

# Trastornos sexuales y de la identidad sexual

En esta sección se describen las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual. Las **disfunciones sexuales** se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (p. ej., deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (p. ej., disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (p. ej., dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

Las **parafilias** se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las parafilias incluyen el exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el fetichismo transvestista, el voyeurismo, y la parafilia no especificada.

Los **trastornos de la identidad sexual** se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

El **trastorno sexual no especificado** se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas. Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas.

## Trastornos sexuales

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. *Deseo*: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. *Excitación*: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia

peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.

3. *Orgasmo*: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. *Resolución*: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual, deben registrarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras «persistente, recurrente o recidivante» en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico. Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.

### *Subtipos*

Se describen una serie de subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Si hay varios trastornos sexuales, es necesario indicar cada uno de los subtipos. Estos subtipos no deben aplicarse al diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual, puede utilizarse uno de los siguientes subtipos:

**De toda la vida.** Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

**Adquirido.** Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un período de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

**General.** Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

**Situacional.** Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. Aunque en la mayoría de los casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja, en otros puede ser apropiado identificar las disfunciones que se presentan durante la masturbación.

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

**Debido a factores psicológicos.** Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.

**Debido a factores combinados.** Este subtipo se ha descrito cuando: 1) los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y 2) la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica (pág. 528) y/o trastorno sexual inducido por sustancias (pág. 532).

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El juicio clínico sobre la presencia de un trastorno sexual debe tener en cuenta la raza, la cultura, la religión y el entorno social del individuo, ya que pueden influir en el deseo sexual, en las expectativas y en las actitudes sobre la actividad sexual. Por ejemplo, en algunas culturas se da menos importancia al deseo sexual de la mujer (especialmente si la fertilidad es la preocupación principal). El proceso de envejecimiento puede ir asociado a una disminución del interés y de la actividad sexual (especialmente en varones), pero hay diferencias muy amplias entre los individuos.

### *Prevalencia*

Hay muy pocos datos epidemiológicos sistemáticos referentes a la prevalencia de los diversos trastornos sexuales, y muestran una gran variabilidad, muy probablemente debido a las diferencias de los métodos de valoración, las definiciones empleadas y las características de la población estudiada.

### *Diagnóstico diferencial*

Si un trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica específica, el diagnóstico debe ser **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (pág. 528). Para ello es necesario basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Si el trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de drogas, de fármacos o de exposición a tóxicos, el diagnóstico debe ser **trastorno sexual inducido por sustancias** (pág. 532). El clínico debe interrogar detenidamente sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias, fármacos incluidos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (p. ej., en las primeras 4 semanas) de la intoxicación por alguna sustancia o después de la ingestión de algún fármaco pueden ser especialmente indicativos de un trastorno sexual inducido por sustancias según el tipo, la cantidad o la duración de la sustancia consumida.

Si el clínico sabe con certeza que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, deben efectuarse los dos diagnósticos (trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias). El diagnóstico de trastorno

sexual con subtipo **debido a factores combinados** debe establecerse si la combinación de factores psicológicos con una enfermedad médica o con el consumo de una sustancia desempeña un papel etiológico en la enfermedad, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno. Cuando el clínico no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe establecerse el diagnóstico de **trastorno sexual no especificado**.

No debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual si la disfunción se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., si la disminución del deseo sexual se produce exclusivamente en el contexto de un episodio depresivo mayor). Sin embargo, si la alteración de la función sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente, puede establecerse el diagnóstico adicional de trastorno sexual. De manera habitual, cuando aparece un trastorno sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual), se observarán asimismo otros trastornos sexuales (p. ej., deseo sexual hipoactivo). En estos casos, todos ellos deben diagnosticarse. Puede coexistir un **trastorno de la personalidad** con un trastorno sexual; en este caso, el trastorno debe registrarse en el Eje I y el trastorno de la personalidad, en el Eje II. Cuando otro problema clínico, como un **problema relacional**, se asocia a una alteración de la función sexual, debe diagnosticarse el trastorno sexual y el problema clínico ha de incluirse también en el Eje I. Las alteraciones eventuales del deseo sexual, de la excitación o del orgasmo, que no sean persistentes ni recurrentes o no vayan acompañadas de malestar intenso o dificultades interpersonales, no se consideran trastornos sexuales.

### *Trastornos del deseo sexual*

#### **F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71]**

##### *Características diagnósticas*

La característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales (Criterio B); no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C). El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta (p. ej., el coito, pero no la masturbación). Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes, cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja o las necesidades de tipo no sexual (p. ej., placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales. Debido a la falta de información sobre el papel de la edad y el sexo, respecto a la frecuencia o al grado de deseo sexual, el diagnóstico debe establecerse según el juicio clínico del médico, basándose en las características individuales, los determinantes interpersonales, el tipo de vida y el entorno cultural. El clínico puede requerir el examen de los dos miembros de la pareja cuando las diferencias en el deseo sexual obligan a la petición de atención profesional. La «disminución del deseo sexual» de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro. De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad, pero en los polos opuestos del *continuum*.

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del deseo sexual hipoactivo (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

La disminución del interés por el sexo va frecuentemente asociada a problemas de excitación sexual o a dificultades para llegar al orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo. Sin embargo, existen individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual. Las enfermedades médicas pueden producir un efecto deletéreo no específico sobre el deseo sexual debido a debilidad, dolor, problemas con la imagen corporal o a preocupaciones sobre la supervivencia. Muy a menudo, los trastornos depresivos se asocian a una disminución del deseo sexual; el inicio de la depresión puede preceder, coexistir o ser la consecuencia del escaso interés por el sexo. Los individuos con deseo sexual hipoactivo pueden tener dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales estables, así como insatisfacción matrimonial y problemas de separación.

### *Curso*

La edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida es la pubertad. Con más frecuencia, el trastorno se presenta en la vida adulta (después de un período de interés sexual normal) en relación con malestar psicológico, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales. La pérdida del deseo sexual puede ser continua o episódica según los factores psicológicos o relacionales. En algunos individuos aparece un patrón fijo de falta de deseo sexual siempre que deba hacerse frente a los problemas relacionados con la intimidad y con los compromisos.

### *Diagnóstico diferencial*

El deseo sexual hipoactivo debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Cuando el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (v. pág. 528), el diagnóstico más apropiado sería trastorno sexual debido a enfermedad médica. Esta decisión se basa en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Algunas enfermedades médicas, como las alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas, pueden alterar específicamente los sustratos fisiológicos del impulso sexual. Las anomalías de la biodisponibilidad total de testosterona y prolactina pueden indicar la presencia de trastornos hormonales responsables de la pérdida de deseo sexual. Cuando hay un deseo sexual hipoactivo y una enfermedad médica, pero se sabe que el trastorno sexual no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de este trastorno, es necesario efectuar el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores. A diferencia del deseo sexual hipoactivo, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se produce exclusivamente por los efectos directos de una sustancia (p. ej., medicación antihipertensiva, drogas) (v. pág. 532). Cuando se observa un deseo sexual hipoactivo junto al consumo de sustancias, pero se sabe que el tras-

torno sexual no está producido exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de la sustancia en particular, entonces debe efectuarse el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores. Cuando la disminución del deseo sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica y al uso de sustancias, es necesario entonces efectuar el diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El deseo sexual hipoactivo puede asimismo presentarse asociado a otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno de la erección en el varón), y en este caso deben establecerse ambos diagnósticos. Generalmente, no es necesario efectuar el diagnóstico adicional de deseo sexual hipoactivo si la disminución del deseo sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático). El diagnóstico adicional puede ser apropiado si la disminución del deseo antecede al trastorno del Eje I o es objeto independiente de atención clínica. Los problemas eventuales del deseo sexual que no son persistentes o recurrentes o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal no se consideran deseo sexual hipoactivo.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de falta o pérdida de deseo sexual.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71]**

- A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

## F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B) y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) (Criterio C). El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (p. ej., secreciones genitales, penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno por aversión al sexo (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

Existen individuos con formas graves de este trastorno que, ante una situación de tipo sexual, pueden sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terror, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultades para respirar. Las relaciones interpersonales pueden estar gravemente afectadas (p. ej., insatisfacción matrimonial). Estas personas pueden evitar las situaciones de tipo sexual o los compañeros sexuales mediante estrategias de distinto tipo (p. ej., acostándose pronto, viajando, descuidando el aspecto externo, tomando sustancias o volcándose excesivamente en actividades familiares, sociales y laborales).

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno por aversión al sexo puede aparecer también asociado a otras disfunciones sexuales (p. ej., dispareunia). Cuando esto se produce, debe indicarse la presencia de los dos trastornos. Generalmente no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno por aversión al sexo si la aversión se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático). El diagnóstico adicional tendrá que realizarse si la aversión antecede al trastorno del Eje I o es objeto de atención clínica independiente. A pesar de que la aversión sexual puede cumplir técnicamente los criterios de **fobia específica**, no debe efectuarse este diagnóstico adicional. La **aversión sexual ocasional** no persistente ni recidivante, o la que no va acompañada de malestar intenso o dificultades en las relaciones interpersonales, no se considera trastorno por aversión al sexo.

**Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 difieren de los criterios diagnósticos del DSM-IV en varios aspectos. A diferencia del DSM-IV, que limita este trastorno a la aversión o evitación de contacto sexual y genital, la CIE-10 también recoge las presentaciones clínicas caracterizadas por actividad sexual que da lugar a «sentimientos fuertemente negativos e incapacidad para experimentar cualquier tipo de placer». Además, la CIE-10 excluye los casos en que esta aversión es debida a la ansiedad que produce la propia práctica de relaciones sexuales. Finalmente, la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.

