



Capítulo 36/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# TRASTORNOS SEXUALES Y DISFUNCIÓN SEXUAL

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Trastornos sexuales y disfunción sexual

*Linda C. Shafer, MD*

## Puntos clave

### Incidencia

- Los trastornos sexuales son frecuentes y se producen en el 43% de las mujeres y en el 31% de los hombres en EE. UU.

### Epidemiología

- La edad avanzada y los trastornos médicos (particularmente los cardiovasculares) y psiquiátricos acompañantes se asocian a frecuencias más altas de disfunción sexual en los dos sexos. Los trastornos parafilicos se asocian a un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

### Fisiopatología

- La función sexual depende de una interrelación compleja entre factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos, muchos de los cuales se conocen mal. El ciclo de la respuesta sexual humana es un marco útil para entender los problemas sexuales.

### Hallazgos clínicos

- El nuevo DSM-5 ha introducido cambios sustanciales en la clasificación de los trastornos sexuales. La anamnesis sexual cuidadosa sigue siendo la herramienta más importante para facilitar el diagnóstico.

### Diagnósticos diferenciales

- Entre ellos están muchos trastornos médicos y quirúrgicos, efectos adversos de los medicamentos y otros trastornos psiquiátricos.

### Opciones terapéuticas

- Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5) han revolucionado el tratamiento de la disfunción eréctil y pueden ser útiles en algunas mujeres con disfunción sexual inducida por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Por lo demás, las opciones farmacológicas para los trastornos sexuales siguen siendo limitadas, aunque muchas se encuentran en estudio, complementadas por la terapia.

### Complicaciones

- Los inhibidores de la PDE-5 se toleran bien, aunque pueden aparecer efectos adversos, como la cefalea y la presión arterial baja. Las sustancias hormonales usadas en mujeres están ligadas a posibles riesgos de enfermedad cardiovascular y cáncer de mama.

#### Pronóstico

- Los trastornos sexuales son a menudo multifacéticos, y alcanzar una mejora clínica significativa requiere un abordaje multidisciplinario.

## Perspectiva general

Los trastornos sexuales son sumamente frecuentes. Se ha estimado que el 43% de las mujeres y el 31% de los hombres sufren disfunción sexual en EE. UU. La falta de satisfacción sexual se asocia a un sufrimiento emocional significativo (p. ej., depresión, conflicto conyugal) y a problemas físicos (p. ej., enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus). Los sujetos con problemas sexuales rechazan a menudo buscar la ayuda de un médico y pueden primero probar varios métodos de autoayuda. Sin embargo, con la introducción de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5), como el sildenafil para el tratamiento de la disfunción eréctil (DE), y el mayor interés en el tratamiento farmacológico de los trastornos sexuales femeninos, la frecuencia de quejas relacionadas con la disfunción sexual en la práctica clínica primaria ha aumentado a casi del 15 al 20% de las visitas. No obstante, la incidencia de problemas sexuales se relaciona con frecuencia con qué profesional recoja la anamnesis sexual.

El nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.<sup>a</sup> Ed. ha realizado varios cambios importantes en la clasificación de los trastornos sexuales. Antes agrupados en un solo capítulo, los trastornos sexuales se presentan ahora distribuidos en tres capítulos: disfunciones sexuales, trastornos parafilicos y disforia de género.

La disfunción sexual se caracteriza por un trastorno clínicamente significativo en la capacidad de responder sexualmente o de experimentar placer sexual. En el pasado se definió en función del ciclo de la respuesta sexual fisiológica, un modelo que cada vez más se considera demasiado sencillo. Los criterios son ahora más precisos, y se exigen 6 meses de síntomas y una puntuación de la gravedad. Algunos trastornos son ahora específicos de uno de los sexos (p. ej., trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino) y otros se han fusionado (p. ej., trastorno de dolor génito-pélvico/penetración en lugar de vaginismo y dispareunia) o eliminado (p. ej., trastorno por aversión sexual). Las disfunciones sexuales se clasifican a su vez en las que duran toda la vida o las que se adquieren y en las que dependen de la situación o son generalizadas. El DSM-5 introduce «características asociadas», como factores relacionados con el tipo de relación y factores médicos, lo que apoya diagnósticos particulares.

El DSM-5 distingue por primera vez entre las parafilias y los trastornos parafilicos. Las parafilias se definen como intereses sexuales atípicos persistentes y se consideran normales. Los trastornos parafilicos son parafilias que causan sufrimiento o deterioro en el sujeto o que dan lugar a daños personales o riesgo de dañar a terceros.

Finalmente, la disforia de género sustituye al trastorno de identidad sexual y describe la insatisfacción con el sexo propio. Los conceptos son similares; sin embargo, la disforia de género abandona el uso de «sexo cruzado», lo que permite una identidad sexual «alternativa»

(indefinida). Todos los trastornos sexuales deben causar un sufrimiento clínico significativo o un deterioro de la función social antes de hacer tal diagnóstico.

## Epidemiología y factores de riesgo

Los trastornos sexuales afectan a los sujetos a través de todo el espectro epidemiológico. Son más frecuentes en las mujeres que en los hombres y lo son más con la edad avanzada, un estado socioeconómico más bajo, la obesidad, el estilo de vida sedentario, los trastornos médicos (p. ej., cardiovasculares) y psiquiátricos coexistentes y el antecedente de traumas sexuales. El parafílico prototípico es joven, blanco y hombre y es más probable que sufra de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), una adicción, una depresión mayor, una distimia o un trastorno fóbico.

## Fisiopatología

La función sexual depende de interacciones complejas entre el encéfalo, las hormonas y el sistema vascular. Los moduladores neurales del deseo sexual, la excitación y el orgasmo son la dopamina, la melanocortina, los estrógenos y la testosterona. A nivel vascular, el óxido nítrico (NO) desempeña una función crucial en la regulación del tono del músculo liso vaginal y el flujo sanguíneo intrapeniano. De hecho, los inhibidores de la PDE-5 actúan prolongando los efectos del NO.

El concepto del ciclo de la respuesta sexual es útil para entender los problemas sexuales. Los estadios varían con la edad y con el estado físico y se ven afectados por los medicamentos, las enfermedades, las lesiones y las condiciones psicológicas ([tabla 36-1](#)). Se han propuesto tres modelos principales.

Tabla 36-1

Clasificación de las disfunciones sexuales

Fase de respuesta sexual alterada	Mujer	Hombre
Deseo	Trastorno del interés/excitación sexual femenino  Otra disfunción sexual especificada: aversión sexual	Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino  Otra disfunción sexual especificada: aversión sexual
Excitación (neurológica, vascular)	Trastorno del interés/excitación sexual femenino	Trastorno eréctil
Orgasmo (muscular)	Trastorno orgásmico femenino	Eyaculación tardía  Eyaculación precoz

Fase de respuesta sexual alterada	Mujer	Hombre
Dolor sexual	Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración	Otras disfunciones sexuales especificadas o sin especificar

Masters y Johnson idearon el primer modelo de respuesta sexual humana, que consiste en una progresión lineal a través de cuatro fases distintas: 1) excitación; 2) meseta (máxima excitación antes del orgasmo); 3) orgasmo (contracciones musculares rítmicas), y 4) resolución (vuelta a la situación basal). Tras la resolución, en los hombres se produce un estado resistente.

