

# Revisión de las clasificaciones sobre los trastornos sexuales

Francisco Cabello Santamaría y Marina Cabello García

*Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga. España.*

## RESUMEN

No hay consenso suficiente, entre los distintos especialistas que trabajan en este campo, a la hora de definir y clasificar las disfunciones sexuales. Es por ello que se han propuesto distintos sistemas clasificatorios. Los más usados, en el ámbito médico, son la CIE-10 (OMS 1992) y el DSM-IV-TR (APA 2000). La primera no tiene, hoy día, ninguna utilidad práctica en el ámbito de la medicina sexual, siendo de mucho mayor relevancia el DSM-IV-TR (APA 2000). En sexología se ha empleado con mayor frecuencia el sistema descriptivo multiaxial orientado al problema y, posteriormente en 2003, la propuesta por Basson et al centrada en las disfunciones femeninas. La clasificación más reciente y completa, aunque sometida todavía a debate, ha sido la liderada por Bianco en 2008, como coordinador de un grupo de expertos de la FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología).

En el presente trabajo de revisión se hace referencia a algunas de las más importantes y reseñadas clasificaciones de los trastornos de la sexualidad. Su estudio pone de manifiesto que quedan muchos flecos por cubrir y algunos acuerdos por llevar a cabo, hasta configurar un modelo que cubra las distintas patologías de forma consensuada. Todo ello sin olvidar que, aunque para la comunicación entre profesionales y llevar a cabo estudios de prevalencia, las clasificaciones se hacen imprescindibles. En la práctica clínica no se debe caer en la reificación, es decir, en ajustar cualquier caso, de la forma que sea, a alguno de los epígrafes establecidos, siendo lo más importante determinar cuáles han sido los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.

**Palabras clave:** Clasificaciones trastornos sexuales. Sexología clínica.

## ABSTRACT

### **Review of the classification of sexual disorders**

There is not sufficient consensus among specialists who work in this field when defining and classifying sexual dysfunctions. It is for this reason that different classifications have been proposed. The most used in the medical field are the ICD-10 (OMS 1992) and the DSM-IV-TR (APA 2000). The first has no practical use these days in the field of sexual medicine, the DSM-IV-TR (APA 2000) being much more relevant. The multiaxial descriptive system directed at the problem has often been used sexology, and later in 2003, the proposal by Basson et al, focused on female dysfunctions. The most recent and complete classification, although still the subject of debate, has been led by Bianco en 2008, as coordinator of the expert group, FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología)

In the present review work reference is made to the most important and most reported classifications of sexual disorders. Their study demonstrates that there are still many frayed edges to mend and some agreements to do so, until a consensus model is configured that covers the different conditions. All of this without forgetting that communication between professionals and carrying out prevalence studies are essential for the classifications. The reification must not lapse in clinical practice, that is to say, in adapting to any case, in any form whatsoever, to any of the established epigraphs, being the most important to determine what have been the predisposing and precipitating factors and those that maintain the process.

**Key words:** Sexual disorders classification. Clinical sexology.

**Correspondencia:** Dr. F. Cabello Santamaría.  
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.  
Alameda Principal, 21, 2.º. 29001 Málaga. España.  
Correo electrónico: fcabello@iasexologia.com

## INTRODUCCIÓN

Procurar una clasificación de los trastornos sexuales, como todo intento de clasificación, se nos antoja como un mal menor, si bien tiene la ventaja de agrupar las distintas entidades nosológicas y permitir una mejor comunicación entre profesionales, además de facilitar estudios de prevalencia. Se han propuesto distintos sistemas clasificatorios más o menos prácticos y con una variabilidad importante en cuanto a la objetividad. Unos pecan de ser muy subjetivos, con poca fiabilidad interjueces, y otros, por el contrario, son excesivamente teóricos y poco ajustados a la realidad (tabla 1).

Los más usados en el ámbito médico son la CIE-10<sup>1</sup> y el DSM-IV-TR<sup>2</sup>, mientras que desde la sexología se ha empleado con mayor frecuencia el sistema descriptivo multiaxial orientado al problema<sup>3</sup>.

## CLASIFICACIÓN CIE-10

La décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades se refiere a los trastornos sexuales en su capítulo 5. Dicho capítulo, dedicado a “trastornos mentales y del comportamiento”, comienza por la disfunción sexual no orgánica, pues se sigue basando en la clásica dicotomía orgánico-psíquico sin tener presente que no hay un límite claro entre ambos términos, de forma que en gran parte de las disfunciones sexuales se solapan los factores orgánicos y los psicogénos. La clasificación de la disfunción sexual no orgánica está estructurada de la forma siguiente:

- F52 disfunción sexual no orgánica.
- F52.0 ausencia o pérdida del deseo sexual.
- F52.1 rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
- F52.2 fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 disfunción orgásmica.
- F52.4 eyaculación precoz.
- F52.5 vaginismo no orgánico.
- F52.6 dispareunia no orgánica.
- F52.7 impulso sexual excesivo.

**TABLA 1. Clasificación de las disfunciones sexuales**

		APA	(1980/1987/1994)
Hastin	(1963)		
Eysenck	(1965)	Shover	(1982)
Hirsch	(1966)	Bianco	(1988)
Wolpe	(1969)	Carrobles	(1991)
Masters	(1970/1987)	CIE 10	(1992)
Haslam	(1974)	AMSSAC	(1993)
Kaplan	(1974/77)	AFUD	(2000)
Sharpe	(1976)	Basson et al	(2003)
		FLASSES	(2008)

F52.8 otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

Dentro de estos grupos se incluye o excluye lo siguiente:

F52 excluye el síndrome de Dhat (F48.8) y el síndrome de Koro (F48.8).

