidad hacia los hombres
- Pobre imagen corporal
- Sentimientos de culpa generados por los impulsos sexuales.
- Expectativas culturales y restricciones sociales.
- Temor hacia impulsos agresivos, destructivos o violentos

Pueden tener: dolor hipogástrico, prurito y flujo vaginal, aumento de la tensión, la irritabilidad y la fatiga.





Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno orgásmico femenino

- A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
 1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
 2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en la persona.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

FÁRMACOS QUE PUEDEN INHIBIR EL ORGASMO FEMENINO

Antidepresivos tricíclicos

- ▶ Imipramina
- ▶ Clomipramina
- ▶ Nortriptilina

Inhibidores de la monoaminoxidasa

- ▶ Tranilcipromina
- ▶ Fenelzina
- ▶ Isocarboxazida

Antagonistas del receptor de dopamina

- ▶ Tioridazina
- ▶ Trifluoperazina

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

- ▶ Fluoxetina
- ▶ Paroxetina
- ▶ Sertralina
- ▶ Fluvoxamina
- ▶ Citalopram

EYACULACIÓN RETARDADA

Dificultad para alcanzar la eyaculación durante el coito, si es que lo consigue

- Raramente se presenta con la masturbación, sino cuando se practica el sexo en pareja.
- Más pronunciado durante la actividad coital.

- Prevalencia general: 5%
- Aumento en la última década, atribuido al empleo de antidepresivos y al elevado uso de sitios web de pornografía.



Diferenciar el
orgasmo de
la
eyaculación

- El trastorno orgásmico masculino de por vida indica la presencia de una psicopatología grave.
- Tiene dificultades con la intimidad en áreas aparte de las relaciones sexuales
- En unos casos, la disfunción se ve agravada por un TDA.
- El problema es más frecuente entre los varones con TOC que entre los demás.



CAUSAS

- Problemas interpersonales
- Afrontación de cambios reales o imaginarios de una relación
- Hostilidad no expresada hacia una mujer
- Percepción del sexo como pecaminoso y de los genitales como sucios.
- Deseos incestuosos

Criterios diagnósticos del DSM-5 para la eyaculación retardada

- A. Se debe experimentar alguno de los siguientes síntomas en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) y sin que el individuo desee el retardo:
 - 1. Retardo marcado de la eyaculación.
 - 2. Infrecuencia marcada o ausencia de eyaculación.
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Sexualidad Humana

■ Eyaculación precoz

Se define como la incapacidad de controlar el momento de la eyaculación por el sujeto, es decir, no hay un control voluntario.

15 a 20 % de varones en población general.

¿Cuál de los siguientes es criterio para el diagnóstico de eyaculación precoz?

1. Eyaculación antes del orgasmo de la compañera
2. Eyaculación después de 1 minuto de la penetración
3. Eyaculación antes de 15 movimientos después de la penetración
4. Eyaculación que no puede retrasarse
5. Malestar personal importante

Consenso Mexicano de Eyaculación Precoz (INMS)

Una disfunción sexual masculina caracterizada por:

- *Eyaculación que ocurre dentro de los límites siguientes:*
 - * *Siempre o casi siempre antes de, o alrededor de un minuto después de la penetración en el caso de eyaculadores precoces de por vida;*
 - * *Siempre o casi siempre antes o alrededor de tres minutos después de la penetración en el caso de los eyaculadores precoces secundarios;*
 - * *De manera recurrente y por periodos mayores a tres meses, antes o alrededor de tres minutos después de la penetración en el caso de los eyaculadores precoces situacionales;*
- *La incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones; y*
- *Consecuencias personales negativas como sufrimiento, malestar, frustración y/o evitación de la intimidad sexual*

EYACULACIÓN PREMATURA/ PRECOZ

Los hombres llegan de modo persistente o recurrente al orgasmo y eyaculan antes de desearlo.



- Edad
- Grado de novedad de la pareja sexual
- Frecuencia y duración del coito



- Mayor frecuencia entre ♂ con formación universitaria que entre los de menos nivel educativo.
- Queja principal en el 35- 40% de ♂ tratados por algún trastorno sexual.