Kaplan modificó el modelo de Masters y Johnson introduciendo un estadio de deseo (impulso neuropsicológico). El modelo de Kaplan consta de tres estadios: 1) deseo; 2) excitación, y 3) orgasmo (contracción muscular).

De forma más reciente, Basson, al reconocer la complejidad de la respuesta sexual femenina, propuso un modelo biopsicosocial de sexualidad femenina que consta de cuatro componentes que se solapan: 1) biología; 2) psicología; 3) factores socioculturales, y 4) relaciones interpersonales. El modelo reconoce que muchos factores puedan estimular la receptividad de una mujer hacia el sexo. De hecho, la satisfacción sexual pueden inducirlos factores como la cercanía emocional y puede conseguirse incluso sin un deseo directo. Además, se sabe que las medidas físicas de la excitación femenina (como el aumento de las secreciones vaginales) se correlacionan poco con la satisfacción sexual.

El envejecimiento se asocia a cambios en la respuesta sexual humana normal. Los hombres son más lentos alcanzando erecciones y precisan un estímulo genital más directo. Las mujeres tienen menores concentraciones de estrógenos, lo que lleva a un descenso de la lubricación vaginal y a un estrechamiento de la vagina. Las concentraciones de testosterona en los dos sexos declinan con la edad, lo que puede reducir la libido.

## Características clínicas y diagnóstico

El diagnóstico de un problema sexual recae en una anamnesis médica y sexual exhaustiva, complementada con una exploración física y un estudio analítico. A menudo hay una base mixta orgánica/psicológica. Los trastornos físicos, los problemas quirúrgicos ([tabla 36-2](#)), los medicamentos y el consumo de drogas ([tabla 36-3](#)) pueden influir en la función sexual de forma directa o causar reacciones psicológicas secundarias que conducen a un problema sexual. Los factores psicológicos pueden predisponer, precipitar o mantener un trastorno sexual ([cuadro 36-1](#)).

Tabla 36-2

Trastornos médicos y quirúrgicos que causan disfunciones sexuales

Trastornos orgánicos	Alteración sexual
ENDOCRINOS	

Trastornos orgánicos	Alteración sexual
Hipotiroidismo, disfunción suprarrenal, hipogonadismo, diabetes mellitus	Libido baja, impotencia, descenso de la lubricación vaginal, impotencia temprana
<b>VASCULARES</b>	
Hipertensión, aterosclerosis, accidente cerebrovascular, insuficiencia venosa, drepanocitosis	Impotencia, pero eyaculación y libido intactas
<b>NEUROLÓGICOS</b>	
Lesión de la médula espinal, neuropatía diabética, disco lumbar herniado, neuropatía alcohólica, esclerosis múltiple, epilepsia del lóbulo temporal	Trastorno sexual: signo temprano, libido baja (o alta), impotencia, alteración del orgasmo
<b>ENFERMEDAD GENITAL LOCAL</b>	
Hombre: priapismo, enfermedad de Peyronie, uretritis, prostatitis, hidrocele	Libido baja, impotencia
Mujer: himen no perforado, vaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis	Dolor génito-pélvico, libido baja, reducción de la excitación
<b>ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEBILITANTES</b>	
Enfermedad renal, pulmonar o hepática, neoplasias malignas avanzadas, infecciones	Libido baja, impotencia, reducción de la excitación
<b>ESTADOS QUIRÚRGICOS-POSQUIRÚRGICOS</b>	
Hombre: prostatectomía (perineal radical), resección intestinal abdominoperineal	Impotencia, no hay pérdida de la libido, deterioro eyaculatorio
Mujer: episiotomía, reparación vaginal de prolapso, ovariectomía	Dolor génito-pélvico, reducción de la lubricación
Hombre y mujer: amputación (pierna), colostomía e ileostomía	Dificultades mecánicas en el sexo, mala imagen de sí mismo, miedo al olor

Tabla 36-3

#### Drogas y fármacos que causan disfunción sexual

Fármaco	Efecto adverso sexual
<b>CARDIOVASCULARES</b>	
Metildopa	Libido baja, impotencia, anorgasmia
Diuréticos tiacídicos	Libido baja, impotencia, reducción de la lubricación
Clonidina	Impotencia, anorgasmia

Fármaco	Efecto adverso sexual
Propranolol	Libido baja
Digoxina	Ginecomastia, libido baja, impotencia
Clofibrato	Libido baja, impotencia
<b>PSICOTRÓPICOS</b>	
Sedantes	
Alcohol	Las dosis altas causan problemas sexuales
Barbitúricos	Impotencia
Ansiolíticos	
Alprazolam; diacepam	Libido baja, eyaculación tardía
Antipsicóticos	
Tioridacina	Eyaculación retardada o retrógrada
Haloperidol	Libido baja, impotencia, anorgasmia
Antidepresivos	
IMAO (fenelcina)	Impotencia, eyaculación retardada, anorgasmia
Tricíclicos (imipramina)	Libido baja, impotencia, eyaculación retardada
ISRS (fluoxetina, sertralina)	Libido baja, impotencia, eyaculación retardada
Atípicos (trazodona)	Priapismo, eyaculación retardada o retrógrada
Litio	Libido baja, impotencia
Hormonas	
Estrógenos	Libido baja en hombres
Progesterona	Libido baja, impotencia
<b>DIGESTIVOS</b>	
Cimetidina	Libido baja, impotencia
Bromuro de metantelinio	Impotencia
Opiáceos	Disfunción orgásmica
Antiepilépticos	Libido baja, impotencia, priapismo

IMAO, inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

#### Cuadro 36-1 Causas psicológicas de disfunción sexual

Factores predisponentes

Falta de información/experiencia  
Expectativas irreales  
Actitudes familiares negativas frente al sexo  
Trauma sexual: violación, incesto

Factores precipitantes

Parto  
Infidelidad  
Disfunción en la pareja

Factores mantenedores

Aspectos interpersonales  
Estrés familiar  
Estrés laboral  
Problemas económicos  
Depresión  
Ansiedad ante la ejecución  
Disforia de género

### **Abordaje de la anamnesis sexual**

La anamnesis sexual constituye una oportunidad inestimable de descubrir problemas sexuales. Los pacientes y los médicos pueden ser reacios a discutir problemas sexuales. De este modo, es fundamental sentir la necesidad de recoger una anamnesis sexual como parte rutinaria de la práctica. Los médicos siempre deben intentar mostrarse sensibles y estar libres de prejuicios en su técnica entrevistadora, pasando de temas generales a otros más específicos. Las preguntas sobre la función sexual pueden seguir de manera natural desde aspectos de la anamnesis médica (como la introducción de un nuevo medicamento, o la investigación de un síntoma importante que implica un problema ginecológico o urológico). Las preguntas de cribado son: «¿Mantiene usted relaciones sexuales?», «¿Con hombres, mujeres o ambos?», «¿Hay algo que le gustaría cambiar de su vida sexual?», «¿Se ha producido algún cambio en su vida sexual?» y «¿Se siente satisfecho con su vida sexual presente?». Para maximizar su eficacia, la anamnesis sexual debe ajustarse a las necesidades y objetivos del paciente. Los médicos deben detectar qué pacientes con trastornos parafilicos mantienen algún secretismo sobre sus actividades, en parte debido a implicaciones legales y sociales. Hay que tranquilizar a los pacientes sobre la confidencialidad de su interacción (excepto en casos en que su conducta exija su comunicación legal obligatoria, p. ej., si se trata de autores de abusos a menores).