■ **Criterios para el diagnóstico de F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]**

- A. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual).

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

*Trastornos de la excitación sexual*

**F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer [302.72]**

*Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual (Criterio A). La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefac-

ción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluso fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno de la excitación sexual en la mujer (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

Algunas pruebas sugieren que el trastorno de la excitación sexual en la mujer se acompaña a menudo de trastornos del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteraciones de las relaciones sexuales y matrimoniales.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno de la excitación sexual en la mujer debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a enfermedad médica**. El diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica, siempre que el trastorno esté producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de este trastorno (p. ej., disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia o la posmenopausia, vaginitis atrófica, diabetes mellitus, radioterapia de la pelvis) (v. pág. 528). Se ha descrito asimismo una reducción de la lubricación durante el período de lactancia. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Si coexisten el trastorno de la excitación sexual en la mujer y una enfermedad médica, pero el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de esta última, debe efectuarse entonces el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno de excitación sexual en la mujer, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se debe sólo a los efectos fisiológicos directos del consumo de la sustancia (p. ej., lubricación disminuida producida por antihipertensivos o antihistamínicos) (v. pág. 532). Cuando coexisten el trastorno de excitación sexual en la mujer y el consumo de sustancias, debe establecerse el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

Cuando los trastornos de la excitación son debidos exclusivamente a los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias, deben efectuarse entonces los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a enfermedad médica.

El trastorno de la excitación sexual en la mujer puede presentarse junto con otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno orgásmico femenino). Si esto ocurre, deben anotarse ambos trastornos. No debe establecerse el diagnóstico adicional de trastorno de la excitación sexual en la mujer si la alteración se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático). El diagnóstico debe efectuarse si el trastorno de la excitación sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Los **trastornos ocasionales de la excitación sexual** no per-

sistentes o recidivantes que no se acompañan de malestar pronunciado o de dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastornos de la excitación sexual en la mujer. Tampoco es correcto efectuar un diagnóstico de este trastorno si la alteración de la excitación se debe a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de fracaso de la respuesta genital.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer [302.72]**

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### **F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]**

#### ***Características diagnósticas***

La característica esencial del trastorno de la erección en el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad

sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B). Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Existen diferentes patrones de trastorno eréctil. Algunos individuos explican la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio refieren que consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración. Algunas personas pueden obtener una erección suficiente para la penetración, pero la pierden (antes o durante los movimientos coitales); otras son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana al levantarse. Las erecciones que se producen durante la masturbación pueden asimismo desaparecer, pero no es habitual que esto suceda.

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno de la erección en el varón (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

Las dificultades eréctiles del trastorno de la erección en el varón se asocian frecuentemente a ansiedad sexual, miedo, fracaso, preocupaciones sobre el funcionamiento y a una disminución de la percepción subjetiva de la excitación sexual y del placer. El trastorno de la erección puede afectar las relaciones matrimoniales o sexuales y ser la causa de matrimonios no consumados y de infidelidad. Este trastorno puede ir asociado a deseo sexual hipoactivo y a eyaculación precoz. A menudo, los individuos con trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias refieren problemas de excitación sexual.

### *Curso*

Las diversas formas de trastorno de la erección en el varón presentan diferente curso, y la edad de inicio varía de manera sustancial. Los pocos individuos que nunca han sido capaces de tener una erección de intensidad suficiente como para llevar a cabo el acto sexual completo padecen un trastorno crónico para toda la vida. Los casos que son adquiridos remiten espontáneamente en un 15-30 % de las veces. Los casos de tipo situacional pueden depender del tipo de compañero o de la intensidad o calidad de la relación y son de tipo episódico, con recurrencias frecuentes.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno de la erección en el varón debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. El diagnóstico correcto sería el de trastorno sexual debido a una enfermedad médica si el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., diabetes mellitus, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, neuropatía periférica, trastorno vascular periférico, lesión medular, alteraciones del sistema nervioso vegetativo producidos por radiación o cirugía) (v. pág. 528). Esta decisión debe basarse en la historia clínica (p. ej., afec-

tación de la erección durante la masturbación), en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Los estudios sobre la tumescencia nocturna del pene permiten averiguar si se producen erecciones durante la noche, lo cual puede ser de utilidad a la hora de diferenciar los trastornos primarios de la erección del trastorno de la erección en el varón debido a una enfermedad médica. La tensión arterial del pene, los registros de las ondas del pulso y los estudios con ultrasonidos pueden detectar una afectación del mecanismo de la erección de tipo vascular. Los procedimientos de tipo invasivo, como son las pruebas farmacológicas intracorpóreas o la angiografía, pueden revelar la presencia de problemas de flujo arterial. Mediante la cavernografía es posible evaluar el estado venoso. Cuando se produce un trastorno de la erección en el varón junto con una enfermedad médica, pero se sabe que la disfunción eréctil no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de este trastorno, debe efectuarse entonces el diagnóstico de trastorno de la erección en el varón debido a factores combinados.

El **trastorno sexual inducido por sustancias** se diferencia del trastorno de la erección en el varón por el hecho de que el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., fármacos antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos, drogas) (v. pág. 532). Cuando coinciden el trastorno de la erección y el consumo de sustancias, pero el trastorno eréctil no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de esta sustancia, debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la erección en el varón debido a factores combinados.

Cuando los problemas en la excitación sexual son debidos exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias, entonces es necesario efectuar el diagnóstico de trastorno sexual debido a una enfermedad médica o al consumo de sustancias.

El trastorno de la erección en el varón puede presentarse junto a otro trastorno sexual (p. ej., eyaculación precoz). En este caso, deben anotarse ambos trastornos. Generalmente, no debe efectuarse un diagnóstico adicional de trastorno de la erección en el varón si el trastorno sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo). El diagnóstico adicional debe realizarse cuando el trastorno sexual antecede al trastorno del Eje I o cuando constituye objeto de atención clínica independiente. Los **trastornos de la erección ocasionales** que no son persistentes ni recidivantes o no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastorno de la erección en el varón. Asimismo, tampoco es correcto diagnosticar esta alteración si el trastorno eréctil es debido a una estimulación sexual inapropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración. Los varones de edad requieren una estimulación mayor o durante más tiempo para obtener una erección completa. Estos cambios fisiológicos no deben considerarse un trastorno de la erección en el varón.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de fracaso de la respuesta genital.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]**

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72] (continuación)**

- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### *Trastornos orgásmicos*

#### **F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73] (antes orgasmo femenino inhibido)**

##### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

##### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno orgásmico femenino (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

No se ha observado asociación alguna entre rasgos específicos de personalidad o psicopatología y trastorno orgásmico en mujeres. El trastorno orgásmico en la mujer puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en las relaciones. Según estudios controlados, la capacidad orgásmica no se correlaciona con el tamaño de la vagina o con la fuerza de la musculatura pelviana. Aunque algunas mujeres que han sufrido lesiones medulares, extirpación de la vulva o escisiones y reconstrucciones vaginales manifiestan tener orgasmos, lo más frecuente es que presenten trastorno orgásmico. Sin embargo, enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer pélvico suelen alterar fundamentalmente la fase de excitación sexual, pero mantienen intacta la capacidad para experimentar orgasmo.

### *Curso*

Debido a que la capacidad orgásmica femenina aumenta con la edad, el trastorno orgásmico puede ser más prevalente en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos los trastornos orgásmicos han existido siempre y no son adquiridos. Cuando una mujer aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda esta capacidad, a no ser que exista una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático (p. ej., violación), un trastorno del estado de ánimo o una enfermedad médica. Cuando un trastorno orgásmico se produce solamente en circunstancias muy determinadas, suelen aparecer también alteraciones del deseo sexual o de la excitación. Muchas mujeres aumentan su capacidad para llegar al orgasmo, a medida que experimentan una amplia variedad de estimulaciones y adquieren mayor conocimiento de su propio cuerpo.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno orgásmico femenino debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Cuando este trastorno se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., lesión medular), el diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica (v. pág. 528). Esta decisión se basa en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Cuando se dan ambos trastornos, pero se sabe que el trastorno sexual no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, debe establecerse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno orgásmico femenino, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., antidepresivos, benzodiacepinas, neurolépticos, antihipertensivos, opiáceos) (v. pág. 532). Cuando el trastorno orgásmico coincide con el consumo de sustancias, pero se considera que no se debe únicamente a los efectos fisiológicos directos de éstas, debe establecerse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

Cuando la disfunción sexual se produce únicamente a causa de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El trastorno orgásmico femenino puede presentarse junto a otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer). Si esto es así, deben anotarse ambas alteraciones. Generalmente no se establece el diagnóstico adicional de trastorno orgásmico femenino si la dificultad para llegar al orgasmo se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del**

**Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor). Este diagnóstico adicional debe efectuarse cuando la dificultad antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Los problemas orgásmicos ocasionales que no son persistentes o recidivantes o que no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastorno orgásmico femenino. Tampoco debe establecerse este diagnóstico si los problemas son debidos a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para la disfunción orgásmica, aplicable tanto a varones como a mujeres.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73]**

- A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74] (antes orgasmo masculino inhibido)

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. A la hora de juzgar si el orgasmo se encuentra retrasado, el clínico debe tener en cuenta la edad del individuo y si la estimulación recibida es apropiada en cuanto al objeto, la intensidad y la duración (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C). En la forma más frecuente de trastorno orgásmico masculino el varón no consigue llegar al orgasmo durante el coito, pero puede eyacular con otros tipos de estimulación, por ejemplo, manual u oral. Algunos varones con este trastorno pueden llegar al orgasmo intravaginal, pero sólo después de un largo período de estimulación no coital. Otros pueden eyacular sólo durante la masturbación y otros llegan al orgasmo sólo en el momento de despertar tras un sueño erótico.

#### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno orgásmico masculino (v. descripciones en pág. 506).

#### *Síntomas y trastornos asociados*

Muchos varones que no llegan al orgasmo intravaginal explican sentir excitación al inicio de la relación, pero el coito se convierte gradualmente en algo más desagradable que placentero. Puede haber un patrón de excitación sexual de tipo parafílico. Cuando el varón oculta a su mujer la imposibilidad de llegar al orgasmo intravaginal, la pareja puede presentar infertilidad de causa desconocida; el trastorno puede desencadenar alteraciones sexuales y conflictos matrimoniales. Los varones pueden llegar al orgasmo incluso cuando existen enfermedades vasculares o neurológicas que alteran la rigidez peneana. Tanto la sensación de orgasmo como las contracciones del músculo estriado durante ese momento permanecen intactas en varones a los que se ha extirpado la próstata y las vesículas seminales debido a neoplasias pélvicas. El orgasmo puede también aparecer, aunque no se expulse semen (p. ej., cuando hay una afectación de los ganglios simpáticos por cirugía o neuropatía periférica).

#### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno orgásmico masculino ha de diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. El diagnóstico correcto será el de trastorno sexual debido a una enfermedad médica si la alteración se considera debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., hiperprolactinemia) (v. pág. 528). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Las medidas del umbral sensitivo

pueden mostrar una reducción de la sensibilidad cutánea del pene debida a una enfermedad neurológica (p. ej., lesiones medulares, neuropatías sensoriales). Si coinciden el trastorno orgásmico masculino y la enfermedad médica, pero se considera que el trastorno sexual no se debe únicamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad, entonces el diagnóstico es trastorno orgásmico masculino debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno orgásmico masculino, el **trastorno sexual inducido por sustancias** es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., alcohol, opiáceos, antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos) (v. pág. 532). Si coinciden el trastorno orgásmico masculino y el consumo de sustancias, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, el diagnóstico es trastorno orgásmico masculino debido a factores combinados.

Si el trastorno sexual se considera debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica y al consumo de sustancias, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El trastorno orgásmico masculino puede aparecer junto con otro trastorno sexual (p. ej., trastorno de la erección en el varón). En este caso deben anotarse ambos diagnósticos. Generalmente no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno orgásmico masculino si la dificultad para llegar al orgasmo se explica mejor por presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor). Se puede establecer un diagnóstico adicional cuando la dificultad para llegar al orgasmo antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Varios tipos de trastorno sexual deben diagnosticarse como **trastorno sexual no especificado** más que como trastorno orgásmico masculino (p. ej., eyaculación sin orgasmo placentero, orgasmo producido sin eyaculación de semen o con derrames, en lugar de descarga de semen).

Los **problemas orgásmicos ocasionales**, que no son persistentes o recidivantes o no se acompañan de malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se consideran trastorno orgásmico masculino. A medida que los varones envejecen, pueden necesitar un período de estimulación más largo para llegar al orgasmo. El clínico debe asimismo cerciorarse de que se produce una estimulación de suficiente intensidad como para alcanzarlo.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para el trastorno orgásmico, aplicable tanto a varones como a mujeres.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74]**

- A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74] (continuación)**

- C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

## F52.4 Eyaculación precoz [302.75]

### *Características diagnósticas*

La característica esencial de la eyaculación precoz consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Criterio A). El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia reciente de la actividad sexual. La mayoría de los varones con este trastorno pueden retrasar el orgasmo durante la masturbación por un período de tiempo más largo que durante el coito. La estimación por parte de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, así como la opinión de si la eyaculación precoz constituye un problema pueden ser muy variables. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos) (Criterio C).

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) de la eyaculación precoz (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

Al igual que otros trastornos sexuales, la eyaculación precoz puede crear conflictos en una relación amorosa. Algunos varones solteros dudan a la hora de empezar nuevas relaciones debido al miedo producido por el trastorno. Esto puede contribuir al aislamiento social.

### *Curso*

Una gran parte de los varones jóvenes aprenden a retrasar el orgasmo a lo largo de los años y a medida que tienen más experiencia, pero algunos continúan presentando eyaculación precoz y suelen buscar ayuda médica. Algunos individuos pueden retrasar la eyaculación en las relaciones de larga duración, pero sufren eyaculación precoz cuando tienen una nueva pareja. Habitualmente, la eyaculación precoz se observa en varones jóvenes y se inicia en las primeras relaciones. Sin embargo, existen personas que pierden la capacidad de retrasar el orgasmo después de un período de actividad sexual normal. Cuando esto se produce, el contexto suele ser a menudo la disminución de la frecuencia de la actividad sexual, la ansiedad producida por una nueva pareja o la pérdida del control de la eyaculación relacionada con la dificultad para conseguir o mantener una erección. Algunos varones que han dejado de tomar alcohol de manera regular pueden sufrir eyaculación precoz, ya que confiaban en la bebida para retrasar el orgasmo, en lugar de aprender nuevos comportamientos.

### *Diagnóstico diferencial*

La eyaculación precoz debe diferenciarse del **trastorno eréctil relacionado con la aparición de una enfermedad médica** (v. pág. 528). Algunos individuos con trastorno eréctil pueden suprimir las estrategias habitualmente utilizadas para retrasar el orgasmo. Otros necesitan una estimulación no coital prolongada con el fin de obtener el grado de erección suficiente para la penetración. En estas personas, la excitación sexual puede ser tan intensa que la eyaculación se produzca inmediatamente. Los **problemas ocasionales de eyaculación precoz** que no son persistentes ni recidivantes o que no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran eyaculación precoz. El clínico debe asimismo tener en cuenta la edad del individuo, su experiencia sexual, la actividad sexual actual y la familiaridad con la pareja. Cuando la eyaculación precoz se debe exclusivamente al consumo de sustancias (p. ej., abstinencia de opiáceos), puede diagnosticarse **trastorno sexual inducido por sustancias** (v. pág. 532).

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la eyaculación precoz prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.

#### ■ Criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyaculación precoz [302.75]

- A. Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyaculación precoz [302.75]**  
(continuación)

de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos).

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### *Trastornos sexuales por dolor*

#### **F52.6 Dispareunia [302.76]** **(no debida a una enfermedad médica)**

##### *Características diagnósticas*

La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito (Criterio A). A pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a varones como a mujeres. En éstas el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). No es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de trastorno del Eje I (excepto por otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) de la dispareunia (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

La dispareunia es un trastorno infrecuente en los centros de salud mental. Los individuos que presentan este trastorno habitualmente buscan ayuda médica en los centros de asistencia primaria. La exploración física no muestra generalmente ningún tipo de anormalidad. El dolor genital experimentado en el coito puede comportar la evitación de las relaciones sexuales, su alteración o limitar posibles nuevas relaciones.

### *Curso*

La poca información de que se dispone sugiere que el curso de la dispareunia tiende a ser crónico.

### *Diagnóstico diferencial*

La dispareunia debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (v. pág. 528). El diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica si se considera que la disfunción es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., infecciones, tejido cicatrizal de la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal posmenopáusica, deprivación temporal de estrógenos durante la lactancia, irritaciones o infecciones del tracto urinario, enfermedades gastrointestinales). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio o en la exploración física. Si coincide la dispareunia y una enfermedad médica, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad debe establecerse el diagnóstico de dispareunia debida a factores combinados.

A diferencia de la dispareunia, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se considera que se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (v. pág. 532). Sustancias como la flufenacina, la tioridacina y la amoxapina pueden hacer que el orgasmo resulte doloroso. Cuando hay dispareunia y consumo de sustancias, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de su consumo, debe diagnosticarse dispareunia debida a factores combinados.

Cuando se considera que el dolor sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias, hay que efectuar los diagnósticos de trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

No debe diagnosticarse dispareunia si está causada únicamente por vaginismo o por ausencia de lubricación. Generalmente no se realiza el diagnóstico adicional de dispareunia si el trastorno sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno de somatización). El diagnóstico adicional debe efectuarse cuando la dificultad para llegar al orgasmo antecede al trastorno del Eje I o es objeto de atención clínica independiente. La dispareunia puede, asimismo, aparecer junto con otros trastornos sexuales (al margen del vaginismo), y, si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben codificarse ambos. El **dolor ocasional durante el coi-**

to no persistente ni recidivante, o no acompañado de malestar acusado o de dificultad en las relaciones interpersonales, no se considera dispareunia.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de dispareunia no orgánica.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F52.6 Dispareunia [302.76]**

- A. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### **F52.5 Vaginismo [306.51] (no debido a una enfermedad médica)**

#### ***Características diagnósticas***

La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos

tos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio C). En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración).

### *Subtipos*

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del vaginismo (v. descripciones en pág. 506).

### *Síntomas y trastornos asociados*

Es posible que las respuestas sexuales (p. ej., deseo, placer, capacidad orgásmica) no estén afectadas, a no ser que se produzca o se piense en la penetración. El obstáculo físico debido al espasmo impide generalmente el coito. Por esta razón el trastorno puede limitar la actividad sexual y afectar las relaciones. Ha habido casos de matrimonios no consumados y de infertilidad asociados a este trastorno. El diagnóstico se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen pélvico es una contracción de la abertura vaginal. En algunos casos la intensidad del espasmo puede ser tan aguda o prolongada que llega a producir dolor. Sin embargo, en algunas mujeres el vaginismo aparece sólo durante la actividad sexual, pero no durante la exploración ginecológica. El trastorno se observa más frecuentemente en mujeres jóvenes, en mujeres con actitud negativa hacia el sexo y en mujeres que tienen historia de abusos o traumas de tipo sexual.