TIPOLOGIA DE LA EYACULACIÓN PRECOZ PROPUESTA POR EL CONSENSO MEXICANO DE EYACULACIÓN PRECOZ

TIPO I. EYACULACION PRECOZ DE POR VIDA (PRIMARIA):

- * El patrón de eyaculación es rígido y breve
- * La etiología es muy probablemente neurobiológica y los factores dependientes de la experiencia subjetivos la pueden agravar o aminorar
- * El tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria ocurre siempre o casi siempre antes de, o alrededor de un minuto después de la penetración

TIPOLOGIA DE LA EYACULACIÓN PRECOZ PROPUESTA POR EL CONSENSO MEXICANO DE EYACULACIÓN PRECOZ

TIPO II EYACULACION PRECOZ ADQUIRIDA (SECUNDARIA):

- * El tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria ocurre siempre o casi siempre antes o alrededor de tres minutos después de la penetración
- * Su etiología puede ser biológica o psicológica, o mixta

TIPOLOGIA DE LA EYACULACIÓN PRECOZ PROPUESTA POR EL CONSENSO MEXICANO DE EYACULACIÓN PRECOZ

TIPO III EYACULACIÓN PRECOZ SITUACIONAL

- * El patrón de eyaculación rápida no es rígido y muestra una variación mayor que en el caso de los eyaculadores precoces tipo I
- * Su etiología es casi siempre psicogénica
- * El tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria ocurre de manera recurrente y por periodos mayores a tres meses, antes o alrededor de tres minutos después de la penetración

Instituto Nacional de Medicina Sexual. *Consenso Mexicano de Eyaculación Precoz*. México Julio de 2009, en prensa.

¿Qué tratamiento es el ideal para la eyaculación precoz?

1. Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina (diario o a demanda)
2. Técnicas psico-conductuales
3. Psicoanálisis
4. Psicoterapia de pareja
5. Tratamientos integrales que combinen enfoques

Sexualidad Humana.

■ Coito doloroso y vaginismo.

Circunstancias médicas.

Dificultades en la excitación y fase de meseta por disminución de secreción vaginal.

Trastorno de dolor genitopélvico/penetración

Este trastorno se refiere a **uno o más** de los siguientes criterios, **uno o dos de los cuales pueden aparecer a la vez**:

- Dificultad para mantener una relación sexual
- Dolor genitopélvico
- Miedo al dolor o a la penetración
- Tensión de los músculos del suelo pélvico.



DISPAREUNIA

La dispareunia es un **dolor genital recurrente** o **persistente** que se produce antes, durante o después del acto sexual.

- Está relacionada (y a menudo coincide) con el **vaginismo**.
- En la mayoría de casos se considera que la causa depende de factores dinámicos.

El dolor pélvico crónico es una queja común de las mujeres con antecedentes de violación o de abusos sexuales durante la infancia



El coito doloroso puede ser el resultado de la tensión y la ansiedad provocadas por el acto sexual, que hacen que la mujer contraiga involuntariamente los músculos vaginales.



VAGINISMO



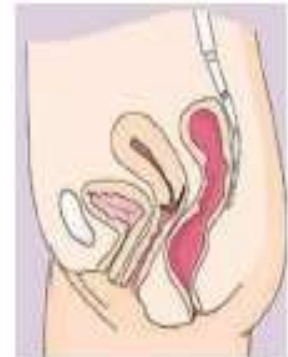
El vaginismo se define por la contracción muscular involuntaria del tercio exterior de la vagina que interfiere en la inserción del pene.

El vaginismo puede ser:

Completo → no es posible la penetración de la vagina de ningún modo ya sea mediante el pene, los dedos, la introducción de un espéculo durante la exploración ginecológica cuando la mujer pretende aplicarse un pequeño tampón en la vagina.

Forma menos grave → la contracción de los músculos del suelo pélvico debido al dolor o al miedo dificulta la penetración, pero no la hace imposible. Puede lograrse la penetración mediante un espéculo muy pequeño o unos dedos pequeños.