Los clínicos deben ser conscientes del número creciente de pacientes preocupados por la «hipersexcualidad» y la «adicción sexual», en parte motivado por el acceso a la pornografía en Internet y las actividades de «cibersexo». De hecho, se propuso un «trastorno hipersexual», conceptualizado como un deseo sexual no parafílico con un componente de impulsividad, para el DSM-5, pero finalmente se rechazó. No obstante, el que toma la anamnesis sexual debe explorar de forma activa el papel de Internet en la función sexual y

no sexual del paciente y la posibilidad de que existan actividades sexuales excesivas o compulsivas.

## **Exploración física y pruebas analíticas**

Aunque la recogida de la anamnesis es la herramienta más importante en el diagnóstico de los trastornos sexuales, la exploración física y las pruebas analíticas pertinentes son útiles para excluir una causa orgánica. No hay ningún estudio «sistemático». Sin embargo, hay que prestar una especial atención a los sistemas endocrino, neurológico, vascular, urológico y ginecológico.

Las pruebas de enfermedades sistémicas son hemograma completo, análisis de orina, creatinina, perfil lipídico, estudios de función tiroidea y glucemia en ayunas. Pueden realizarse estudios endocrinos (incluidas la testosterona, la prolactina, la hormona luteinizante [LH] y la hormona estimulante del folículo [FSH]) para evaluar la libido baja y la DE. Puede utilizarse una concentración de estrógenos y un examen microscópico óptico de un frotis vaginal para evaluar la sequedad vaginal. Pueden realizarse un cultivo cervical y una tinción de Papanicolaou (Pap) para investigar un diagnóstico de dispareunia. La prueba de la tumescencia peniana nocturna (TPN) es útil para evaluar la DE. Si hay TPN de forma regular (medida con un monitor RigiScan), es improbable que los problemas de erección sean orgánicos. La pletismografía peniana se usa para evaluar los trastornos parafilicos midiendo la excitación sexual del sujeto en respuesta a estímulos visuales y auditivos.

## **Características diagnósticas de disfunciones sexuales específicas**

### **Trastornos masculinos de la función sexual**

#### **Trastorno de la erección**

La DE («impotencia») se caracteriza por una dificultad acentuada para obtener o mantener una erección durante la actividad sexual o por una reducción acentuada de la rigidez de la erección. Los síntomas deben estar presentes durante el 75-100% de los encuentros sexuales. Más de 18 millones de estadounidenses hombres de más de 20 años sufren DE, lo que supone más de 500.000 visitas ambulatorias a profesionales sanitarios al año y una afectación del 40-50% de los hombres mayores de 60-70. Entre el 50 y el 85% de los casos de DE tienen una base orgánica. Se han identificado numerosos factores de riesgo de DE ([cuadro 36-2](#)). La propia DE puede ser un síntoma de una enfermedad vascular generalizada y debe llevar a realizar más estudios. La depresión es un trastorno concomitante frecuente.

#### **Cuadro 36-2 Factores de riesgo asociados a trastornos de la erección**

- Hipertensión
- Diabetes mellitus
- Tabaquismo
- Enfermedad arterial coronaria
- Trastornos vasculares periféricos
- Anomalías lipídicas en la sangre

- Enfermedad de Peyronie
- Priapismo
- Traumatismo o cirugía de la pelvis
- Insuficiencia renal y diálisis
- Hipogonadismo
- Alcoholismo
- Depresión
- Falta de conocimiento sexual
- Mala técnica sexual
- Problemas interpersonales

### **Eyacuación tardía**

También conocida como «eyacuación retardada», este trastorno frecuente se caracteriza por un retraso acentuado, infrecuencia o falta de eyacuación tras una excitación sexual normal que no es deseada por el sujeto y ocurre en el 75-100% de la actividad sexual con la pareja. Los pacientes suelen ser hombres con inexperiencia sexual menores de 35 años de edad. Los síntomas se limitan habitualmente a que no se alcanza el orgasmo en la vagina durante la relación sexual. La eyacuación tardía debe diferenciarse de la eyacuación retrógrada, en la que el cuello de la vejiga no se cierra adecuadamente durante el orgasmo, lo que hace que el semen sea propulsado hacia la vejiga. La eyacuación tardía debe excluirse en parejas con infertilidad de causa desconocida; el hombre puede no admitir la falta de eyacuación a su pareja. Los hombres con eyacuación tardía refieren grados más bajos de excitación sexual y satisfacción a pesar de una fuerte respuesta peniana durante las pruebas psicofisiológicas.

### **Eyacuación precoz (temprana)**

Este trastorno se define como una eyacuación recurrente con una mínima estimulación sexual antes, durante o poco después de la penetración (en aproximadamente 1 min) y antes de que la persona lo desee. La eyacuación rápida es un problema frecuente en el 20-30% de los hombres de 18-70 años de edad en todo el mundo. Sin embargo, solo el 1-3% de los hombres cumplen los criterios estrictos del DSM-5 de este trastorno. Los períodos prolongados sin actividad sexual empeoran la eyacuación precoz. Si el problema es crónico y no se trata, a menudo se produce una DE secundaria.

### **Trastorno del deseo sexual masculino hipoactivo**

Este es un nuevo diagnóstico en el DSM-5 caracterizado por una deficiencia o ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales/eróticos y de deseo de actividad sexual. (En el DSM-IV el diagnóstico «trastorno del deseo sexual hipoactivo» era aplicable a los dos sexos.) La prevalencia de problemas con el deseo sexual aumenta del 6% en los hombres de 18-24 años al 41% en los hombres de 66-74. Sin embargo, solo el 1,8% de los hombres de 16-44 años cumplirían la definición estricta del DSM-5 que exige síntomas durante al menos 6 meses.

### **Trastornos femeninos de la función sexual**

### **Trastorno del interés/excitación sexual femenino**

Este trastorno reemplaza el diagnóstico del DSM-IV «trastorno de la excitación sexual femenina». Se caracteriza por un interés nulo o reducido en la actividad sexual, los pensamientos eróticos, la excitación sexual y/o la sensación genital y la falta de inicio de actividad sexual. Se desconoce la prevalencia de este trastorno definido por el DSM-5. La prevalencia a lo largo de la vida de su predecesor en el DSM-IV se calculaba en un 60%.