### *Curso*

El vaginismo de toda la vida tiene habitualmente un inicio repentino, se manifiesta durante los primeros intentos de penetración sexual por parte de la pareja o durante el primer examen ginecológico. Una vez que ha aparecido el trastorno, el curso es generalmente crónico, a no ser que mejore con el tratamiento. El vaginismo adquirido puede también aparecer de repente, en respuesta a un trauma sexual o a una enfermedad médica.

### *Diagnóstico diferencial*

El vaginismo ha de diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (v. pág. 528). El diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica si el trastorno se considera debido únicamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad específica (p. ej., endometriosis o infección vaginal). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. El vaginismo puede permanecer como un problema residual después de la resolución de una enfermedad médica. Cuando coincide el vaginismo con la enfermedad médica, pero se considera que los espasmos vaginales no se deben exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad, hay que realizar el diagnóstico de vaginismo debido a factores combinados.

El vaginismo puede también aparecer junto a otro trastorno sexual (p. ej., deseo sexual hipactivo). Si esto se produce, ambos trastornos deben registrarse. Aunque en el vaginismo puede aparecer dolor durante el coito, no debe efectuarse el diagnóstico adicional de **dispareunia**. Tam-

poco se establece este diagnóstico si los espasmos vaginales se explican por **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno de somatización). El diagnóstico adicional puede efectuarse cuando los espasmos vaginales anteceden al trastorno del Eje I o constituyen objeto de atención clínica independiente.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de vaginismo no orgánico.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F52.5 Vaginismo [306.51]**

- A. Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

**De toda la vida**  
**Adquirido**

*Especificar tipo:*

**General**  
**Situacional**

*Especificar:*

**Debido a factores psicológicos**  
**Debido a factores combinados**

### **Trastorno sexual debido a una enfermedad médica**

#### ***Características diagnósticas***

La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusa-

do o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor) (Criterio C).

A la hora de determinar si el trastorno sexual es debido únicamente a una enfermedad médica, ante todo, el clínico debe verificar la existencia de la enfermedad y, a continuación, averiguar si el trastorno se encuentra relacionado etiológicamente con ella a través de algún mecanismo fisiológico. Para establecer esta relación es necesario valorar, de manera extensa y detenida, múltiples factores. A pesar de que no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno sexual y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una de ellas es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual; otra es la presencia de rasgos poco habituales de un trastorno sexual primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico). La literatura existente sobre la posible asociación entre una enfermedad médica y la aparición de un trastorno sexual también ayuda en algunos casos. Además, el clínico tiene que juzgar si la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual primario, un trastorno sexual inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo mayor). Estas opciones se tratan más detalladamente en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (v. pág. 171).

Por otra parte, se establece el diagnóstico de trastorno sexual con el subtipo «debido a factores combinados» cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y la enfermedad médica o alguna sustancia desempeña un papel etiológico, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno.

### Subtipos

El código diagnóstico y el término para un trastorno sexual debido a una enfermedad médica se selecciona basado en el trastorno sexual predominante. Los términos enumerados a continuación deben emplearse en vez del de «trastorno sexual debido a una enfermedad médica».

**N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica) [625.8].** Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

**N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

**N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [607.84].** Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.

**N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) [625.0].** Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

**N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

**N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) [625.8].** Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

**N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

### *Procedimiento de tipificación*

Al registrar el diagnóstico de trastorno sexual debido a una enfermedad médica, el clínico debe especificar en el Eje I tanto la fenomenología específica del trastorno (de la lista anterior) como la enfermedad médica considerada como causa de la disfunción (p. ej., N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]). El código diagnóstico también se anota en el Eje III (p. ej., E10.4 Diabetes mellitus [250.0]).

### *Enfermedades médicas asociadas*

Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales: enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal), enfermedades endocrinológicas (p. ej., diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper-hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias), enfermedades vasculares y genitourinarias (p. ej., trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones posprostatectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, infecciones vaginales y de los genitales externos, complicaciones posquirúrgicas como cicatrices de la episiotomía, vagina reducida, cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pélvicas, neoplasias). La experiencia clínica actual indica que el trastorno sexual debido a enfermedad médica es muy frecuente. Los hallazgos de la exploración física, de las pruebas de laboratorio, la prevalencia y el inicio de la enfermedad reflejan el papel etiológico de la enfermedad.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno sexual debido a enfermedad médica debe diagnosticarse solamente si se puede explicar de manera completa por los efectos directos de una enfermedad médica. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, el diagnóstico es **trastorno sexual primario** (con el subtipo **debido a factores combinados**). A la hora de determinar si el trastorno sexual es primario o debido exclusivamente a los efectos directos de una enfermedad médica, el componente más importante de la evaluación es una historia clínica y psicosexual lo más completa posible. En los varones es útil estudiar la tumescencia peneana nocturna, realizar pruebas de tipo vascular e inyectar estimuladores tisulares. En las mujeres es importante el examen ginecológico detallado, especialmente en los trastornos sexuales por dolor. Las exploraciones neurológicas y las endocrinas son de utilidad tanto en los varones como en las mujeres.

Cuando hay pruebas de consumo de una sustancia (reciente o prolongado) (fármacos incluidos), de abstinencia de una sustancia o de exposición a un tóxico, y el trastorno sexual se explica en su totalidad por los efectos directos de la sustancia, debe diagnosticarse **trastorno sexual inducido por sustancias**. El clínico ha de interrogar detenidamente sobre la naturaleza y la magnitud del consumo de las sustancias, incluso los fármacos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (p. ej., en un período de 4 semanas) de la intoxicación por sustancias o después del consumo de fármacos pueden ser especialmente indicativos de disfunción sexual inducida por sustancias, dependiendo del tipo o la cantidad de la sustancia usada o de la duración de su consumo.

Si el clínico se ha asegurado de que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, entonces cabe efectuar ambos diagnósticos (p. ej., trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias).


El deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la excitación y, en menor medida, el trastorno orgásmico pueden presentarse como síntomas del **trastorno depresivo mayor**. En el trastorno depresivo mayor no puede demostrarse ningún mecanismo fisiopatológico causal específico y directo

asociado a una enfermedad médica. El trastorno sexual debido a una enfermedad médica debe diferenciarse de la **disminución del interés y de la actividad sexual asociada al paso de los años**.

### **Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

La CIE-10 no contiene criterios diagnósticos para el trastorno sexual debido a una enfermedad médica, ya que este trastorno viene recogido en el capítulo XIV, «Enfermedades del aparato genitourinario».

#### ■ **Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica)**

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
-  B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

*Seleccionar* el código y el término sobre la base del trastorno sexual predominante:

**N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica) [625.8].** Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente

**N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente

**N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [607.84].** Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante

**N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) [625.0].** Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito

**N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito

**N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) [625.8].** Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

**N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) [608.89].** Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

## Trastorno sexual inducido por sustancias

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos o exposición a tóxicos) (Criterio B). El trastorno no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias (Criterio C). Este diagnóstico se establece en vez del de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Para una información más detallada sobre los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 181.

El trastorno sexual inducido por sustancias se diferencia del trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno. Para el abuso de drogas, debe haber pruebas de la intoxicación a partir de la historia clínica, la exploración física y los hallazgos de laboratorio. Los trastornos sexuales inducidos por sustancias se producen solamente en asociación con su consumo, mientras que los trastornos sexuales primarios pueden aparecer antes del inicio de este consumo o durante la abstinencia. Los factores sugerentes de que el trastorno se explica mejor por un trastorno sexual primario son: persistencia de la disfunción durante un período de tiempo considerable (aproximadamente 1 mes) después de la intoxicación por sustancias; naturaleza excesiva de los síntomas teniendo en cuenta lo que cabría esperar dado el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo, o historia anterior de trastornos sexuales primarios.

### *Especificaciones*

Según el trastorno sexual predominante, se han seleccionado las siguientes especificaciones para el trastorno sexual inducido por sustancias. Aunque el cuadro clínico del trastorno sexual puede parecerse a uno de los trastornos sexuales primarios específicos, en el trastorno inducido por sustancias no se cumplen todos los criterios.

**Con alteración del deseo.** Esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o la disminución del deseo sexual.

**Con alteración de la excitación.** Esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración de la excitación sexual (p. ej., trastorno eréctil, alteración de la lubricación).

**Con alteración del orgasmo.** Esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración del orgasmo.

**Con dolor sexual.** Esta especificación se usa si el síntoma predominante es el dolor durante el coito.

Los trastornos sexuales inducidos por sustancias generalmente tienen su inicio durante la intoxicación por sustancias, y es necesario entonces señalarlo mediante la anotación **de inicio durante la intoxicación**.

### *Procedimiento de tipificación*

El nombre del trastorno sexual inducido por sustancias empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina), que se presume que es la causa de la disfunción sexual. El código diagnóstico se selecciona a partir de las clases de sustancias enumeradas en la lista de criterios. Para las sustancias que no se encuentran en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), debe usarse el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno va seguido del síntoma de presentación predominante (p. ej., F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína, con alteración de la excitación [292.89]). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel significativo en la aparición del trastorno sexual, cada uno debe clasificarse por separado (p. ej., F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol, con alteración de la excitación [291.8]; F19.8 Trastorno sexual inducido por fluoxetina, con alteración del orgasmo [292.89]). Si se considera que una sustancia es el factor etiológico, pero se desconoce su composición o el tipo de sustancias al que pertenece, debe usarse entonces la categoría F19.8 Trastorno sexual inducido por sustancias desconocidas [292.89].