Casos leves → tras superar la dificultad inicial de la penetración, los músculos se relajan y la mujer puede continuar con el acto sexual, e incluso con el coito.



El vaginismo es menos prevalente que el trastorno orgásmico femenino.

Suele afectar a mujeres con un alto nivel educativo y de grupos socioeconómicos elevados.

Las mujeres que sufren vaginismo pueden tener el deseo consciente de realizar el coito, pero inconscientemente quieren evitar que el pene se introduzca en sus cuerpos

¿Qué puede desarrollar vaginismo?

- Un trauma sexual (violación)
- El dolor o la anticipación del dolor durante la primera experiencia coita
- Educación religiosa estricta
- Algunas mujeres que experimentaron dolor significativo en su infancia por operaciones quirúrgicas u odontológicas.



FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos tienen efectos anticolinérgicos

- Interfieren con la erección y retrasan la eyaculación
- Algunos varones declaran un **aumento de la sensibilidad del glande**, que es agradable y que no interfiere con la erección, aunque **retrasa la eyaculación**
- En algunos casos el fármaco tricíclico provoca una **eyaculación dolorosa**

Desipramina: provoca menos efectos adversos sexuales.

En las mujeres no se han documentado suficientemente los efectos

LITIO

Regula el estado de ánimo por su actividad antagonista de la dopamina

- En algunos pacientes se ha descrito una **disminución de la erección**.



SIMPATICOMIMÉTICOS

Psicoestimulantes, que se emplean en el tratamiento de la depresión como: anfetaminas, el metilfenidato y la pemolina

- ☛ **Aumentan la libido**
- ☛ Si su uso es prolongado, los varones pueden experimentar una **pérdida del deseo y de las erecciones.**

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES α -ADRENÉRGICOS Y β -ADRENÉRGICOS.



Empleados en el tratamiento de la hipertensión, la angina y determinadas arritmias cardíaca

- ☛ **Causan impotencia**
- ☛ **Reducen el volumen de la eyaculación**
- ☛ **Provocan eyaculación retrógrada**
- ☛ **Cambios en la libido en ambos sexos**

ANTICOLINÉRGICOS

Bloquean los receptores colinérgicos, e incluyen fármacos como: la amantadina y la benztropina

- **Producen sequedad de las membranas mucosas (incluidas las de la vagina) e impotencia**

La amantadina puede revertir la disfunción orgásmica inducida por los ISRS gracias a su efecto dopaminérgico

ANTIHIISTAMÍNICOS



Difenhidramina tienen actividad anticolinérgica y es ligeramente hipnótico

- **inhibe la función sexual**

La ciproheptadina tiene también una potente actividad antagonista de la serotonina.

- Se emplea para **bloquear los efectos adversos sexuales serotoninérgicos provocados por los ISRS**, como el **retraso del orgasmo**.

ANSIOLÍTICOS

Benzodiazepinas (p. ej., diazepam). Actúan sobre los receptores del ácido y aminobutírico, Dan lugar a una reducción de las concentraciones plasmáticas de la adrenalina, por lo que reducen también la ansiedad y

- ↪ **Mejoran la función sexual de los individuos inhibidos por la ansiedad**

ALCOHOL



Tiene un efecto depresor general sobre la actividad del sistema nervioso central, por lo que puede producir:

- ↪ **Trastornos de la erección en los varones**
- ↪ **Aumento de la libido en las mujeres tras beber pequeñas cantidades de alcohol.**
- ↪ A largo plazo → reduce la capacidad del hígado para metabolizar compuestos estrogénicos → provoca **signos de feminización** en los varones (como la **ginecomastia** debida a la atrofia de los testículos)

CANNABIS



La alteración del estado de la conciencia que produce el cannabis puede **aumentar el placer sexual** en algunas personas.

Su consumo prolongado **reduce las concentraciones de testosterona**.