### **Trastorno orgásmico femenino**

Este trastorno se define como un retraso acentuado, infrecuencia o falta de intensidad del orgasmo que ocurre en el 75-100% de las ocasiones en que se mantiene una actividad sexual. Algunas mujeres que tienen orgasmo con la estimulación directa del clítoris no pueden alcanzarlo durante la relación sexual. La prevalencia estimada de problemas orgásmicos femeninos va del 10 al 42%, pero solo una fracción de las mujeres refiere sufrimiento asociado. La capacidad de alcanzar el orgasmo aumenta con la experiencia sexual. Nunca ha podido demostrarse que la estimulación del punto de Grafenberg, o punto G, situado en una región de la pared anterior de la vagina provoque el orgasmo y la eyaculación femenina. La eyaculación precoz en el hombre puede contribuir a la disfunción orgásmica femenina.

### **Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración**

Este trastorno combina en un diagnóstico las entidades del DSM-IV dispareunia (dolor genital persistente asociado a la relación sexual) y vaginismo (espasmo recurrente involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina). Este cambio refleja el hecho de que el vaginismo y la dispareunia eran difíciles de distinguir y tendían a aparecer juntos. Hay que señalar que el trastorno del dolor génito-pélvico/penetración es específico de las mujeres, mientras que la dispareunia puede diagnosticarse en hombres o mujeres. Los síntomas del trastorno génitopélvico/penetración consisten en dificultades persistentes o recurrentes con dolor vulvovaginal o miedo a sentir dolor durante la relación sexual o penetración. Puede acompañarse de una tensión acentuada en los músculos del suelo de la pelvis durante el intento de penetración vaginal. La prevalencia es desconocida; sin embargo, aproximadamente el 15% de las mujeres estadounidenses refieren dolor recurrente durante la relación sexual.

## **Disfunciones sexuales que afectan a los dos sexos**

### **Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos**

Este trastorno (que sustituye a la «disfunción sexual inducida por sustancias» del DSM-IV) se caracteriza por un trastorno clínico significativo de la función sexual con pruebas objetivas de que los síntomas ocurrieron pronto tras la ingestión de una sustancia y podrían deberse a ella. Debe dar lugar a un sufrimiento clínico significativo y no producirse durante el curso de un delirio.

### **Otras disfunciones sexuales especificadas y sin especificar**

Estos diagnósticos sustituyen al término del DSM-IV «disfunción sexual sin especificar», pero sirven al mismo propósito. Si el clínico desea explicar por qué los síntomas no cumplen los criterios de otro trastorno, debe usarse el otro diagnóstico «otras especificadas». De otra forma, deberá usarse el diagnóstico «sin especificar». El diagnóstico del DSM-IV «trastorno por aversión sexual» (aversión extrema persistente al contacto sexual genital con una pareja) se ha eliminado del DSM-5 debido a la falta de pruebas de apoyo y su uso infrecuente. Sin embargo, el clínico puede optar por usar el término «otras especificadas» seguido de «aversión sexual» como la razón específica para indicar este diagnóstico.

## Características diagnósticas de trastornos parafílicos específicos

Se cree que la mayoría de los trastornos parafílicos tienen una base psicológica. Los sujetos con trastornos parafílicos tienen dificultades para formar relaciones sexuales más socializadas. Los trastornos parafílicos pueden implicar una respuesta condicionada en la que objetos no sexuales adquieren poder excitador sexual cuando se asocian a una actividad placentera (masturbación). Los criterios diagnósticos y las manifestaciones clínicas de los principales trastornos parafílicos se resumen en la [tabla 36-4](#).

Tabla 36-4

### Manifestaciones de trastornos parafílicos específicos

Trastorno	Definición	Manifestaciones
Trastorno de exhibicionismo	Exposición de los genitales a extraños desprevenidos en público	Intento primario de provocar una impresión o miedo en las víctimas. Los infractores suelen ser hombres
Trastorno de fetichismo	Excitación sexual usando objetos inanimados (p. ej., lencería femenina) o gran interés por partes del cuerpo no genitales	Se practica la masturbación mientras se sujeta el objeto fetiche. La pareja sexual puede llevar puesto el objeto
Trastorno de froteurismo	Excitación sexual al tocar o rozarse contra una persona sin su consentimiento	La conducta tiene lugar en un lugar público hacinado de donde el infractor puede escapar
Trastorno de pedofilia	Actividad sexual con un niño prepuberal. El paciente debe tener al menos 16 años de edad y ser al menos 5 años mayor que la víctima	La pedofilia es el trastorno parafílico más frecuente. La mayoría de las víctimas son niñas, a menudo familiares del perpetrador. La mayoría de los pedófilos son heterosexuales
Trastorno de masoquismo sexual	El placer sexual procede del abuso físico o mental o de la humillación	Una forma peligrosa es la hipoxifilia, en la que la privación de oxígeno aumenta la excitación, y pueden producirse muertes accidentales

Trastorno	Definición	Manifestaciones
Trastorno de sadismo sexual	La excitación sexual deriva de la provocación de sufrimiento mental o físico a otra persona	El sadismo sexual suele verse en hombres. Puede progresar hasta la violación. El 50% de los afectados son alcohólicos
Trastorno de travestismo	Vestirse del otro sexo en hombres heterosexuales para obtener excitación sexual	La esposa (pareja) puede conocer la actividad y ayudar a seleccionar la ropa o insistir en el tratamiento
Trastorno de voyerismo	Excitación sexual al mirar a una persona desprevenida que está desnuda, desvistiéndose o participando en una actividad sexual	Más habitual en hombres, pero también puede verse en mujeres. Es frecuente la masturbación
Otro trastorno parafílico especificado	Trastornos parafílicos que no cumplen los criterios de ninguna de las categorías anteriores	Las categorías comprenden la necrofilia (cadáveres), la zoofilia (animales), la urofilia (orina) y la coprofilia (heces)
Trastorno parafílico sin especificar	Trastornos parafílicos que no cumplen los criterios de ninguna de las categorías anteriores	Los clínicos eligen no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios. Insuficiente información diagnóstica

## Características diagnósticas de la disforia de género

El DSM-5 sustituye el antiguo término «trastorno de identidad sexual» por el nuevo «disforia de género». También subclasifica la disforia de género en los trastornos que afectan a los niños y los que afectan a los adolescentes y adultos.

### Disforia de género en niños

Los niños con este trastorno expresan un fuerte deseo de tener el sexo opuesto y de exhibir las conductas estereotipadas del otro sexo. Pueden participar en actividades como vestirse del otro sexo o interpretar papeles del otro sexo en juegos de fantasía, y prefieren los juguetes y las características sexuales del otro sexo. Los niños con disforia de género pueden mostrar, además, ansiedad por la separación, ansiedad generalizada y depresión, y 2-4,5 veces más frecuentemente son masculinos de nacimiento.