### *Sustancias específicas*

Las disfunciones sexuales pueden aparecer asociadas a la **intoxicación** por las siguientes sustancias: alcohol, amfetamina y sustancias de acción similar; cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico de éstas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en ambos sexos. La disminución del interés por el sexo (ambos sexos), los trastornos de la excitación (ambos sexos) y los trastornos orgásmicos (más frecuentes en varones) pueden también estar producidos por fármacos prescritos a diario, como antihipertensivos, antagonistas de los receptores  $H_2$  de la histamina, antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, esteroides anabolizantes y antiepilépticos. El orgasmo doloroso puede producirse por flufenacina, tioridacina y amoxapina. Se han registrado casos de priapismo con clorpromacina, trazodona y clozapina, y con la inyección peleana de papaverina o prostaglandinas. Los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden provocar disminución del deseo sexual o trastornos de la excitación. Fármacos como los antihipertensivos o los esteroides anabolizantes pueden asimismo causar un estado de ánimo depresivo o irritable, además del trastorno sexual; en ese caso, es necesario realizar un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La experiencia clínica actual indica claramente que este tipo de trastorno sexual inducido por sustancias es bastante frecuente.

### *Diagnóstico diferencial*

Generalmente en las **intoxicaciones por sustancias** suelen aparecer trastornos sexuales. El diagnóstico de la intoxicación por una sustancia determinada será habitualmente suficiente para categorizar la presentación de los síntomas. Debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias sólo si el trastorno se considera excesivo respecto del que habitualmente se asocia al síndrome de intoxicación y si los síntomas son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia de un trastorno sexual, el diagnóstico es trastorno sexual primario (con el subtipo debido a factores combinados).

La disfunción sexual inducida por sustancias se diferencia del **trastorno sexual primario** por el hecho de que los síntomas se explican en su totalidad por los efectos directos de una sustancia (v. pág. 532).

El trastorno sexual inducido por sustancias debido al tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica ha de iniciarse mientras el enfermo toma el medicamento (p. ej., fármacos antihipertensivos). Al finalizar el tratamiento, el trastorno sexual desaparecerá en un período de días a varias semanas (según la vida media del fármaco). Si el trastorno sexual persiste, deben considerarse otras causas responsables de la aparición del trastorno. Los efectos indeseables de los fármacos que afectan la función sexual pueden hacer que los individuos realicen un mal cumplimiento terapéutico si valoran más la relación sexual que los beneficios del medicamento.

Debido a que los individuos con enfermedades médicas toman fármacos a menudo, el clínico debe considerar la posibilidad de que el trastorno sexual esté producido por las consecuencias fisiológicas de la enfermedad médica más que por los fármacos; en este caso debe efectuarse el diagnóstico de **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Generalmente, la historia clínica del enfermo proporciona los datos para esta consideración. A veces es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., cambiar o suprimir un fármaco) con el fin de determinar empíricamente si el medicamento es la causa del trastorno. Si el clínico sabe con seguridad que el trastorno se debe tanto al consumo de la sustancia como a la enfermedad médica, deben establecerse ambos diagnósticos (trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si el trastorno sexual se debe a una sustancia en particular (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica, o es de tipo primario (no se debe ni a una sustancia ni a una enfermedad médica), hay que diagnosticar **trastorno sexual no especificado**.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

La CIE-10 no contiene criterios diagnósticos para el trastorno sexual inducido por sustancias.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias**

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes (1) o (2):
  - (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia
  - (2) el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias** (*continuación*)

**Nota:** Este diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta durante la intoxicación y si el trastorno es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

*Codificar* trastorno sexual inducido por (sustancia específica):

(F10.8 Alcohol [291.8]; F15.8 Anfetamina [o sustancias de acción similar] [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F11.8 Opiáceos [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

*Especificar* si:

**Con alteración del deseo**  
**Con alteración de la excitación**  
**Con alteración del orgasmo**  
**Con dolor sexual**

*Especificar* si:

**Con inicio durante la intoxicación:** cuando se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancias y los síntomas aparecen durante su curso.

## F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.70]

Esta categoría incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico. Los ejemplos son:

1. Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normales.
2. Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

## Parafilias

### *Características diagnósticas*

La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses (Criterio A). Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente (p. ej., durante períodos

de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B).

Los parafilicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella (como en el sadismo sexual o en la pedofilia). Como consecuencia de lo anterior, el individuo puede ser detenido y encarcelado. Las ofensas sexuales hacia los niños constituyen una proporción significativa de todos los actos sexuales criminales documentados, y los individuos que padecen exhibiciones, pedofilia y voyeurismo comprenden la mayoría de los procesados por delitos sexuales. En algunas situaciones la representación de fantasías de tipo parafilico puede conducir a autolesiones (como el masoquismo sexual). Las relaciones sociales y sexuales pueden verse afectadas si la gente encuentra que el comportamiento sexual del individuo es vergonzoso o repugnante o si la pareja se niega a participar en sus preferencias sexuales. En algunos casos, el comportamiento raro (p. ej., actos de exhibicionismo, colección de fetiches) constituye la actividad sexual principal del individuo. Estos individuos rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de la salud mental. Cuando lo hacen es porque su comportamiento les ha ocasionado problemas con su pareja sexual o con la sociedad.

Las parafilias que se describen en este capítulo son trastornos que se han identificado de manera específica en clasificaciones anteriores. Incluyen el exhibicionismo (exposición de los genitales), el fetichismo (empleo de objetos inanimados), el frotteurismo (contactos y roces con una persona en contra de su voluntad), la pedofilia (interés por niños en edad prepuberal), el masoquismo sexual (recibir humillaciones o sufrimientos), el sadismo sexual (infligir humillaciones o sufrimientos), el fetichismo transvestista (vestirse con ropas del sexo contrario) y el voyeurismo (observación de la actividad sexual de las otras personas). Una categoría residual, la parafilia no especificada, se reserva para otras parafilias menos frecuentes. No es raro que los individuos padezcan más de una parafilia.

### ***Procedimiento de tipificación***

Las parafilias individuales se diferencian según las características del centro de interés parafilico. Sin embargo, si las preferencias sexuales del individuo cumplen criterios para más de una parafilia, deben diagnosticarse todas. El código y los términos son los siguientes: F65.2 Exhibicionismo [302.4], F65.0 Fetichismo [302.81], F65.8 Frotteurismo [302.89], F65.4 Pedofilia [302.2], F65.5 Masoquismo sexual [302.83], F65.5 Sadismo sexual [302.84], F65.3 Voyeurismo [302.82], F65.1 Fetichismo transvestista [302.3] y F65.9 Parafilia no especificada [302.9].

### ***Síntomas y trastornos asociados***

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El estímulo preferido, incluso en una parafilia particular, puede ser altamente específico. Las personas que no tienen una pareja que esté de acuerdo en realizar las fantasías del individuo pueden solicitar los servicios de prostitutas o incluso pueden obligar a sus víctimas a realizarlas en contra de su voluntad. Los individuos que padecen este trastorno pueden escoger una profesión, tener como *hobby* u ofrecerse como voluntarios para trabajar en oficios que les permiten estar en contacto con el estímulo deseado (p. ej., vender zapatos o lencería de mujer [fetichismo], trabajar con niños [pedofilia] o conducir una ambulancia [sadismo sexual]). Asimismo, de manera selectiva, pueden mirar, leer, comprar o coleccionar fotografías, películas, o libros cuyo foco principal es el tipo de estímulo preferido por el individuo. Muchas personas que sufren esta alteración afirman que su comportamiento no les ocasiona ningún tipo de malestar y que el único problema es el conflicto social, conse-

cuencia de la reacción de la gente frente a su comportamiento. Otros casos manifiestan intensos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por el hecho de efectuar actividades sexuales inusuales, que no son aceptadas socialmente o que ellos mismos consideran inmorales. A menudo, les es difícil desarrollar una actividad sexual recíproca y afectiva, por lo que pueden aparecer diversas disfunciones sexuales. Asimismo, las alteraciones de la personalidad son frecuentes y pueden ser lo suficientemente graves como para que se efectúe el diagnóstico de trastorno de la personalidad. También pueden aparecer síntomas típicos de depresión en estos individuos, lo cual puede provocar un aumento de la frecuencia e intensidad de la comportamiento parafílico.

**Hallazgos de laboratorio.** La pletismografía peneana se ha usado en los centros de investigación para la evaluación de los diferentes tipos de parafilia; con ella se intenta una medición de la excitación sexual del individuo en respuesta a estímulos visuales y auditivos. La fiabilidad y la validez de este procedimiento en la práctica clínica no han sido del todo establecidas, y la experiencia clínica sugiere que los individuos pueden simular la respuesta mediante la manipulación de imágenes mentales.

**Enfermedades médicas asociadas.** Las relaciones sexuales sin medidas de protección pueden comportar infecciones y transmisión de enfermedades venéreas. Los comportamientos de tipo sádico o masoquista pueden asimismo producir lesiones, cuya importancia oscila entre un mínimo y un máximo que incluso puede poner en peligro la vida del individuo.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El diagnóstico de las parafilias en las diferentes culturas o religiones es de difícil realización, puesto que lo que se considera desviación en una cultura puede resultar del todo aceptable en otra. A excepción del masoquismo sexual, en el que la relación según el sexo (*sex ratio*) es de 20 varones por 1 mujer, las otras parafilias prácticamente no se diagnostican nunca en las mujeres, aunque se han descrito algunos casos.