BARBITÚRICOS Y FÁRMACOS DE ACCIÓN SIMILAR

Los barbitúricos y los hipnóticosedantes de acción similar pueden **aumentar la respuesta sexual** en individuos que son sexualmente incapaces debido a la ansiedad

OPIÁCEOS

La heroína, tienen efectos adversos sexuales como:

- ☛ **Imposibilidad de tener una erección y descenso de la libido.**

La alteración de la conciencia puede **potenciar la experiencia sexual** en usuarios ocasionales.

ALUCINÓGENOS



Incluyen la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la fenciclidina, la psilocibina (procedente de algunos hongos) y la mescalina (del cactus del peyote).

Estas drogas provocan una pérdida de contacto con la realidad y una expansión y elevación de la conciencia

- ☛ La **experiencia sexual aumenta** de modo similar, pero otros experimentan **ansiedad, delirium o psicosis**, que **interfieren con la función sexual.**

A horizontal, irregular watercolor brushstroke in shades of pink and light red, centered on a white background. The stroke has a soft, textured appearance with varying intensities of color.

TRATAMIENTO

Terapia sexual dual

El tratamiento se basa en que debe tratarse la pareja cuando la persona que sufre la disfunción forma parte de una relación (ambos deben participar en el programa terapéutico).



El **objetivo** de la terapia es establecer o restablecer la comunicación en el marco de la unidad conyugal.

- ♥♥ Se enfatiza el sexo como una actividad natural que crece en el clima doméstico adecuado para fomentar, hacia el final del tratamiento, una mejoría de la comunicación.
- ♥♥ Los terapeutas sugieren actividades sexuales concretas, que la pareja realiza en la intimidad de su hogar.

El tratamiento es de corta duración y de orientación conductual

¿En qué consiste?

Se les recomienda que realicen ejercicios específicos

- Los ejercicios de iniciación suelen centrarse en aumentar la **sensibilidad al tacto, la vista, el sonido y el olfato.**
- Inicialmente **se prohíbe el coito** ⇒ la pareja aprende a proporcionar y a recibir placer corporal sin la presión del acto o de la penetración.
- Se tienen en cuenta tanto las necesidades del compañero disfuncional como las del no disfuncional.



Los aspectos relacionados con la imagen corporal, el temor a ser tocado y los problemas para tocarse uno mismo son problemas habituales.

Técnicas y ejercicios concretos

Se emplean diversas técnicas:

En casos de vaginismo y dispareunia

- Se aconseja a la mujer que dilate su orificio vaginal utilizando sus dedos o dilatadores de tamaño graduable.
- El tratamiento se coordina con fisioterapeutas especializados que trabajan con las pacientes para ayudarles a relajar los músculos perineales.



En casos de eyaculación prematura

- Se utiliza el ejercicio conocido como **técnica de compresión** para elevar el umbral de excitabilidad del pene.



Trastorno orgásmico masculino

- Se trata inicialmente alcanzando la eyaculación extravaginal y, posteriormente, mediante la penetración gradual de la vagina después de haber estimulado el pene hasta alcanzar un punto cercano a la eyaculación.



Trastorno orgásmico femenino de por vida

- Se pide a la mujer que se masturbe en ocasiones utilizando un vibrador.



Sexualidad Humana

■ Parafilias.

- Se llama así a todo estado en que la excitación sexual y la gratificación sexual del individuo están supeditadas por entero a la fantasía recurrente de una experiencia insólita que se convierte en el foco principal de la conducta sexual.

El DSM-5 considera la pedofilia, el frotteurismo, el voyeurismo, el exhibicionismo, el sadismo sexual, el masoquismo sexual, el fetichismo y el travestismo con criterios diagnósticos específicos porque suponen una amenaza para otros y/o porque son parafilias relativamente comunes.



Otros trastornos parafílicos



Escatología telefónica

Necrofilia

Parcialismo

Zoofilia

Coprofilia

Urofilia

Masturbación

Hipoxifilia

EPIDEMIOLOGÍA

- Entre los casos de trastornos parafílicos identificados por la legislación estadounidense, el más frecuente es la pedofilia.
- Habitualmente, el sadismo sexual solo llama la atención en los casos de violación, brutalidad y asesinato de naturaleza sexual que aparecen en los medios de comunicación.
- Tal como están definidas, las parafilias parecen ser enfermedades eminentemente masculinas. El fetichismo prácticamente siempre se da en varones. Más del 50% de las parafilias se inician antes de los 18 años de edad.