### Disforia de género en adolescentes y adultos

Este trastorno es similar a la forma infantil, pero se pone énfasis en la identidad sexual incongruente en lugar de en la participación en conductas atípicas del propio sexo. Los pacientes rechazan su propio sexo y las características sexuales secundarias y desean el sexo opuesto (o una alternativa). El trastorno es igual de probable en los adolescentes masculinos y femeninos, pero lo es más en los adultos masculinos. La prevalencia global en los hombres y las mujeres de nacimiento va del 0,005 al 0,014% y del 0,002 al 0,003%, respectivamente.

Estas estadísticas se basan en pacientes que buscan una reasignación de su sexo y, por lo tanto, están infravaloradas. Las asociaciones comprenden la orientación homosexual o bisexual, la ansiedad, la depresión, las ideas o intentos suicidas y las parafilias.

## Diagnóstico diferencial de los trastornos sexuales

El diagnóstico diferencial de los trastornos sexuales comprende trastornos médicos y quirúrgicos (v. [tabla 36-2](#)), efectos adversos de los medicamentos (v. [tabla 36-3](#)) y otros trastornos psiquiátricos ([tabla 36-5](#)). Antes de diagnosticar un trastorno sexual primario, es importante identificar trastornos potencialmente tratables (orgánicos y psiquiátricos) que se manifiestan en forma de problemas sexuales. Por ejemplo, el tratamiento de la depresión puede mejorar la función eréctil. Aunque los trastornos parafilicos tienen a menudo una base psicológica, debe considerarse una causa orgánica si la conducta empieza a una edad tardía, hay una regresión de una sexualidad que antes era normal o hay hallazgos físicos anómalos. El [cuadro 36-3](#) enumera el diagnóstico diferencial psiquiátrico de los trastornos parafilicos. Los pacientes con disforia de género generalmente tienen signos físicos y resultados analíticos normales. El diagnóstico diferencial comprende la falta de conformidad con las conductas sexuales estereotipadas, el travestismo (vestirse con ropa del otro sexo) y la esquizofrenia (p. ej., con el delirio de que uno pertenece al otro sexo).

Tabla 36-5

### Diagnóstico diferencial psiquiátrico de la disfunción sexual

Trastorno psiquiátrico	Síntomas sexuales
Depresión (depresión mayor o trastorno distímico)	Libido baja, disfunción eréctil
Trastorno bipolar (fase maníaca)	Libido aumentada
Trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de angustia, trastorno de estrés postraumático	Libido baja, disfunción eréctil, falta de lubricación vaginal, anorgasmia
Trastorno obsesivo-compulsivo	Libido baja, disfunción eréctil, falta de lubricación vaginal, anorgasmia, «antifantasías» centradas en aspectos negativos de una pareja
Esquizofrenia	Deseo bajo, deseos sexuales extraños
Trastorno parafilico	Excitación sexual desviada que causa sufrimiento y/o daño
Disforia de género	Insatisfacción con la preferencia o el fenotipo sexual propio
Trastorno de la personalidad (pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, histriónico)	Libido baja, disfunción eréctil, eyaculación precoz, anorgasmia

Trastorno psiquiátrico	Síntomas sexuales
Disfunción conyugal/problemas interpersonales	Variado
Miedo a la relación íntima/compromiso	Variado, aspectos intrapsíquicos profundos

Cuadro 36-3 Diagnóstico diferencial psiquiátrico de los trastornos parafilicos

Discapacidad intelectual

Demencia

Intoxicación

Episodio maníaco (trastorno bipolar)

Esquizofrenia

Trastorno obsesivo-compulsivo

Disforia de género

Trastorno de la personalidad

Disfunción sexual

Conductas sexuales compulsivas no parafilicas:

- Uso compulsivo de vídeos, revistas eróticas o cibersexo
- Masturbación incontrolada
- Uso ilimitado de prostitutas
- Numerosas relaciones sexuales superficiales y breves
- Hipersexualidad/adicción sexual

## Tratamiento

### Tratamiento de base orgánica

La esencia del tratamiento de los trastornos sexuales implica el tratamiento de las enfermedades previas, la detención o sustitución de los medicamentos causales, la modificación del estilo de vida (p. ej., reducción del consumo de alcohol y tabaco, mejora de la dieta y ejercicio) y la adición de medicamentos para los trastornos psiquiátricos (p. ej., depresión). Aunque muchos medicamentos para el tratamiento de la hipertensión inhiben la función sexual, los bloqueantes del receptor para la angiotensina II (p. ej., losartán) pueden en realidad disminuir los problemas sexuales. Debe corregirse cualquier deficiencia hormonal (p. ej., adición de testosterona para el hipogonadismo, hormona tiroidea para el hipotiroidismo, estrógenos/testosterona para las mujeres posmenopáusicas o bromocriptina para el aumento de la prolactina).

La disfunción sexual inducida por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) es un síntoma frecuente que ha recibido una atención significativa. Las estrategias terapéuticas son esperar la remisión espontánea, reducir la dosis de ISRS, tomarse unas vacaciones de medicamentos, cambiar de ISRS, cambiar a otro fármaco que no sea un ISRS y añadir un fármaco «antídoto»; las dos últimas opciones son las más eficaces. Los antidepresivos diferentes a los ISRS que tienen menos posibilidades de provocar una disfunción sexual son el bupropión, la mirtazapina, posiblemente la duloxetina, la trazodona, la vilazodona (experiencia limitada), la nefazodona (retirada en EE. UU.) y la selegilina

transdérmica. Los antidepresivos no aprobados con menos efectos adversos sexuales son la tianeptina, la reboxetina, la moclobemida, la agomelatina y la gepirona. Los inhibidores de la PDE-5 son los «antídotos» de elección, seguidos del bupropión y de dosis altas de buspirona. Los posibles antídotos son hierbas medicinales, como maca y ginkgo biloba, y diversos medicamentos como la amantadina, la dextroanfetamina, el metilfenidato, el granisetron, la ciproheptadina, la yohimbina y la atomoxetina.

### **Eyacuación precoz**

La Food and Drug Administration (FDA) no ha aprobado ningún tratamiento para la eyacuación precoz. Sin embargo, los ISRS (p. ej., fluoxetina, sertralina y paroxetina), usados continua o intermitentemente (de 2 a 12 h antes del sexo), pueden causar una eyacuación tardía, que puede tratar la eyacuación precoz. El tricíclico clomipramina también es eficaz. La dapoxetina, un ISRS con un comienzo rápido y una semivida corta, se desarrolló específicamente para tratar la eyacuación precoz, pero no se ha aprobado. El tramadol tomado a demanda (en una nueva presentación desarrollada para la eyacuación precoz) parece prometedor, pero tiene una débil acción opioide y se ve limitado por su posible dependencia. Anestésicos tópicos en investigación son la mezcla eutéctica lidocaína/prilocaina y la mezcla tópica tipo eutéctica para la eyacuación precoz. Sin embargo, pueden provocar irritación cutánea y entumecimiento peniano. La DE previa debe tratarse primero con inhibidores de la PDE-5.