### *Prevalencia*

Aunque las parafilias raramente se diagnostican en los centros de asistencia primaria, el gran mercado comercial de la pornografía y todo lo relacionado con ella sugiere que la prevalencia de este trastorno en la población puede ser elevada. Las alteraciones que se observan más habitualmente en los centros especializados en el diagnóstico de parafilias son la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo. El masoquismo y el sadismo sexual se observan con mucha menos frecuencia. Aproximadamente la mitad de los individuos que presentan parafilias están casados.

### *Curso*

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. La elaboración y la revisión de las fantasías pueden continuar a lo largo de toda la vida del individuo. Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes. Muchas personas explican que siempre tienen fantasías, pero a veces existen períodos de tiempo en los que su frecuencia e intensidad varían de modo sustancial. Estas alteraciones tienden a cronificarse y a durar muchos

años, pero tanto las fantasías como los comportamientos disminuyen a menudo con el paso de los años. Sin embargo, los comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar la parafilia.

### *Diagnóstico diferencial*

La parafilia debe diferenciarse del **uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos o de los objetos como un estímulo para la excitación sexual** que presentan los individuos sin parafilia. Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafilicos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas (p. ej., son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales).

En el **retraso mental**, la **demencia**, el **cambio de personalidad debido a una enfermedad médica**, la **intoxicación por sustancias**, un **episodio maníaco** o la **esquizofrenia** puede existir una reducción de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de los impulsos, que, en raras ocasiones, produce un comportamiento sexual inusual. Estos casos se diferencian de las parafilias por varios factores: el comportamiento sexual poco frecuente del individuo no constituye el patrón obligatorio o preferido del sujeto, los síntomas sexuales aparecen exclusivamente durante el curso de estos trastornos mentales y los actos sexuales inusuales tienden a ser aislados, más que recurrentes, y a tener un inicio más tardío.

Las parafilias individuales pueden diferenciarse según las características del centro de interés parafilico. Sin embargo, si las preferencias sexuales del individuo cumplen los criterios diagnósticos para más de una parafilia, deben diagnosticarse todas. El **exhibicionismo** debe diferenciarse del hecho de **orinar en público**, lo que constituye muchas veces una excusa para justificar el comportamiento. Tanto el **fetichismo** como el **fetichismo transvestista** suponen la manipulación de prendas y artículos típicamente femeninos. En el fetichismo el foco de excitación sexual es la prenda femenina (p. ej., medias), mientras que en el **fetichismo transvestista** la excitación sexual se produce por el mero hecho de vestirse con la ropa del otro sexo. Este comportamiento puede presentarse asimismo en el **masoquismo sexual**. En este último la excitación está producida por la humillación de verse obligado a vestirse con ropa femenina y no por la presencia de las prendas.

El uso de ropa del sexo contrario puede asociarse a disforia sexual. Si ésta existe, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, el diagnóstico es **fetichismo transvestista, con disforia sexual**. Los individuos deben recibir el diagnóstico adicional de **trastorno de la identidad sexual** si su cuadro clínico cumple todos sus criterios.

## **F65.2 Exhibicionismo [302.4]**

La característica esencial del exhibicionismo consiste en la exposición de los propios genitales a una persona extraña. Algunas veces el individuo se masturba durante la exposición (o mientras lo imagina). Cuando el individuo lleva a cabo sus impulsos, no existe generalmente ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña. En algunos casos la persona es consciente del deseo de sorprender o asustar al observador. En otros casos el individuo tiene la fantasía sexual de que el observador se excitará sexualmente. El inicio de este trastorno se produce generalmente antes de los 18 años, aunque puede empezar mucho más tarde. En las personas de edad avanzada apenas se realizan detenciones, lo que sugiere que la alteración quizá sea menos grave después de los 40 años.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.2 Exhibicionismo [302.4]

- A. Durante un período de por lo menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

### F65.0 Fetichismo [302.81]

La característica esencial del fetichismo consiste en el uso de objetos no animados (fetiches). Entre los fetiches más comunes se encuentran los sostenes, la ropa interior femenina, las medias, los zapatos, las botas o cualquier otra prenda de vestir. El individuo con fetichismo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien le puede pedir a su compañero sexual que se lo ponga durante las relaciones. Por lo general, el fetiche es necesario e intensamente preferido para la excitación sexual, y en su ausencia pueden producirse trastornos de la erección en el varón. El diagnóstico no debe efectuarse cuando los fetiches se limitan a artículos de vestir femeninos utilizados para transvestirse, como ocurre en el fetichismo transvestista, o cuando el objeto es estimulante desde el punto de vista genital debido a que ha sido diseñado especialmente para este propósito (p. ej., un vibrador). Por lo general, el trastorno empieza en la adolescencia, aunque el fetiche puede haber tenido ya una especial significación durante la infancia. Una vez establecido el trastorno, tiende a ser crónico.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.0 Fetichismo [302.81]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. ej., ropa interior femenina).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. ej., vibrador).

### F65.8 Frotteurismo [302.89]

La característica esencial del frotteurismo implica el contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad. Por lo general este comportamiento se produce en lugares con mucha gen-

te, en los que es más fácil escapar de la detención (p. ej., aceras, vehículos de transporte público). El individuo aprieta sus genitales contra las nalgas de la víctima o intenta tocar los genitales o los pechos con las manos. Mientras realiza todo esto, se imagina que está viviendo una verdadera relación con la víctima. Sin embargo, es consciente de que, para poder evitar una posible detención, debe escapar inmediatamente después de tocarla. Por lo general, la parafilia se inicia en la adolescencia. La mayoría de los actos de frotteurismo tienen lugar cuando el individuo se encuentra entre los 15-25 años de edad. Después, la frecuencia declina gradualmente.

#### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.8 Frotteurismo [302.89]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### F65.4 Pedofilia [302.2]

La característica esencial de la pedofilia supone actividades sexuales con niños prepúberes (generalmente de 13 o menos años de edad). El individuo con este trastorno debe tener 16 años o más y ha de ser por lo menos 5 años mayor que el niño. En los adolescentes mayores que presentan este trastorno no se especifica una diferencia de edad precisa, y en este caso debe utilizarse el juicio clínico; para ello, debe tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edades. La gente que presenta pedofilia declara sentirse atraída por los niños dentro de un margen de edad particular. Algunos individuos prefieren niños; otros, niñas, y otros, los dos sexos. Las personas que se sienten atraídas por las niñas generalmente las prefieren entre los 8 y los 10 años, mientras que quienes se sienten atraídos por los niños los prefieren algo mayores. La pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños. Algunos individuos con pedofilia sólo se sienten atraídos por niños (tipo exclusivo), mientras que otros se sienten atraídos a veces por adultos (tipo no exclusivo). La gente que presenta este trastorno y que «utiliza» a niños según sus impulsos puede limitar su actividad simplemente a desnudarlos, a observarlos, a exponerse frente a ellos, a masturbarse en su presencia o acariciarlos y tocarlos suavemente. Otros, sin embargo, efectúan felaciones o *cunnilingus*, o penetran la vagina, la boca, el ano del niño con sus dedos, objetos extraños o el pene, utilizando diversos grados de fuerza para conseguir estos fines. Estas actividades se explican comúnmente con excusas o racionalizaciones de que pueden tener «valor educativo» para el niño, que el niño obtiene «placer sexual» o que el niño es «sexualmente provocador», temas que por lo demás son frecuentes en la pornografía pedofílica.

Los individuos pueden limitar sus actividades a sus propios hijos, a los ahijados o a los familiares, o pueden hacer víctimas a niños de otras familias. Algunas personas con este trastorno amenazan a los niños para impedir que hablen. Otros, particularmente quienes lo hacen con frecuencia, desarrollan técnicas complicadas para tener acceso a los niños, como ganarse la confianza de la madre, casarse con una mujer que tenga un niño atractivo, comerciar con otros que tengan el mismo trastorno o incluso, en casos raros, adoptar a niños de países en vías de desarrollo o rap-

tarlos. Excepto los casos de asociación con el sadismo sexual, el individuo puede ser muy atento con las necesidades del niño con el fin de ganarse su afecto, interés o lealtad e impedir que lo cuente a los demás. El trastorno empieza por lo general en la adolescencia, aunque algunos individuos manifiestan que no llegaron a sentirse atraídos por los niños hasta la edad intermedia de la vida. La frecuencia del comportamiento pedofílico fluctúa a menudo con el estrés psicosocial. El curso es habitualmente crónico, en especial en quienes se sienten atraídos por los individuos del propio sexo. El índice de recidivas de los individuos con pedofilia que tienen preferencia por el propio sexo es aproximadamente el doble de los que prefieren al otro sexo.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.4 Pedofilia [302.2]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