F52.0 incluye frigidez y trastorno hipoactivo del deseo sexual.

F52.11 incluye anhedonía (sexual).

F52.2 incluye trastornos de la erección y trastorno del estímulo sexual.

F52.3 incluye anorgasmia psicogénica e inhibición orgásmica.

F52.5 incluye vaginismo psicogénico.

F52.6 incluye dispareunia psicogénica.

F52.7 incluye ninfomanía, satiriasis.

Hoy día, esta clasificación no tiene ninguna utilidad práctica en el ámbito de la sexología clínica, siendo de mucha mayor relevancia el DSM-IV-TR<sup>2</sup> con el que comparte algunos criterios y que se describe a continuación.

## CLASIFICACIÓN DSM- IV-TR

Lo más destacable de esta clasificación radica en la utilización de un criterio diagnóstico multiaxial, incorporando una dimensionalidad de vital importancia en el terreno práctico. Diferencia todos los trastornos en adquiridos o “de toda la vida”, con relación a la presentación en el tiempo de la disfunción. Otra dimensión distingue si la disfunción es generalizada o situacional, partiendo de que el trastorno esté presente de forma persistente o sólo en algunas ocasiones. La última dimensión hace referencia al grado de severidad de la disfunción, denominándola “total” cuando la afectación es completa, o “parcial” cuando hay cierto nivel de respuesta. El código y los términos referentes a los trastornos sexuales son los siguientes:

F52.0 trastornos del deseo sexual: trastornos del deseo sexual hipoactivo [302.71].

F52.10 trastornos por aversión al sexo [302.79].

F52.2 trastornos de la excitación sexual: trastorno de la excitación en la mujer [302.72], trastorno de la excitación en el varón [302.72].

F52.3 trastornos orgásmicos: trastorno orgásmico femenino [302.73], trastorno orgásmico masculino [302.74]. F52.4 eyaculación precoz [302.75].

Trastornos sexuales por dolor: F52.6 dispareunia [302.76]. F52.5 vaginismo [306.51].

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

Trastorno sexual inducido por sustancias.

F52.9 trastorno sexual no especificado [302.70].

El código y los términos referentes a las parafilias son los siguientes: F65.2 exhibicionismo [302.4], F65.0 fetichismo [302.81], F65.8 froturismo [302.89], F65.4 pedofilia [302.2], F65.5 masoquismo sexual [302.83], F65.5 sadismo sexual [302.84], F65.3 voyeurismo [302.82], F65.1 fetichismo transvestista [302.3], F65.9 parafilia no especificada [302.9]. Esta última categoría se incluye para codificar las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Algunos ejemplos pueden ser: escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (cadáveres), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), zoofilia (animales), coprofilia (heces), clismafilia (enemas), urofilia (orina), etc.

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

F64.x trastorno de la identidad sexual [302.xx].

F64.9 trastorno de la identidad sexual no especificado [302.6]. Esta categoría se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen: *a)* enfermedades intersexuales y disforia sexual acompañante; *b)* comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés, y *c)* preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

El DSM-IV-TR, aunque deja a juicio del clínico los mínimos elementos necesarios para determinar una patología, presenta una alta fiabilidad diagnóstica entre evaluadores, con un coeficiente kappa de 0,86 en la menor de las estimaciones<sup>4</sup>.

## SISTEMA MULTIAXIAL ORIENTADO AL PROBLEMA

A diferencia del DSM, el sistema multiaxial orientado al problema está pensado para ser utilizado específicamente en centros especializados en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Los autores de este sistema (Schover, Friedman, Weiler, Heiman, LoPiccolo), pretendieron 4 objetivos: facilitar la comunicación entre profesionales; incrementar el conocimiento acerca de las disfunciones sexuales; mejorar la predicción del pronóstico, y ayudar a elaborar el plan terapéutico<sup>4,5</sup>.

Consta de 6 ejes, relacionados con el ciclo de respuesta sexual, el dolor, las expectativas con respecto a la frecuencia sexual y uno dedicado a información relevante sobre el caso. En la dimensionalidad, aparte de disfunción primaria o secundaria (L v A), situacional o generalizada (G v S), se incluye información para especificar si la disfunción es referida por el paciente (Q) o percibida por el terapeuta. A continuación se describen los códigos y ejes más importantes, habiendo quedado de manifiesto, en un estudio hecho en nuestro país, que el método se ajusta mejor a la práctica clínica que el DSM<sup>6</sup>. Las categorías quedan como sigue:

### A. Fase deseó.

10 bajo deseo sexual.

11 aversión hacia el contacto sexual.  
(L v A), (G v S), (Q).

### B. Fase de excitación.

20 excitación subjetiva inhibida.

21 dificultad para lograr una erección.

22 dificultad para mantener una erección.

23 dificultad para lograr y mantener una erección.

24 excitación subjetiva inhibida + dificultad para lograr una erección.

25 excitación subjetiva inhibida + dificultad para mantener una erección.

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

27 excitación fisiológica y subjetiva inhibida en la mujer.  
(L v A), (G v S), (Q).

### C. Fase de orgasmo.

30 eyaculación precoz, previa a la penetración (G v S).

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

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

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

34 eyaculación inhibida (G v S).

35 orgasmo anhedónico (G v S).

36 orgasmo con pene flácido (G v S).

37 orgasmo anhedónico con pene flácido (G v S).

38 rápida eyaculación con pene flácido (G v S).