### **Trastorno eréctil**

La piedra angular del tratamiento de la DE es el uso de inhibidores orales de la PDE-5, que pueden ayudar a los hombres con una amplia variedad de trastornos; son fáciles de usar y tienen pocos efectos adversos ([tabla 36-6](#)). Los fármacos de que disponemos son el sildenafil, el vardenafilo (también en comprimidos bucodispersables) y el tadalafilo. La FDA ya ha aprobado un nuevo inhibidor de la PDE-5, el avanafilo, con un inicio de acción más rápido, pero solo se dispone de él en EE. UU. desde hace poco tiempo (v. [tabla 36-6](#)). Los inhibidores de la PDE-5 en desarrollo son el mirodenafilo, el udenafilo, el lodenafilo, el dasantafilo, SLx-2101, JNJ-10280205 y JNJ-10287069. Hay que señalar que los inhibidores de la PDE-5 son metabolizados por los sistemas isoenzimáticos P450 3A4 y 2C9. Los pacientes que toman potentes inhibidores (como el zumo de pomelo, la cimetidina, el ketoconazol, la eritromicina y el ritonavir) de estos sistemas isoenzimáticos P450 deben comenzar con una dosis inicial menor de un inhibidor de la PDE-5. Las estatinas también pueden ayudar a mejorar la eficacia de los inhibidores de la PDE-5.

#### Tabla 36-6

Tratamiento de primera línea de la disfunción eréctil: comparación de los inhibidores de la PDE-5

Medicamento	Dosis	Inicio	Duración	Interacción con alimentos	Ventajas	Efectos adversos	Contraindicaciones
Sildenafil	25-100 mg (máximo)	30-60 min	Hasta 12 h	Absorción tardía con alimentos ricos en grasas	> 65% de eficacia	Cefalea, PA baja, enrojecimiento, dispepsia, vasodilatación, diarrea, cambios visuales (visión azulada), hipoacusia (inusual)	EAC activa, hipotensión
					Seguimiento más largo	NOIANA: no demostrado	No deben tomarse nitratos durante 24 h tras la dosis Precaución con los $\alpha$ -bloqueantes
Vardenafil	2,5-20 mg (máximo)	30-60 min	Hasta 10 h	Absorción tardía con alimentos ricos en grasas	> 65% de eficacia	Cefalea, PA baja, enrojecimiento, dispepsia, vasodilatación, diarrea, cambios visuales, hipoacusia (inusual)	EAC activa, hipotensión
						NOIANA: no demostrado	Puede prolongar el QTc
							Puede aumentar las PFH
					Disponible como preparado		No deben tomarse nitratos durante 24 h tras una dosis

Medicamento	Dosis	Inicio	Duración	Interacción con alimentos	Ventajas	Efectos adversos	Contraindicaciones
					bucodispersable		Deben evitarse los $\alpha$ -bloqueantes terazosina y doxazosina
							Uso prudente con tamsulosina o alfuzosina
Tadalafilo	2,5-20 mg (máximo)	60-120 min	Hasta 36 h	Ninguna	> 65% de eficacia	Cefalea, PA baja, enrojecimiento, dispepsia, vasodilatación, diarrea, dolor de espalda, mialgias, hipoacusia (inusual)	EAC activa, hipotensión
					Sin efectos visuales adversos	No deben tomarse nitratos durante 48 h tras la dosis	
	Único inhibidor de la PDE-5 aprobado para uso diario (5 mg)				Puede tomarse con alimentos	NOIANA: no demostrado	Deben evitarse los $\alpha$ -bloqueantes terazosina y doxazosina
						Uso prudente con tamsulosina o alfuzosina	
Avanafilo	50-200 mg (máximo)	15-30 min	Hasta 6 h	Ninguna	Eficacia similar a otros inhibidores de la PDE-5	Cefalea, PA baja, enrojecimiento, dispepsia,	No deben tomarse nitratos durante 12 h tras la dosis

Medicamento	Dosis	Inicio	Duración	Interacción con alimentos	Ventajas	Efectos adversos	Contraindicaciones
					Puede tomarse con alimentos	congestión nasal, mareo, hipoacusia (inusual)	
					Inicio de acción más corto	NOIANA: no demostrado	Debe empezarse con una dosis menor (50 en lugar de 100 mg) si toma (de forma estable) $\alpha$ -bloqueantes
					Duración de acción más corta e interacción con nitratos		

EAC, enfermedad arterial coronaria; NOIANA, neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica; PA, presión arterial; PDE-5, fosfodiesterasa tipo 5; PFH, pruebas de función hepática.

El único fármaco oral aprobado por la FDA para el tratamiento de la DE es la yohimbina, un inhibidor adrenérgico  $\alpha_2$ , aunque su eficacia es incierta. Otros fármacos (no aprobados) son el bloqueador del receptor  $\alpha$  fentolamina, el agonista de la dopamina apomorfina, el agonista de la melanocortina bremelanotida (PT-141), el aminoácido L-arginina, el antagonista opiáceo naltrexona y el modulador de la serotonina/dopamina ácido clavulánico. Los agonistas del receptor de la serotonina 5-HT<sub>2C</sub>, incluida la trazodona, parecen estimular las erecciones en algunos estudios. Entre los fármacos tópicos están la crema de alprostadilo, la solución de minoxidilo y la pomada de nitroglicerina. Las hierbas medicinales con *P. ginseng* y *B. superba* tienen un beneficio incierto, y las que contienen *L. meyenii* (maca) parecen más prometedoras; algunas hierbas pueden contener restos de inhibidores de la PDE-5. La testosterona transdérmica o el citrato de clomifeno, juntos o por separado, pueden considerarse para los hombres con hipogonadismo y DE.

Los tratamientos de segunda línea para la DE son la inyección intrapeniana, el supositorio intrauretral y los dispositivos de vacío ([tabla 36-7](#)). Los tratamientos génicos inyectables de la DE, como hMaxi-K, son prometedores, pero los ensayos clínicos están en sus primeras fases. El tratamiento de tercera línea de la DE es la implantación quirúrgica de una barra o prótesis peniana inflable o maleable. La endoarterectomía puede corregir la DE en ciertos pacientes con una enfermedad vascular subyacente. Se están empezando a investigar endoprótesis vasculares liberadoras de fármacos (p. ej., zotarólimus).