**Nota:** No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

*Especificar si:*

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

*Especificar si:*

- Se limita al incesto**

*Especificar si:*

- Tipo exclusivo** (atracción sólo por los niños)
- Tipo no exclusivo**

### F65.5 Masoquismo sexual [302.83]

La característica esencial del masoquismo sexual consiste en el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento. Algunos individuos que padecen este trastorno se encuentran obsesionados por sus fantasías masoquistas, las cuales deben evocar durante las relaciones sexuales o la masturbación, pero no las llevan a cabo. En estos casos, las fantasías masoquistas suponen por lo general el hecho de ser violado o de estar atado y obligado a servir a los demás, de forma que no existan posibilidades de escapar. Otras personas llevan a cabo sus fantasías ellos mismos (p. ej., atándose ellos mismos, pinchándose con agujas, administrándose descargas eléctricas o autolesiones) o con un compañero. Los actos masoquistas que se pueden reali-

zar con una pareja suponen restricción de movimientos (sumisión física), vendajes en los ojos (sumisión sensorial), apaleamiento, paliza, latigazos, golpes, descargas eléctricas, cortes, pinchazos y perforaciones (infibulación), y humillaciones (p. ej., ser orinado o defecado encima, ser forzado a arrastrarse y ladrar como un perro o ser sometido a insultos verbales). La obligación de vestirse con ropas del otro sexo también puede utilizarse como forma de humillación. El individuo puede tener el deseo de ser tratado como un niño pequeño y ser vestido con pañales («infantilismo»). Una forma particularmente peligrosa de masoquismo sexual es la llamada «hipoxifilia», que supone la excitación sexual a través de la privación de oxígeno, obtenida mediante compresión torácica, nudos, ligaduras, bolsas de plástico, máscaras o productos químicos (a menudo algún nitrato volátil que produce un descenso temporal de la oxigenación cerebral por vasodilatación periférica). Las actividades que suponen la privación de oxígeno pueden efectuarse a solas o en pareja. A causa de fallos en el utillaje, de errores en la colocación del nudo o de las ligaduras o a otras equivocaciones, con alguna frecuencia hay muertes accidentales. Los datos referentes a Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Canadá indican que estas prácticas producen 1-2 muertes por millón de habitantes cada año. Algunos individuos con masoquismo sexual presentan también fetichismo, fetichismo transvestista o sadismo sexual. Las fantasías masoquistas probablemente se dan desde la infancia. La edad en la que empiezan las actividades masoquistas con la pareja es variable, pero con frecuencia es el principio de la edad adulta. El trastorno tiene generalmente un curso crónico, y el individuo tiende a repetir una y otra vez el mismo acto masoquista. Algunas personas con masoquismo sexual pueden llevar a cabo actos masoquistas durante muchos años sin aumentar su potencial lesivo. Sin embargo, en otros casos aumenta la gravedad de los actos masoquistas con el paso del tiempo o durante períodos de estrés, lo cual eventualmente puede producir lesiones o incluso la muerte del individuo.

#### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.5 Masoquismo sexual [302.83]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### F65.5 Sadismo sexual [302.84]

La característica esencial del sadismo sexual implica actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante. Algunos individuos con este trastorno se encuentran alterados por sus fantasías sádicas, las cuales evocan durante la actividad sexual, pero sin llevarlas a cabo; en estos casos las fantasías sádicas consisten normalmente en tener un completo control sobre la víctima, que se encuentra atemorizada por la anticipación del acto sádico. Otros individuos satisfacen las necesidades sexuales sádicas con una pareja que consiente (que puede ser masoquista sexual) sufrir el dolor o la humillación. Otro tipo de individuos con sadismo sexual llevan a cabo sus necesidades sexuales con víctimas que no consienten. En todos los casos es el sufrimiento de la víctima lo que produce la excitación sexual. Las fantasías o actos sádicos pueden involucrar actividades que indican la dominancia del sujeto sobre su víctima (obligar a la víctima a arrastrarse o tenerla en una jaula); pue-

den, asimismo, concretarse en el hecho de inmovilizarla físicamente, tenerla atada con los ojos vendados, darle una paliza, golpearla, azotarla, pincharla, quemarla, aplicarle descargas eléctricas, violarla, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, torturas, mutilación o incluso la muerte. Las fantasías sexuales sádicas probablemente se dan ya en la infancia. La edad de comienzo de las actividades sádicas es variable, pero por lo general aparecen al comienzo de la edad adulta. El trastorno es habitualmente crónico. Cuando el sadismo sexual se practica con parejas que no consienten, la actividad tiene tendencia a repetirse hasta que el individuo es detenido. Algunos sujetos que padecen el trastorno pueden dedicarse a sus actos sexuales durante muchos años sin aumentar el potencial para infligir lesiones físicas graves. Sin embargo, la gravedad de los actos sádicos suele aumentar con el paso del tiempo. Cuando el trastorno es grave y se halla asociado con el trastorno antisocial de la personalidad los individuos pueden lesionar gravemente o matar a sus víctimas.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.5 Sadismo sexual [302.84]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### F65.1 Fetichismo transvestista [302.3]

La característica esencial del fetichismo transvestista consiste en vestirse con ropas del otro sexo. Por lo general, el individuo guarda una colección de ropa femenina que utiliza intermitentemente para transvestirse; cuando lo ha hecho, habitualmente se masturba y se imagina que es al mismo tiempo el sujeto masculino y el objeto femenino de su fantasía sexual. Este trastorno ha sido descrito sólo en varones heterosexuales. El diagnóstico no debe efectuarse en los casos en los que el transvestismo aparece en el transcurso de un trastorno de la identidad sexual. Los fenómenos transvestistas comprenden desde llevar ropa femenina en solitario y de forma ocasional hasta una involucración extensa en la subcultura transvestista. Algunos varones llevan una pieza de ropa femenina (p. ej., ropa interior o lencería) bajo su vestido masculino; otros visten completamente como una mujer y llevan maquillaje. El grado con el que el individuo transvestido parece ser una mujer varía y depende de los gestos, el hábito corporal y la habilidad para transvestirse. Cuando el individuo no se encuentra transvestido, por lo general tiene un aspecto completamente masculino. Aunque la preferencia básica es heterosexual, estas personas tienden a poseer pocos compañeros sexuales y en ocasiones han realizado actos homosexuales. Un rasgo asociado a este trastorno puede ser la presencia de masoquismo sexual. El trastorno empieza típicamente con el transvestismo en la infancia o a principios de la adolescencia. En muchos casos el acto transvestista no se efectúa en público hasta llegar a la edad adulta. La experiencia inicial puede suponer un transvestismo parcial o total; cuando es parcial progresa a menudo hacia un transvestismo completo. Un artículo favorito de vestido puede transformarse en un objeto erótico en sí mismo y utilizarse habitualmente primero para la masturbación y después para las relaciones sexuales. En algunos individuos la excitación que produce el transvestirse puede cambiar a lo largo del tiempo, de mane-

ra temporal o permanente, tendiendo a disminuir o desaparecer. En estos casos el transvestismo se convierte en un antídoto para la ansiedad o la depresión, o contribuye a obtener una sensación de paz y tranquilidad. En otros individuos puede aparecer disforia sexual, especialmente en situaciones de estrés, con o sin síntomas de depresión. Para un reducido número de personas, la disforia sexual se convierte en una parte fija del cuadro clínico y se acompaña del deseo de vestir y vivir permanentemente como mujer, así como de la búsqueda de un cambio de sexo hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno a menudo buscan tratamiento cuando aparece disforia sexual. El subtipo con disforia sexual ha sido establecido con el fin de permitir al clínico anotar la presencia de esta característica como parte del fetichismo transvestista.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.1 Fetichismo transvestista [302.3]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Con disforia sexual:** si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidad sexuales

### F65.3 Voyeurismo [302.82]

La característica esencial del voyeurismo implica el hecho de observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. El acto de mirar se efectúa con el propósito de obtener una excitación sexual y por lo general no se busca ningún tipo de relación sexual con la persona observada. El orgasmo, habitualmente producido por la masturbación, puede aparecer durante la actividad voyeurística o más tarde como respuesta al recuerdo de lo observado. A menudo, este tipo de personas disfrutan con la fantasía de tener una experiencia sexual con la persona observada, pero en realidad esto rara vez sucede. En su forma más grave el voyeurismo constituye la forma exclusiva de actividad sexual. El inicio del comportamiento voyeurístico acostumbra a tener lugar antes de los 15 años. El curso tiende a ser crónico.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F65.3 Voyeurismo [302.82]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F65.3 Voyeurismo [302.82]**  
(continuación)

- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### F65.9 Parafilia no especificada [302.9]

Esta categoría se incluye para codificar las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Como ejemplos de estas parafilias cabe mencionar (aunque no se limitan a): escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (cadáveres), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), zoofilia (animales), coprofilia (heces), clismafilia (enemas) y urofilia (orina).

## Trastornos de la identidad sexual

### F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]

#### *Características diagnósticas*

Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo (Criterio A). Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B). El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) (Criterio C). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso in-

terés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina.

Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del water. Pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene y rechazan los pechos o la menstruación. Pueden también asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera como miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se efectúa en diferentes grados. En privado, estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo y esforzándose para conseguir la apariencia adecuada. Muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto. Vistiendo como el otro sexo y con tratamiento hormonal (y para los varones, electrólisis), muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas del mismo sexo se encuentra generalmente restringida, porque no desean que sus parejas vean o toquen sus genitales. En algunos varones con este trastorno en etapas más avanzadas de la vida (a menudo después del matrimonio) la actividad sexual con una mujer se acompaña de la fantasía de ser amantes lesbianas o de que la pareja es un varón y él, una mujer.

En los adolescentes las características clínicas pueden parecerse tanto a las de los niños como a las de los adultos (según el nivel de desarrollo del individuo); así pues, los criterios tendrían que aplicarse de acuerdo con el nivel de desarrollo. En un adolescente joven puede ser más difícil establecer un diagnóstico exacto debido a la cautela del individuo. Las dificultades pueden ser mayores si el adolescente se encuentra indeciso en cuanto a su identificación con el otro sexo o si la familia no lo aprueba. El adolescente puede ser enviado a un centro médico porque los padres o los profesores están preocupados por el aislamiento social, el rechazo y las burlas de sus amigos. En estas circunstancias, el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones). El esclarecimiento del diagnóstico en niños y adolescentes puede necesitar un seguimiento durante un largo período de tiempo.