ETIOLOGÍA

Factores psicosociales

- *Modelo psicoanalítico clásico.* No se completa el proceso de desarrollo normal que da lugar a un ajuste heterosexual.
- *Nuevos enfoques psicoanalíticos.* Método utilizado por el individuo (habitualmente un varón) para enfrentarse con la ansiedad causada por la amenaza de castración que supone el padre o por la amenaza de separación de la madre. Vía de escape a los impulsos sexuales y agresivos.
- **Experiencias precoces** que condicionan o socializan a los niños a cometer actos parafilicos.
- Las fantasías en torno a intereses parafilicos empiezan a producirse a una edad temprana.



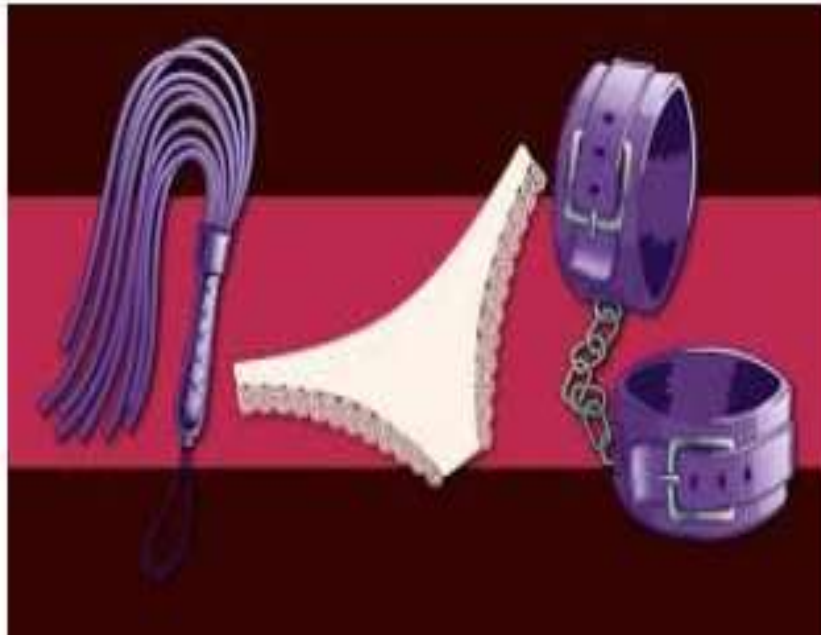
Factores biológicos

Estudios han identificado **características orgánicas alteradas** en los individuos con parafilias.

- 4% con valores hormonales anormales
- 27% con signos neurológicos graves o leves
- 24% con anomalías cromosómicas
- 9% con convulsiones epilépticas
- 9% con dislexia
- 4% con anomalías electroencefalográficas
- 4% con trastornos mentales mayores
- 4% con alteraciones mentales

Diagnóstico y Cuadro clínico

1. Excitación intensa y recurrente con la fantasía al menos 6 meses.
2. Expresar con actos el impulso parafilico.
3. La excitación y el orgasmo dependen de la representación conductual de la fantasía.



Diferenciar entre una parafilia y un acto experimental que no es recurrente ni compulsivo y que se realiza por su novedad.

PRONÓSTICO

La dificultad del control o la cura de las parafilias radica en la dificultad de renunciar al placer sexual sin tener la seguridad de que existirán nuevas vías de gratificación sexual.

Son mejores cuando los pacientes tienen antecedentes de realización del coito aparte de la parafilia y cuando buscan ayuda psiquiátrica por iniciativa propia

Cinco tipos de intervención psiquiátrica:

- 1) Control externo
- 2) Reducción de los impulsos sexuales
- 3) Tratamiento de las enfermedades comórbidas (p. ej., depresión o ansiedad)
- 4) Terapia cognitivo conductual
- 5) Terapia psicodinámica.