39 orgasmo anhedónico con rápida eyaculación (G v S).

40 anorgasmia (G v S).

41 anorgasmia excepto en masturbación (S).

42 anorgasmia excepto en *petting* (S).

43 anorgasmia excepto en masturbación o en *petting* (S).

44 orgasmo coital poco frecuente (S).

45 anorgasmia excepto en el caso de uso de vibrador u otras ayudas mecánicas (S), (L v A), (G v S), (Q).

### D. Dolor coital

50 vaginismo.

- 51 dispareunia.
- 52 dolor al eyacular.
- 53 dolor tras eyacular.
- 54 otro dolor causado por la actividad sexual.  
(L v, A), (G v, S), (Q).
- E. Insatisfacción con la frecuencia de relación.**
- 60 desea una frecuencia menor a la actual.
- 61 desea una frecuencia mayor a la actual.  
(L v, A), (G v, S), (Q).
- F. Información cualitativa.**
- 70 prefiere como pareja sexual otra distinta a la actual.
- 71 travestismo.
- 72 fetichismo.
- 73 voyeurismo.
- 74 exhibicionismo (varón).
- 75 obtiene placer al infligir daño.
- 76 placer al experimentar daño.
- 77 ha padecido un asalto sexual.
- 78 víctima de violación.
- 79 incesto siendo padre/madre.
- 80 incesto siendo niño/a.
- 81 matrimonio no consumado.
- 82 placer al humillar a la pareja.
- 83 placer al ser humillado.
- 84 antecedentes de psicopatología severa.
- 85 presenta psicopatología severa.
- 86 severo estrés marital.
- 87 antecedentes de abuso de sustancias.
- 88 presenta abuso de sustancias.
- 89 antecedentes de malos tratos a la esposa.
- 90 malos tratos a la esposa actualmente.
- 91 está manteniendo una relación extramarital.
- 92 condición médica que afecta a la conducta sexual.
- 93 toma medicación que afecta a la conducta sexual.
- 98 pareja no disfuncional.
- 99 no se realiza diagnóstico (Q).

### **CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DE DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD SEXUAL (AMSSAC)**

La AMSSAC, entidad de reconocido prestigio, ha formado a muchos profesionales en el campo de la salud sexual. De ahí que resulte relevante bosquejar, aunque superficialmente, la clasificación empleada propuesta por Rubio y Díaz<sup>7</sup>, quienes hacen algunas aportaciones interesantes a otras clasificaciones. Consta de 4 bloques troncales referidos al deseo, excitación, orgasmo y respuestas fisiológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual. Todos los

cuadros, que a continuación se señalan, son dimensionados en “primario o secundario, global o parcial y biogénico o psicogénico”.

- 1. Disfunción del deseo sexual.
  - 1.1. Síndrome del deseo sexual hipoactivo.
  - 1.2. Síndrome de deseo sexual hiperactivo.
- 2. Disfunciones de la excitación sexual.
  - 2.1. Síndrome de excitación masculina inhibida.
    - 2.1.1. Con disfunción eréctil.
    - 2.1.2. Sin disfunción eréctil (síndrome que ocasionalmente se encuentra en la práctica, no está referido en las clasificaciones anteriores).
  - 2.2. Síndrome de excitación femenina inhibida.
    - 2.2.1. Con disfunción de la lubricación vaginal.
    - 2.2.2. Con disfunción sexual general (deseo hipoactivo y anorgasmia).
  - 2.2.3. Sin disfunción de lubricación.
- 3. Disfunciones del orgasmo.
  - 3.1. Síndrome de eyaculación precoz o de control ineficiente del reflejo eyaculatorio.
  - 3.2. Síndrome de anorgasmia masculina.
  - 3.3. Síndrome de eyaculación retrógrada.
  - 3.4. Síndrome de anorgasmia femenina.
  - 3.5. Síndrome de insensibilidad orgásmica: consiste en la ausencia de placer pese a eyacular, en el caso del varón, o sentir contracciones de la musculatura pélvica, por parte de las mujeres.
- 4. Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual.
  - 4.1. Síndrome del vaginismo.
  - 4.2. Síndromes de evitación fóbica de la experiencia erótica.
  - 4.3. Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (dispareunia).

A modo de conclusión, la característica fundamental de la clasificación de la AMSSAC es su cercanía a la clínica.

### **SISTEMA CLASIFICATORIO INTEGRADO TIPOLOGICOFUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS SEXUALES DE CARROBLES Y SANZ**

No se puede cerrar el capítulo de las clasificaciones sin hacer mención a la mejor clasificación de las que se han elaborado en nuestro país. Los autores esbozan un sistema en el que incrementan el número de disfunciones con respecto a las propuestas en clasificaciones anteriores y proponen una serie de dimensiones cuantitativas a modo de análisis funcional<sup>8</sup>. Estas dimensiones son:

- Dimensión temporal: señala si la disfunción es primaria o secundaria (P-S).
- Dimensión etiológica: (O-F).
- Dimensión situacional: diferencia si el problema se mantienen en todas las situaciones o sólo ocasionalmente (G-Sit).
- Dimensión grado de severidad: total o parcial (T-Pa).

A diferencia de otros autores, equiparan por igual al varón y a la mujer, por lo que cada trastorno del varón tiene su correspondiente en la mujer y viceversa. Refiriéndose a “los problemas sexuales o alteraciones relacionadas con la sexualidad”, señalan 5 grandes grupos:

– Disfunciones sexuales. Problemas del deseo, problemas de excitación, problemas del orgasmo, insatisfacción sexual, dolor durante la actividad o la relación sexual, problemas sexuales por déficit en la relación de pareja, déficit en información o presencia de actitudes negativas y creencias irracionales sexuales, problemas sexuales asociados o producidos por trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos.

– Variaciones sexuales. Variaciones sexuales, problemas de identidad sexual, variaciones en el tipo de actividad sexual, variaciones en el objeto o pareja sexual hacia el que se sienten orientados.

– Desviaciones sexuales. Actividad o relación sexual con otra persona sin su consentimiento o elección consciente y en libertad.

– Problemas de las víctimas de desviaciones sexuales. Problemas sexuales de personas que han sido expuestas o forzadas a determinadas actividades sexuales sin su consentimiento o libre elección consciente y en libertad.

– Problemas de los deprivados y oprimidos sexuales. Problemas sexuales de personas privadas de actividad sexual en contra de su voluntad.

Es de destacar en esta clasificación la metodología empleada, que no deja atrás casi ninguna de las posibilidades que se pudieran presentar (tabla 2).

## CLASIFICACIÓN DE BASSON ET AL

El reciente auge de la investigación en sexualidad femenina ha dado lugar, entre otras cosas, a una nueva revisión de la respuesta sexual y de las disfunciones que presenta la mujer. A continuación se recoge la propuesta, que ha sido muy bien acogida, de Basson et al<sup>9</sup> (tabla 3). No se trata de un sistema diagnóstico multiaxial sino que, basándose en las experiencias an-

teriores y con un alto nivel de pragmatismo, se definen las distintas disfunciones sexuales femeninas. Por tanto, es necesario profundizar en su estudio para verificar la fiabilidad del diagnóstico entre evaluadores. Tiene la particularidad de evitar el clásico modelo lineal de respuesta sexual masculina para centrarse en las últimas revisiones acerca de la respuesta sexual de la mujer, donde se propone un modelo más circular, que en parejas de larga duración no comenzaría por el deseo sino por la intimidad, de tal forma que la excitabilidad puede preceder al deseo a diferencia de la respuesta sexual clásica donde el deseo siempre era anterior a la excitabilidad. Otra novedad de esta clasificación es la introducción del denominado trastorno persistente de la excitación sexual (la espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo, donde la excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días) que hasta este momento no se había definido, aunque se hubieran descrito casos aislados en la bibliografía.

## CLASIFICACIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL (FLASSES)

Esta clasificación reúne unas características muy especiales. Tuvo una edición anterior de Bianco en 1988<sup>10</sup> que, aunque criticada por muchos autores, tiene el inapreciable valor de ser probablemente la primera clasificación que, adelantándose a su tiempo, se podía denominar de “medicina sexual”, término actualmente muy de moda. La revisión actual, liderada de nuevo por Bianco con un grupo de expertos, partiendo de las premisas teóricas de la anterior, acaba de ser propuesta en octubre de 2008 en el marco del XIV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, celebrado en el Centro de Convenciones de Guayaquil (Ecuador), por lo que en este momento comienza un debate en torno a ésta, donde una de las críticas esperables será la falta de ejes y dimensionalidad. No obstante, hace un recorrido exhaustivo por todas las patologías que se pueden presentar en la clínica, por lo que se describe a continuación de forma íntegra<sup>11</sup>.

### Patologías del sexo

El proceso de diferenciación del sexo puede presentar desórdenes en el funcionamiento en cualquiera de sus 2 fases, genética y anatómica, debido a alteraciones de sus factores fundamentales.

FLASSES propone hablar de “patología del sexo” porque expresa que hay diferentes síndromes involu-

TABLA 2. Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales

<b>Problemas y trastornos sexuales específicos</b>		
<b>Tipos o categorías</b>	<b>Ánálisis funcional</b>	<b>Dimensión</b>
	Dimensión temporal Dimensión situacional Dimensión grado de severidad Dimensión etiológica	(P-S) (G-Sit) (T-Pa) (O-F)
<b>Disfunciones sexuales</b>		
<b>Tipos</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
Problemas del deseo sexual	Aversión hacia la relación sexual Deseo sexual inhibido Bajo deseo sexual (hiposexualidad) Deseo sexual exarcebado (hipersexualidad)	Aversión hacia la relación sexual Deseo sexual inhibido Bajo deseo sexual (hiposexualidad) Deseo sexual exarcebado (hipersexualidad).
Problemas de excitación	Excitación sexual inhibida Impotencia (dificultad para lograr o mantener una erección)	Excitación sexual inhibida Disfunción sexual general (dificultad para lograr o mantener la excitación)
Problemas del orgasmo	Orgasmos y eyaculación rápidos o precoces Orgasmos y eyaculación retardados Ausencia de orgasmo y eyaculación Eyaculación sin orgasmo Orgasmo no placentero con pene flácido	Orgasmo prematuro Orgasmo retardado Ausencia de orgasmo Orgasmo sólo a través de masturbación, caricias, vibrador, etc., pero no en el coito
Insatisfacción sexual	Problemas de frecuencia en las relaciones sexuales (baja o alta frecuencia en relación con su pareja) Problemas con la variedad de actividades sexuales (monotonía en las relaciones sexuales)	Problemas de frecuencia en las relaciones sexuales (baja o alta frecuencia en relación con su pareja) Problemas con la variedad de actividades sexuales (monotonía en las relaciones sexuales)
<b>Disfunciones sexuales</b>		
Dolor durante la actividad o la relación sexual (dispareunia)	Dolor durante la excitación sexual Dolor durante la penetración Dolor durante los movimientos del coito Dolor al eyacular	Dolor durante la excitación sexual Dolor durante la penetración Dolor durante los movimientos del coito Vaginismo
Problemas sexuales por en la relación de pareja	Problemas interpersonales o de relación de pareja Preferencias por parejas y relaciones extramaritales	Problemas interpersonales o de relación de pareja Preferencias por parejas y relaciones extramaritales
Déficit en información o presencia de actitudes negativas y creencias irracionales sexuales	Cualquier problema sexual de los enumerados anteriormente	Cualquier problema sexual de los enumerados anteriormente
Problemas sexuales asociados o producidos por trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos	Depresión Ansiedad Alcoholismo Psicosis Ingestión de ciertos fármacos	Depresión Ansiedad Alcoholismo Psicosis Ingestión de ciertos fármacos
Problemas sexuales asociados o producidos por trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos	Diabetes Trastornos cardiovasculares Lesiones medulares, etc.	Diabetes Trastornos cardiovasculares Lesiones medulares, etc.
<b>Variaciones sexuales</b>		
Problemas de identidad sexual	Transexualismo (identidad sexual invertida) Déficit de identidad sexual	Transexualismo (identidad sexual invertida) Déficit de identidad sexual

(Continúa)

TABLA 2. Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales (*Continuación*)

Tipos	Varón	Mujer
Variaciones en el tipo de actividad sexual	Voyerismo Sadismo Masoquismo	Voyerismo Sadismo Masoquismo
Variaciones en el objeto o pareja sexual hacia el que se sienten orientados	Homosexualidad Travestismo Fetichismo Bestialismo	Homosexualidad Travestismo Fetichismo Bestialismo
<b>Desviaciones sexuales</b>		
Actividad o relación sexual con otra persona sin su consentimiento o elección consciente y en libertad	Violación (heterosexual u homosexual) Abusos deshonestos (heterosexuales u homosexuales) Pedofilia (heterosexual u homosexual) Incesto (padres-hijos) Sadomasoquismo Exhibicionismo	Abusos deshonestos (heterosexuales u homosexuales) Pedofilia (heterosexual u homosexual) Incesto (padres-hijos) Sadomasoquismo Exhibicionismo
<b>Problemas de las víctimas de desviaciones sexuales</b>		
Problemas sexuales de personas que han sido expuestas o forzadas a determinadas actividades sexuales sin su consentimiento o libre elección consciente y en libertad	Víctimas de abusos deshonestos Víctimas de relaciones pedofílicas Víctimas de actividades sadomasoquistas Víctimas de relaciones incestuosas Víctimas de actividades exhibicionistas	Víctimas de violación Víctimas de abusos deshonestos Víctimas de relaciones paedofílicas Víctimas de actividades sadomasoquistas Víctimas de relaciones incestuosas Víctimas de actividades exhibicionistas
<b>Problemas de los deprivados y oprimidos sexuales</b>		
Problemas sexuales de personas privadas de actividad sexual en contra de su voluntad	Deficientes psíquicos Deficientes sensoriales (ciegos, sordos, etc.) Disminuidos y minusválidos físicos Ancianos Presidiarios Marginados sociales	Deficientes psíquicas Deficientes sensoriales (ciegas, sordas, etc.) Disminuidas y minusválidas físicas Ancianas Presidiarias Marginadas sociales

crados, lo cual no sucede con el término “disforias de género”.

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

TABLA 3. Disfunciones sexuales femeninas. Basson et al (2003)

Trastorno del deseo
Trastorno subjetivo de la excitación
Trastorno de la excitación sexual genital
Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital
Trastorno persistente de la excitación sexual
Trastornos del orgasmo de la mujer
Dispareunia
Vaginismo
Trastorno por aversión sexual

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

**A.1.1. Síndrome de Turner.** Al par cromosómico del sexo le falta total o parcialmente 1 cromosoma. El cariotipo más frecuente es el 45, XO.

**A.1.2. Síndrome de Klinefelter.** El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXY.

**A.1.3. Síndrome del super hombre.** El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma Y adicional. Cariotipo 47, XYY.

**A.1.4. Síndrome de la super mujer.** El par cromosómico del sexo tiene un cromosoma X adicional. Cariotipo 47, XXX.

**A.2. Patologías de la fase anatómica.** Las alteraciones pueden estar en alguno de los 2 componentes, gonadal o cerebral, de la fase anatómica.

A.2.1. Patologías en el componente gonadal de la fase anatómica. Su principal característica es una alteración en el proceso de virilización o feminización del embrión, como consecuencias de disfunciones gónadales, que se observa al nacer o años después (conocidas como estados intersexuales en otras clasificaciones). Se describen las siguientes entidades clínicas:

A.2.1.1. Hermafroditismo verdadero. La característica principal es la presencia, en el individuo, de un testículo y un ovario o un ovotestes, que conlleva a genitales ambiguos, con grados variables de masculinización o feminización.

A.2.1.2. Seudohermafroditismo masculino. La característica principal es la presencia de testículos no funcionales que conlleva a grados variables de feminización.

A.2.1.2.1. Seudohermafroditismo masculino tipo I. La característica principal es la anomalía en la síntesis de andrógenos que conlleva a niveles importantes de feminización.

A.2.1.2.2. Seudohermafroditismo masculino tipo II. La característica principal es una anomalía en los receptores androgénicos que conlleva a una feminización completa. Conocido como síndrome de insensibilización androgénica.

A.2.1.3. Seudohermafroditismo femenino. La característica principal es la presencia de ovarios no funcionales que conlleva a grados variables de virilización.