Tabla 36-7

Tratamientos de segunda línea para la disfunción eréctil

Tratamiento	Efectos	Ventajas	Desventajas
Supositorio intrauretral: alprostadilo	Gel con prostaglandina E <sub>1</sub> con aplicador en meato del pene	60% de eficacia	No se recomienda en parejas embarazadas
	Induce vasodilatación que causa la erección	Menor fibrosis del pene y priapismo que con inyecciones penianas	Leve dolor peniano/uretral
		Puede usarse dos veces al día	
Autoinyección en el pene: alprostadilo	Prostaglandina E <sub>1</sub> inyectada en la base del pene	50-87% de eficacia	Puede provocar dolor en el pene, priapismo, fibrosis
	Induce vasodilatación que causa erección	Pocos efectos adversos sistémicos	No se recomienda para uso diario
Inyección intracavernosa: polipéptido intestinal vasoactivo (VIP) + fentolamina: aviptadil	El VIP produce oclusión venosa mientras que la fentolamina aumenta el flujo arterial	Asociado a menos dolor que el alprostadilo y por tanto preferido por los pacientes	Menos eficaz que el alprostadilo
Dispositivo de constricción por vacío (bomba)	Crea un vacío para llevar sangre a los cuerpos cavernosos del pene	67% de eficacia	Puede no ser aceptable para la pareja
	Banda elástica sujeta en el pene	Sin efectos adversos sistémicos	Erección a partir de la base; no permite la eyaculación externa
	Seguro si la erección no se mantiene más de 1 h		

**Disfunción sexual femenina**

La única intervención médico-quirúrgica aprobada para el tratamiento de la disfunción sexual femenina es EROS-CTD, un dispositivo de aspiración clitoridiana, que se utiliza para aumentar la congestión vascular e ingurgitar el clítoris con el fin de obtener una mayor excitación sexual y el orgasmo. Además, el ospemifeno, un modulador oral selectivo del receptor de estrógenos, ha sido aprobado recientemente para la dispareunia posmenopáusica causada por la atrofia vulvar y vaginal. La mayoría de los fármacos usados para tratar la disfunción sexual en los hombres se han probado en las mujeres con un éxito limitado. Estudios recientes demostraron una reducción de los efectos adversos sexuales inducidos por los ISRS en mujeres que reciben sildenafil. Las hormonas se han estudiado extensamente, aunque el entusiasmo se ha visto atemperado por los nexos con la enfermedad cardiovascular y el cáncer de mama. Los preparados transdérmicos/tópicos son la combinación de estrógeno/testosterona, la testosterona (un preparado se encuentra en ensayo en fase III y otro ha sido rechazado por la FDA) y la prostaglandina E<sub>1</sub> (alprostadilo). Los tratamientos hormonales por vía oral son los estrógenos para los síntomas vasomotores, el nuevo esteroide tibolona (rechazado) y la deshidroepiandrosterona (DHEA) para las mujeres con insuficiencia suprarrenal. El modulador de la serotonina flibanserina se desarrolló específicamente para tratar el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino (criterios diagnósticos del DSM-IV), pero se retiró después de un informe negativo de la FDA.

### **Trastornos parafilicos**

El tratamiento farmacológico de los trastornos parafilicos se dirige a suprimir la conducta sexual compulsiva. Los fármacos antiandrogénicos ciproterona (CPA; no aprobada por la FDA) y acetato de medroxiprogesterona (MPA) se usan para reducir las tendencias sexuales aberrantes. El tratamiento con análogos sintéticos de la gonadoliberina (aprobada para el cáncer de próstata), como la leuprorelina, la triptorelina y la goserelina, también es eficaz, mientras que el estrógeno oral (etinilestradiol) lo es menos. Los ISRS y la clomipramina reducen la urgencia sexual aberrante al reducir la compulsión/impulsividad del acto. Los trastornos parafilicos suelen coexistir con el TDAH, y la adición de psicoestimulantes como el metilfenidato de liberación retardada a los ISRS parece beneficiosa para el control de las conductas parafilicas.

### **Disforia de género**

El principal tratamiento de la disforia de género es la cirugía de reasignación de sexo. Puede ser necesario el tratamiento hormonal para suprimir las características sexuales originales: es decir, con agonistas de la gonadoliberina (LH-RH), CPA, estrógenos o testosterona.

## **Tratamientos con base psicológica**

### **Disfunción sexual**

Los principios generales del tratamiento son la mejora de la comunicación (verbal y física) entre las parejas, alentar la experimentación y reducir la presión de practicar el sexo cambiando el objetivo de la actividad sexual, alejándola de la erección o del orgasmo y acercándola a sentirse bien con uno mismo y aliviar la presión del momento. El modelo

PLISSIT proporciona un marco útil para abordar el tratamiento de los problemas sexuales y puede adaptarse al nivel deseado de intervención. Los estadios son: 1) P: permiso; 2) LI: información limitada (limited information); 3) SS: sugerencias específicas (specific suggestions), y 4) IT: terapia intensiva (intensive therapy). Otorgar el permiso implica tranquilizar al paciente sobre la actividad sexual, aliviar la culpa sobre las actividades que el paciente siente como «malas» o «sucias» y reforzar el rango normal de actividades sexuales. La información limitada incluye un conocimiento básico sobre la anatomía y la fisiología y la corrección de mitos e ideas equivocadas. Entre las sugerencias específicas están las técnicas de terapia sexual conductuales (tabla 36-8). La terapia intensiva puede ser útil en pacientes con problemas sexuales crónicos o problemas psicológicos complejos. Aunque los tres primeros estadios (P, LI, SS) puede llevarlos a cabo cualquier profesional sanitario, el último (IT) suele exigir un experto con una formación especial en terapia sexual.

Tabla 36-8

Técnicas conductuales específicas de la terapia sexual

Trastorno sexual	Sugerencias
Trastorno del deseo sexual hipactivo masculino	Ejercicios de enfoque sensorial (técnicas que no exigen obtención de placer) para un disfrute libre de presión Material erótico, entrenamiento de la masturbación
Trastorno del interés sexual/excitación femenino	Ejercicios de enfoque sensorial Lubricación: saliva, gel lubricante para la sequedad vaginal
Otros tipos de disfunción sexual especificados: aversión sexual	Ejercicios de enfoque sensorial Para síntomas fóbicos/angustia, use medicamentos ansiolíticos/antidepresivos
Trastorno de la erección	Ejercicios de enfoque sensorial (técnicas que no exigen obtención de placer)
	Uso de postura con la mujer encima (pareja heterosexual) para una relación no exigente
	La mujer estimula el pene de forma manual y, si se obtiene una erección, introduce el pene en su vagina y comienza a moverse Aprender formas de satisfacer a la pareja sin relación peniana/vaginal
Trastorno orgásmico femenino	Autoestimulación
	Uso de materiales de fantasía
	Ejercicios vaginales de Kegel (contracción de músculos pubococcígeos)
	Control de las relaciones sexuales, utilizando la postura de la mujer encima

Trastorno sexual	Sugerencias
	«Técnica del puente»: el hombre estimula el clítoris de la mujer de forma manual tras la introducción del pene en la vagina
Eyaculación tardía (durante la relación sexual)	La mujer estimula al hombre de forma manual hasta que el orgasmo es inevitable
	Introducir el pene en la vagina y comenzar el empuje
Eyaculación precoz	Mayor frecuencia de actividad sexual
	«Técnica de la compresión»: la mujer estimula de forma manual el pene hasta que se acerca la eyaculación, después comprime el pene con el pulgar sobre el frenillo; se aplica presión hasta que el hombre ya no siente la urgencia de eyacular (15-60 s); use la postura con la mujer encima con un empuje gradual y la técnica de la «compresión» a medida que la excitación aumenta
	«Técnica de parada-comienzo»: la mujer estimula al hombre hasta el punto de la eyaculación, entonces detiene la estimulación; ella reanuda la estimulación durante varias fases de parada-comienzo, hasta que se deja que tenga lugar la eyaculación
Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración	Tratar cualquier problema ginecológico subyacente en primer lugar
	Tratar lubricación insuficiente usando, por ejemplo, un gel lubricante
	Se anima a la mujer a aceptar objetos cada vez de mayor tamaño en la vagina (p. ej., sus propios dedos de la mano, los dedos de su pareja, los dilatadores vaginales graduados de Hegar)
	Uso recomendado de la postura con la mujer encima, lo que permite a la mujer introducir gradualmente el pene erecto en la vagina
	Practicar los ejercicios vaginales de Kegel para desarrollar una sensación de control