El malestar y la discapacidad de los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo. La preocupación por transvestirse interfiere a menudo con las actividades cotidianas del individuo. En los niños más mayores el fracaso en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo, conduce a aislamiento y a malestar; algunos niños se niegan a ir a la escuela debido a la obligación de vestir con la ropa de su sexo y

a las burlas de los compañeros. En los adolescentes y en los adultos la preocupación por transvestirse interfiere muy frecuentemente con las actividades habituales de la persona. Son habituales las dificultades de relación, y puede verse afectado también el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

### *Especificaciones*

Para los individuos sexualmente maduros, deben anotarse las siguientes especificaciones en base a la orientación sexual del individuo: **con atracción sexual por los varones, con atracción sexual por las mujeres, con atracción sexual por ambos sexos, sin atracción sexual por ninguno.** Los varones con el trastorno de la identidad sexual pueden presentar cualquiera de las cuatro especificaciones. Virtualmente, todas las mujeres con este trastorno recibirán la misma especificación —atracción sexual por las mujeres— a pesar de que existen casos excepcionales de mujeres que se sienten atraídas por los varones.

### *Procedimiento de tipificación*

El código diagnóstico asignado depende de la edad del individuo: si el trastorno aparece en la niñez, se usa el código 302.6; si aparece en la adolescencia o en la vida adulta, se usa el código 302.85.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Muchos individuos con trastorno de identidad sexual acaban socialmente aislados. El aislamiento y el ostracismo conducen a una baja autoestima y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y a abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas frecuentes que persisten en los niños con este trastorno; a menudo muestran rasgos y patrones de expresión femeninos muy acusados.

La alteración puede ser tan acusada que la vida de algunos individuos se centre solamente en estas actividades, que, por otra parte, intentan disminuir el malestar sexual. A menudo se preocupan por su aspecto físico, en especial en las primeras etapas de la transición para adoptar el papel del otro sexo. La relación con los padres puede también verse muy afectada. Algunos varones con este trastorno llegan a autotratarse con hormonas y muy raramente se castran o se amputan el pene. Especialmente en las ciudades, algunos individuos se dedican a la prostitución, lo que les expone muy fácilmente a contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los intentos de suicidio y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados a este cuadro.

Los niños con trastorno de la identidad sexual pueden manifestar, al mismo tiempo, trastorno de ansiedad por separación y síntomas depresivos. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio. En los adultos puede haber síntomas de ansiedad y de depresión. Algunos varones adultos tienen una historia de fetichismo transvestista, así como otras parafilias. Los trastornos de la personalidad asociados son más frecuentes en los varones que en las mujeres (según observaciones realizadas en centros especializados).

**Hallazgos de laboratorio.** No hay ningún test diagnóstico específico para el trastorno de la identidad sexual. En presencia de una exploración física normal no está indicado realizar un ca-

riotipo de los cromosomas sexuales ni determinaciones de las hormonas correspondientes. Los tests psicológicos pueden revelar una identificación o unos patrones de comportamiento del otro sexo.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** Los individuos con trastorno de la identidad sexual tienen genitales normales (en contraste con los genitales ambiguos o el hipogonadismo encontrados en las enfermedades físicas intersexuales). Los varones adolescentes y adultos con este trastorno pueden presentar ginecomastia (como consecuencia de la administración de hormonas), falta de vello (debido a la depilación temporal o permanente) y otros cambios físicos como resultado de diversos procedimientos, como son la rinoplastia o la escisión del cartilago tiroides (reducción quirúrgica de la nuez de Adán). En las mujeres que usan sujetadores se pueden observar pechos distorsionados o eritemas debido al uso de prendas de compresión. Las complicaciones posquirúrgicas que pueden presentarse en estas mujeres son cicatrices marcadas en la pared torácica, y en los varones, estructuras vaginales, fístulas rectovaginales, estenosis uretrales y desviación del flujo urinario. Las mujeres con este trastorno tienen una probabilidad más alta de presentar el síndrome del ovario poliquístico.

### *Síntomas dependientes de la edad y el sexo*

Las mujeres con trastorno de la identidad sexual generalmente experimentan menos ostracismo debido a los intereses por el otro sexo y pueden sufrir menos rechazo por parte de las amigas, al menos hasta la adolescencia. Se ha observado que aproximadamente cinco chicos por cada chica que padecen este trastorno son enviados a centros especializados. En el caso de los varones y las mujeres, éstos duplican o triplican el número de ingresos en estos centros. En los niños el sesgo (con respecto a los varones) puede reflejar parcialmente el mayor estigma que el comportamiento del otro sexo supone para niños y niñas.

### *Prevalencia*

No hay estudios epidemiológicos recientes que proporcionen datos sobre la prevalencia de este trastorno. Los datos de los países más pequeños de Europa, con acceso a las estadísticas de la población total, sugieren que 1 de cada 30.000 varones y 1 de cada 100.000 mujeres desean tratamiento quirúrgico.

### *Curso*

El inicio de las actividades y del interés por el otro sexo en los niños que son enviados a centros especializados se presenta generalmente entre los 2 y los 4 años; algunos padres afirman que su hijo siempre ha presentado inclinaciones hacia el otro sexo. Sólo un pequeño número de niños con este trastorno continuará presentando síntomas que cumplan los criterios para el trastorno de la identidad sexual en las etapas avanzadas de la adolescencia o en la vida adulta. Frecuentemente, se envía a los niños a centros especializados a la edad de ir a la escuela, cuando los padres están preocupados porque lo que consideraban un «período transitorio» no parece remitir. La mayoría de los niños con trastorno de la identidad sexual muestran con el tiempo menos comportamientos típicos del otro sexo, menos preocupación por parte de los padres y menos rechazo por parte de los amigos. En las etapas avanzadas de la adolescencia o de la vida adulta aproximadamente tres cuartas partes de los niños que han tenido una historia de trastorno de la identidad sexual afirman tener una orientación homosexual o bisexual, pero sin ningún trastorno de la identi-

dad sexual concurrente. La mayor parte del resto afirma ser heterosexual, también sin trastornos de la identidad sexual concurrentes. Los porcentajes correspondientes a la orientación sexual de las niñas no se conocen. Algunos adolescentes presentan una identificación más clara con el otro sexo y solicitan cirugía de reasignación, o pueden continuar con confusión o disforia sexuales de manera crónica.

En los varones adultos existen dos evoluciones diferentes en el trastorno de la identidad sexual. El primero es una continuación de este trastorno, que se inició en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia: son los individuos que se encuentran en la última etapa de la adolescencia o en la edad adulta. En la segunda forma los signos más evidentes de identificación del otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta frecuentemente después de, o algunas veces junto a, fetichismo transvestista. El grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación, presentar una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía reasignadora. Los varones con este trastorno que sienten atracción por otros varones tienden a presentar, durante la adolescencia o las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia sexual. Por el contrario, quienes se sienten atraídos por las mujeres, por los varones y las mujeres, o por ninguno de ellos, tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo transvestista. Si el trastorno de la identidad sexual aparece en la etapa adulta, tiende a tener un curso crónico, aunque algunas veces se han observado remisiones espontáneas.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno de la identidad sexual puede diferenciarse del **comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo** por la magnitud y la extensión de los deseos, de los intereses y de las actividades propias del otro sexo. Este trastorno no se refiere al comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo, como, por ejemplo, los comportamientos de «marimacho» en las niñas y de «afeminado» en los niños. Por el contrario, el trastorno representa una profunda alteración del sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o a la feminización. Al comportamiento de los niños que no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y deterioro.

El **fetichismo transvestista** aparece en varones heterosexuales (o bisexuales) para quienes el comportamiento transvestista tiene como finalidad la excitación sexual. Aparte del transvestismo, la mayoría de los individuos con fetichismo transvestista no presentan una historia de comportamientos típicos del otro sexo durante la infancia. Los varones con un cuadro clínico que cumpla todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, así como para el fetichismo transvestista, deben ser diagnosticados de ambos trastornos. Si aparece disforia sexual en un individuo con fetichismo transvestista, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, puede usarse entonces la especificación con disforia sexual.

Puede usarse la categoría de **trastorno de la identidad sexual no especificado** para los individuos que tienen un problema de identidad sexual junto a una enfermedad intersexual congénita concurrente (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita).

En la **esquizofrenia** rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo. La insistencia por parte de un individuo de ser del otro sexo no debe ser considerada delirante, ya que lo que realmente se valora es el sentirse del otro sexo y no la creencia de pertenecer a él. Sin embargo, en casos muy raros coexisten la esquizofrenia y el trastorno de la identidad sexual.

**Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

La CIE-10 define tres trastornos diferentes: trastorno de la identidad sexual de la infancia, transvestismo de rol doble y transexualismo; en el DSM-IV, estas tres entidades están recogidas dentro de una misma categoría, denominada trastorno de la identidad sexual.

**■ Criterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]**

- A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

- (1) deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
- (2) en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
- (3) preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
- (4) deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
- (5) preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

- B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

- C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx] (continuación)**

*Codificar* según la edad actual:

**F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]**

**F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]**

*Codificar* si (para individuos sexualmente maduros):

**Con atracción sexual por los varones**

**Con atracción sexual por las mujeres**

**Con atracción sexual por ambos sexos**

**Sin atracción sexual por ninguno**

### **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:

1. Enfermedades intersexuales (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y disforia sexual acompañante.
2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

### **F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.9]**

Esta categoría se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Los ejemplos incluyen:

1. Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o femineidad.
2. Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
3. Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.