A.2.2. Patologías en el componente cerebral de la fase anatómica. Su principal característica es una alteración en los núcleos del sexo ubicados en la base del cerebro, lo cual conduce a identificarse como miembro del sexo opuesto, rechazando los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico (conocidas como *gender dysphoria*, alteraciones de la identidad, transexualismo).

A.2.2.1. Transexualismo completo o primario. La característica principal es la sensación persistente de rechazo, desde la infancia, a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico acompañado de un deseo constante de vivir como miembro del sexo opuesto.

A.2.2.2. Transexualismo transitorio o secundario. La característica principal es la sensación transitoria de rechazo a los aspectos anatómicos de su sexo cromosómico, acompañado generalmente de un deseo, igualmente transitorio, de vivir como miembro del sexo opuesto. Aparece en la etapa de adolescencia o la adultez ante situaciones bien determinadas.

A.2.2.3. Ella/él (*shemale*). Él/Ella (*maleshe*). La característica principal es la sensación persistente, desde la infancia, de rechazo a su sexo morfológico, sin incluir el pene o la vulva-vagina, acompañado con un deseo persistente de vivir como miembro del sexo opuesto.

## **Patologías de la función sexual**

FLASSES ha establecido que la función sexual es el proceso de activación de la unidad situación/estímulo sexual-respuesta sexual. Dicho proceso tiene varias fases: la situación/estímulo, la respuesta y un tiempo de funcionamiento sexual. En consecuencia, se pueden encontrar alteraciones en cualquiera de las fases o en el tiempo.

FLASSES ha recomendado utilizar el constructo “patología de la función sexual” para denominar cualquier alteración de la función sexual. Debe señalarse la fase donde se encuentra la alteración: en la fase de la situación/estímulo sexual, en la fase de la respuesta sexual o si se encuentra a en el tiempo de funcionamiento sexual.

Generalmente, el ejercicio de la función sexual se realiza individualmente o en pareja —en ocasiones se realiza en grupos—, de allí que debe tomarse en cuenta esta variable cuando se intenten clasificar las patologías de la función sexual, ya que en algunos casos tienen preservada su función sexual individualmente, pero presentan alteraciones cuando realizan el ejercicio de la función sexual en pareja, estas situaciones constituyen cuadros clínicos bien delimitados y característicos.

### **B. Patologías de la función sexual**

#### **B.1. En el individuo.**

B.1.1. Patologías de la fase de la situación/estímulo sexual. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de una situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual. Éste es un requerimiento esencial y es referido por el paciente como una característica permanente (parafilia en otras clasificaciones).

B.1.1.1. Patologías de la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: administrador específico. Cuando la especificidad se refiere a una persona u objeto:

B.1.1.1.1. Pedofilia. Situación/estímulo sexual específica, niños/as prepúberes.

B.1.1.1.2. Zoofilia. Situación/estímulo sexual específica, animales.

B.1.1.1.3. Fetichismo. Situación/estímulo sexual específica, vestidos u otros objetos.

B.1.1.1.4. Somatofilia o parcialismo. Situación/estímulo sexual específica con una única parte del cuerpo.

B.1.1.1.5. Gerontofilia. Situación/estímulo sexual específica con personas ancianas.

B.1.1.1.6. Efebofilia o juventofilia. Situación/estímulo sexual específica con personas adolescentes.

B.1.1.1.7. Triolismo. Situación/estímulo sexual específica con 2 personas.

B.1.1.1.8. Necrofilia. Situación/estímulo sexual específica con un tejido muerto.

B.1.1.1.9. Urofilia. Situación/estímulo sexual específica con orina.

B.1.1.1.10. Coprofilia. Situación/estímulo sexual específica con heces.

B.1.1.1.11. Misofilia. Situación/estímulo sexual específica con suciedad.

B.1.1.1.12. Pornofilia. Situación/estímulo sexual específica con material sexualmente explícito (vídeos, fotos, revistas y medios informáticos como internet).

B.1.1.1.13. Transexofilia. Situación/estímulo sexual específica con un ella/él (*shemale*) o él/Ella (*maleshe*).

B.1.1.2. Patologías de la fase de la situación/estímulo sexual factor: método específico. Cuando la especificidad está referida a un método:

B.1.1.2.1. Sadismo sexual. Método específico, provocar dolor o sufrimiento.

B.1.1.2.2. Masoquismo sexual. Método específico, sentir dolor o sufrimiento.

B.1.1.2.3. Exhibicionismo. Método específico, mostrar los genitales en público y por sorpresa.

B.1.1.2.4. Voyeurismo. Método específico, mirar a terceros sin ser visto.

B.1.1.2.5. Transvestismo. Método específico, vestirse con ropas del sexo opuesto.

B.1.1.2.6. Erotismo. Método específico, frotar el cuerpo contra otras personas de forma disimulada y en público.

B.1.1.2.7. Escaptofilia. Método específico, observación directa del área genital.

B.1.1.2.8. Klismasfilia. Método específico, recibir enemas.

B.1.1.2.9. Braquiproctosigmoidismo. Método específico introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través del ano.

B.1.1.2.10. Telefonoescaptología. Método específico, obtener excitación a través de una conversación telefónica erótica.

B.1.1.2.11. Asfixiofilia. Método específico, obtener excitación a través de la falta total o parcial de oxígeno.

B.1.1.2.12. Cibersexofilia. Método específico, obtener excitación a través del contacto directo, no físico, mediante la red.

B.1.1.2.13. Orgasmofilia. Método específico, el orgasmo se obtiene solamente con la estimulación de una parte específica del cuerpo.

B.1.1.3. Patologías en la fase de la situación/estímulo sexual factor frecuencia específica. La especificidad se refiere al número de veces que el individuo (él o ella) desea activar su función sexual en un lapso de tiempo, lo cual altera su funcionamiento en otras áreas de su vida.

B.1.1.3.1. Frecuencia excesivamente alta. La especificidad es referida al número de veces que se activa la

función sexual en el día, que es excesivamente alta, lo que obliga a la persona a abandonar sus responsabilidades rutinarias (llamada, en otras clasificaciones, ninfomanía en la mujer y satiriasis o don juanismo en el varón).

B.1.1.3.2. Frecuencia excesivamente baja. La especificidad se refiere al escaso número de veces que se activa la función sexual (1 vez al mes o menos), lo cual repercute en la estabilidad y funcionamiento de la pareja (denominada también, en otras clasificaciones, deseo sexual hipoactivo o anorexia sexual en otras clasificaciones).

B.1.2. Patologías de la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la ausencia total o parcial de las fases que constituyen el ciclo sexual, en otras palabras, los cambios anatómo-hormono-neuro-vásculo-endoteliales que integran la respuesta sexual están alterados (conocidas, en otras clasificaciones, como impotencia y frigidez, respuesta sexual inadecuada, disfunciones sexuales o disfunciones psicosexuales).

B.1.2.1. Patologías de la fase de respuesta sexual en el varón.

B.1.2.1.1. Ausencia de las fases de excitación y/o meseta. Alteración en el fenómeno de tumescencia penínea (conocida también como impotencia o disfunción eréctil).

B.1.2.1.2. Ausencia de las fases orgásmica y de resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y, consecuentemente, en el fenómeno de detumescencia (conocida como incompetencia eyacular o disfunción eyacular).

B.1.2.2. Patologías de la fase de la respuesta sexual en la mujer.

B.1.2.2.1. Ausencia de las fases: excitación, meseta, orgásmica y resolutiva. Alteración en el fenómeno de tumescencia y, en consecuencia, en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y de detumescencia, “ni me excito ni acabo” (conocida como frigidez o disfunción orgásmica tipo I).

B.1.2.2.2. Ausencia de las fases: orgásmica y resolución. Alteración en el fenómeno de contractibilidad orgásmica y, consecuentemente, en el de detumescencia, “me excito y no acabo” (conocida como disfunción orgásmica tipo II).

B.1.2.3. Alteración muscular vulvar durante la fase de excitación. Se describen 2 tipos de entidades:

B.1.2.3.1. Contracción hipertónica de los músculos pubococcígeos, conocida como vaginismo.

B.1.2.3.2. Contracción hipotónica de los músculos pubococcígeos, conocida como debilidad pubococcígea.

B.1.2.4. Alteración vascular vaginal durante la fase de excitación. Se observan 2 tipos:

B.1.2.4.1. Exceso de lubricación vaginal, conocida como “mujer mojada, empapada”.

B.1.2.4.2. Déficit de lubricación vaginal, conocido como “mujer seca”.

B.1.3. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual. Se consideran como una categoría diferente debido a que todos los cambios anatomo-hormono-neurovásculo-endoteliales que subyacen en el proceso de activación de la unidad situación/estímulo-respuesta sexual, están preservados; la patología se refiere a la alteración en el tiempo de funcionamiento que consume el mencionado proceso (en otras clasificaciones incluidas entre las disfunciones sexuales o trastornos psicosexuales).

B.1.3.1. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en el varón.

B.1.3.1.1. Tiempo excesivamente rápido, conocido como eyaculación rápida, eyaculación precoz, eyaculación prematura.

B.1.3.1.2. Tiempo excesivamente lento, conocido como eyaculación retardada.

B.1.3.2. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual en la mujer.

B.1.3.2.1. Tiempo excesivamente rápido, conocido como orgasmo prematuro.

B.1.3.2.2. Tiempo excesivamente lento, conocido como orgasmo retardado.

B.2. En la pareja.

B.2.1. Patologías de la fase de la situación/estímulo sexual en la pareja. La característica principal es la necesidad persistente, objetiva o imaginaria, de utilizar una situación/estímulo sexual específica para activar la función sexual en la pareja (clasificadas erróneamente o no descritas en otras clasificaciones).

Como la fase de la situación/estímulo sexual posee 3 factores que la determinan, la especificidad puede estar localizada en cada uno de ellos.

B.2.1.1. Patologías en la pareja de la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: administrador específico. La especificidad se refiere a una persona u objeto exclusivo.

B.2.1.1.1. Síndrome de disfunción sexual tipo I. Individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con otra persona distinta a su compañero/a habitual (legalizado o no).

B.2.1.1.2. Síndrome de disfunción sexual tipo II. Individuos que refieren la incapacidad de ejercer la función sexual con su compañero/a habitual pero no así con otras personas.

B.2.1.2. Patologías en la pareja de la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: método específico. La especificidad se refiere a un método en especial.

B.2.1.2.1. Disfunción orgásmica costal. Individuos que refieren la incapacidad de obtener orgasmo durante el ejercicio coital, no así de otra forma.

B.2.1.2.2. Disfunción orgásmica masturbatoria. Individuos que refieren incapacidad de obtener un orgasmo durante la manipulación de sus genitales por parte de su pareja, no así de otras formas.

B.2.1.2.3 Síndrome de pobre ajuste coital (apraxia coital). Individuos que refieren ejercicio coital deficitario debido a una incoordinación de los movimientos pélvicos en la pareja durante el coito.

B.2.1.3. Patología en la pareja de la fase de la situación/estímulo sexual. Factor: frecuencia sexual específica.

B.2.1.3.1. Síndrome de incompatibilidad de frecuencia de funcionamiento sexual (conocido también como disronaxia sexual). Se caracteriza porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia dispar.

B.2.1.3.2. Síndrome de disparidad tiempo/frecuencia. Se caracteriza porque los miembros de la pareja poseen una frecuencia igual, pero a destiempo, no coincidentes (conocido como síndrome Chacón: “cuando ella desea yo no y viceversa”).

B.2.2. Patologías de la fase de la respuesta sexual. La característica principal es la presencia de una patología de respuesta sexual (vaginismo, disfunción eréctil) en uno de los miembros de la pareja. El otro miembro de la pareja, el cual funciona sin dificultad, desarrolla una patología en la fase de la respuesta sexual como consecuencia de la interacción prolongada (de 6 meses como mínimo) con su pareja.

B.2.2.1. Síndrome de la disfunción sexual de la pareja. Clínicamente se ha observado que el compañero de la mujer con vaginismo desarrolla disfunción eréctil; en el varón con disfunción eréctil, su compañera desarrolla disfunción orgásmica; en la mujer con disfunción orgásmica, su compañero desarrolla disfunción eréctil; en el varón con eyaculación rápida, su compañera desarrolla una frecuencia de funcionamiento excesivamente baja.

B.2.2.2. Matrimonio no consumado. Es un síndrome donde la pareja no puede consumar el acto coital debido, en la mayoría de los casos, a que la mujer presenta un vaginismo y su compañero desarrolla una disfunción eréctil. A veces, el varón presenta una eyaculación rápida severa que le imposibilita el coito. En ambos casos, no se puede consumar el acto coital por períodos prolongados, meses y años. La relación afectiva en la pareja está preservada.

B.2.3. Patologías del tiempo de funcionamiento sexual. La característica principal es la presencia de un tiempo de funcionamiento sexual dispar cuando se ejerce la función sexual con la pareja habitual, dicho problema no se presenta en el tiempo de funcionamiento sexual cuando se está con otro/a persona.

B.2.3.1. Síndrome de incompatibilidad del tiempo de funcionamiento sexual. Ambos miembros de la pa-

reja refieren un tiempo de funcionamiento sexual operativo; sin embargo, cuando ejercen la función sexual, el varón es más rápido que la mujer, o viceversa, ello repercute en el ejercicio de la función sexual y posteriormente en la estabilidad de la pareja.

### Otras patologías en sexología

En esta sección se incluyen las patologías en sexología que no aparecen descritas en las categorías antes mencionadas.

- C. Otras patologías del sexo y de la función sexual.
  - C.1. Aversiones sexuales (fobia sexual). Rechazo extremo, persistente y recurrente a la actividad sexual.
  - C.2. Dispareunia. Dolor durante o después del coito.
  - C.3. Orgasmo doloroso. Dolor durante el orgasmo.
  - C.4. Síndrome de Koro (pene menguante. Temor a la invaginación de los genitales).
  - C.5 Priapismo. Erección persistente y dolorosa.
  - C.6. Dolor masturbatorio. Dolor durante el autoejercicio de la función sexual.
  - C.7. Anhedonia orgásmica. Ausencia de placer durante el orgasmo.
  - C.8. Cefalea poscoital. Dolor de cabeza después del coito.
  - C.9. Incapacidad para el cortejo. Ausencia de habilidades durante el acercamiento y la intimidad.
  - C.10. Euforia poscoital. Euforia y elación después del coito.
  - C.11. Síndrome de excitación sexual persistente. Excitación persistente en ausencia de factores que la motiven.
  - C.12. Síndrome de congestión pélvica. Congestión pélvica acompañada de dolor.
  - C.13. Síndrome de pene pequeño. Percepción incorrecta de tener el pene pequeño.
  - C.14. Síndrome de rechazo sexual por repelentes sexuales. Suspensión súbita de la función sexual por la aparición de un repelente sexual.

### CONCLUSIONES

Se ha hecho referencia a algunas de las más importantes y reseñadas clasificaciones de los trastornos de la sexualidad. Su estudio pone de manifiesto que quedan muchos flecos por cubrir y algunos acuerdos por llevar a cabo hasta configurar un modelo que cubra las distintas patologías de forma consensuada. Todo ello, sin olvidar que, aunque para la comunicación entre profesionales y llevar a cabo estudios de prevalencia, las clasificaciones se hacen imprescindibles; en la práctica clínica no se debe caer en la reificación, es decir, en ajustar cualquier caso de la forma que sea a alguno de los epígrafes establecidos, siendo lo más importante determinar cuáles han sido los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.

### Bibliografía

1. World Health Organization. ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR. Washington DC: APA; 2000.
3. Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:614-9.
4. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III. Washington, DC: APA; 1980.
5. Schover LR, Lopiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunction of sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1982;8:179-97.
6. Mira JJ. Clasificación de las disfunciones sexuales. Alternativas al DSM. *C Med Psicosom Sex*. 1987;3:11-21.
7. Rubio E, Díaz J. Problemas de la sexualidad. En: Consejo Nacional de Población, editor. *Antología de la sexualidad humana*. Vol III. México: Consejo Nacional de Población; 1994.
8. Carrobles JA, Sanz A. *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresarial; 1991.
9. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-9.
10. Bianco F. *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*. Caracas: Ediciones CIPV; 1988.
11. XIV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual. Guayaquil (Ecuador) Guayaquil. 14 septiembre 2008.