### Trastornos parafilicos

Los trastornos parafilicos son a menudo resistentes al tratamiento, y la recidiva es elevada, pero se han usado varias modalidades no farmacológicas con un éxito variable. La psicoterapia orientada a la introspección o de apoyo es relativamente ineficaz. Puede usarse la terapia cognitivo-conductual para ayudar a los pacientes a identificar tendencias sexuales aberrantes, alterar su conducta y evitar desencadenantes sexuales con el fin de evitar la recaída. La terapia de aversión, mediante el condicionamiento con amoníaco, se usa para reducir la conducta parafilica. El recondicionamiento orgásmico se usa para enseñar al

paciente parafílico cómo excitarse con imágenes mentales más aceptables. El entrenamiento de las habilidades sociales (individual o en grupo) se usa para ayudar al parafílico a formar mejores relaciones interpersonales. Pueden ser útiles sistemas de vigilancia (que usan miembros de la familia para ayudar a vigilar la conducta del paciente). Es necesario un mantenimiento a lo largo de toda la vida.

### **Disforia de género**

La psicoterapia individual es útil para ayudar a los pacientes a comprender su disforia de género y abordar otros aspectos psiquiátricos. Suele ser necesaria una evaluación psicológica exhaustiva antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica para la reasignación del sexo. La terapia de pareja y familiar puede ayudar a realizar el ajuste en un nuevo sexo.

## **Perspectiva futura**

Los trastornos sexuales siguen siendo frecuentes y se asocian a un estrés emocional, físico y psicosocial prolongado significativo. Sin embargo, la reducción de los estigmas sociales, combinada con el mayor conocimiento de la base médica de los trastornos sexuales, ha hecho posible que más pacientes se sientan cómodos buscando tratamiento. El DSM-5 recién publicado ha realizado cambios sustanciales en la clasificación de los trastornos sexuales. La introducción de criterios más estrictos para el diagnóstico de las disfunciones sexuales y la «normalización» de ciertas parafilias han ampliado significativamente el ámbito de las conductas sexuales «aceptables». Aunque estos cambios pueden ayudar a tranquilizar mejor a los pacientes, también podrían llevar a un menor interés en el desarrollo de opciones terapéuticas. El nuevo lenguaje también alberga posibles implicaciones legales, por ejemplo, con respecto a las parafilias ambiguamente «dañinas». Aunque al final no se incluyó un «trastorno hipersexual» en el libro, los clínicos deben reconocer tales síntomas y preguntar de forma proactiva sobre ellos y tratarlos.

Los inhibidores de la PDE-5 siguen estando entre los fármacos más eficaces para el tratamiento de la disfunción sexual. Aunque la investigación continúa, hasta la fecha otras opciones terapéuticas son limitadas. Un mayor conocimiento de los mecanismos encefálicos que subyacen al deseo y la excitación sexual permitirá encontrar nuevas dianas terapéuticas. La investigación genética también anuncia una nueva era en el desarrollo farmacológico dirigido a una medicina personalizada mediante la aplicación de principios farmacogenéticos.

Aunque el sexo está cada vez más «medicalizado», no debemos pasar por alto el papel de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de los problemas sexuales. Las guías clínicas basadas en pruebas científicas para el tratamiento de los trastornos sexuales pueden ayudar a optimizar estrategias terapéuticas a corto y largo plazo. En general, parece que un abordaje multidisciplinario resulta ventajoso y continuará evolucionando con el tiempo.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## **Lecturas recomendadas**

Alwaal A, Al-Mannie R, Carrier S. Future prospects in the treatment of erectile dysfunction: focus on avanafil. *Drug Des Devel Ther.* 2011;5:435–443.

American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* ed 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013: pp 423-459, 685-705.

Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006;354(14):1497–1506.

Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet.* 2007;369(9559):409–424.

Campbell N, Clark JP, Stecher VJ, et al. Adulteration of purported herbal and natural sexual performance enhancement dietary supplements with synthetic phosphodiesterase type 5 inhibitors. *J Sex Med.* 2013;10(7):1842–1849.

Dean RC, Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2005;32(4):379–395.

Dording CM, Fisher L, Papakostas G, et al. A double-blind, randomized, pilot dose-finding study of maca root (*L. meyenii*) for the management of SSRI-induced sexual dysfunction. *CNS Neurosci Ther.* 2008;14(3):182–191.

Dording CM, LaRocca RA, Hails KA, et al. The effect of sildenafil on quality of life. *Ann Clin Psychiatry.* 2013;25(1):3–10.

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151(1):54–61.

Garcia FD, Delavenne HG, Assumpção Ade F, et al. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(5):356.

Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al. Oral sildenafil in the treatment of sexual dysfunction. *N Engl J Med.* 1998;338(20):1397–1404.

Kafka M. Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors. *CNS Spectr.* 2000;5(1):49–59.

Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):377–400.

Kaplan HS. *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation.* New York: Brunner/Mazel; 2013.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*. 1999;281:537–544.

La Torre A, Conca A, Duffy D, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review—part II: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*. 2013;46(6):201–208.

La Torre A, Giupponi G, Duffy D, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry*. 2013;46(5):191–199.

McMahon CG. Dapoxetine: a new option in the medical management of premature ejaculation. *Ther Adv Urol*. 2012;4(5):233–251.

Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;300(4):395–404.

Palacios S. Hypoactive sexual desire disorder and current pharmacotherapeutic options in women. *Womens Health (Lond Engl)*. 2011;7(1):95–107.

Raina R, Pahlajani G, Khan S, et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril*. 2007;88(5):1273–1284.

Rosler A, Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med*. 1998;338(7):416–422.

Shafer LC. Sexual disorders and sexual dysfunction. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 6. Philadelphia: Elsevier; 2010:323–335.

Shafer LC. Sexual disorders and sexual dysfunction. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, eds. *Massachusetts General Hospital: psychiatry update and board preparation*. ed 3. Boston: MGH Psychiatry Academy Publishing; 2012:171–180.

Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet*. 2013;381(9861):153–165.

Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med*. 2000;343(10):682–688.

Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):970–978.

Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA*. 2005;294(23):2996–3002.

Unger CA. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(1):16–26.

Yuan J, Zhang R, Yang Z, et al. Comparative effectiveness and safety of oral phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction: a systematic review and network meta-analysis. *Eur Urol.* 2013;63(5):902–912.

|

(Stern, 20171024, pp. 401.e1-411)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA