

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL. NATURALEZA Y ABORDAJE

José Joaquín Mira Solves

INTRODUCCION

SE ha dicho en diferentes ocasiones que mientras que la década de los 70 se caracterizó sobre todo por la presencia de trastornos de anorgasmia primaria, la década de los 80 se ha caracterizado, en el terreno de la *Terapia Sexual*, por la irrupción en las consultas de un nuevo tipo de patología cuyo común denominador es una notable disminución del nivel de deseo sexual (Stanley, 1986).

Haciendo un poco de historia, en *Inadecuación Sexual Humana*, publicado en 1970, Master y Johnson contemplaban tres tipos de disfunciones sexuales femeninas (anorgasmia, vaginismo y dispareunia) y otros tantas en el caso del varón (disfunción erectiva, eyaculación precoz y eyaculación retardada). Cuatro años más tarde, en otro libro muy popular, Kaplan (1974) contempla una cuarta tipología en el caso de la mujer, a la que denomina *disfunción sexual general*, que engloba tanto los problemas de deseo como de excitación —inicio y responsividad al contacto sexual— y que obedece a su modelo bifásico de conducta psicosexual.

Como es sabido, esta misma autora, poco tiempo después, influenciada por su práctica clínica, introduce un segundo modelo de respuesta psicosexual, añadiendo una fase inicial de deseo y, por consiguiente, des-

cribiendo los problemas de inhibición y de restricción del deseo relacionados con esta fase, diferenciándolos de los trastornos de la fase de excitación.

El DSM-III (APA, 1980) y posteriormente el DSM-III-R (APA, 1987) han aceptado implícitamente el modelo trifásico propuesto por Kaplan y contemplan entre las disfunciones sexuales, las relacionadas con el nivel de deseo, si bien con matices significativas entre ambas ediciones.

Mientras tanto, otros autores de relevancia en el área de la *Terapia Sexual* han venido contemplando este tipo de trastornos del deseo sexual (Schover, *et al.*, 1982), especialmente debido al notable incremento de su incidencia en la población, tanto femenina como masculina.

NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

Bajo la denominación de trastornos del deseo sexual nos referimos a la ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual de forma persistente y recurrente o de una aversión extrema hacia el sexo, con evitación de todos los contactos de tipo sexual (APA, 1987).

Típicamente este trastorno se confunde con la respuesta a la pregunta de *¿cuántas veces desea contactos sexuales el pacien-*

te o su pareja? No obstante, habría que tener en cuenta para hablar de un trastorno del deseo sexual: las expectativas del paciente acerca de la sexualidad y de su vida sexual en particular, la frecuencia de fantasías, masturbación y de contactos con su pareja, y el interés o el afecto por su pareja, antes de emitir un diagnóstico.

Pese a lo que hemos afirmado y aunque pudiera parecer que existe consenso a la hora de hablar de trastornos del deseo sexual, lo cierto es que en la práctica clínica se entremezclan criterios muy dispares. Una buena prueba de lo que afirmamos lo comprobamos en el DSM-III-R, donde se establece como criterio decisivo para hablar de un trastorno del deseo sexual el *juicio de deficiencia o ausencia efectuado por el clínico*, razón por la que el acuerdo diagnóstico entre jueces nos resulte del todo insatisfactorio con el empleo de este manual.

De este modo, los criterios que engloba la etiqueta diagnóstica **trastorno del deseo sexual** varían notablemente dentro de un amplio rango de dificultades en las que se incluye desde la ausencia espontánea de interés (aunque sea factible la excitación y el orgasmo si el sujeto se involucra en actividades sexuales); a la ausencia de interés por iniciar por sí mismo/a cualquier contacto sexual, o la anestesia genital, y el contacto sexual vivido como altamente aversivo.

Si bien Kaplan inicialmente considera en su trabajo temprano de 1977 la presencia de un trastorno del deseo sexual si constituye una queja del paciente, en la actualidad se emplean otros criterios algo más objetivos que la mera descripción por parte del paciente de su nivel de deseo. Así por ejemplo, Schiavi y Schreiner-Engel (1986) considera que una pareja mantiene un nivel de actividad sexual anormalmente bajo si mantiene



menos de un contacto sexual cada dos semanas como mínimo.

Por su parte, Zilbergeld y Ellison (1980), quienes prefieren hablar de trastornos de la discrepancia entre el deseo y la excitación, contemplan como criterio que la frecuencia de relaciones sexuales esté de acuerdo a las preferencias de ambos miembros de la pareja; no es importante cuánto, sino que ese cuánto sea aceptado sin problemas por ambos miembros de la pareja.

Como punto medio entre ambos criterios diagnóstico, Schover, *et als.* (1982), en su *Sistema Multiaxial Orientado al Problema*, consideran tanto la frecuencia de relaciones sexuales (incluyendo en este caso las actividades de pareja, masturbación o fantasías sexuales), como los niveles de deseo del miembro considerado *a priori* funcional. Mucho más interesante, este sistema permite considerar a la vez si la persona se encuentra satisfecha con su nivel de actividad sexual, lo que permite diferenciar mejor si la pareja disfuncional se involucra a disgusto en la actividad sexual para complimentar a su pareja únicamente. La mayor eficacia de este sistema frente a otros ha sido sugerida en otro lugar (Mira, 1987).

Llegados a este punto debemos destacar que, de acuerdo con otros autores (por ejemplo Leiblum y Rosen, 1988), encontramos decisivo para caracterizar los trastornos del deseo sexual que el sujeto mantenga un nivel restringido no sólo de conductas sexuales, sino, más importante, de fantasías sexuales. Tal y como sugieren Davison y Hoffman (1986) y se recoge en las formulaciones de Hartman (1985) acerca del papel de las *metacogniciones*, las fantasías sexuales constituyen un motor inicial del nivel de deseo que va desapareciendo en la medida en la que el sujeto desarrolla conductas sexuales que promueven la excitación.

Por último, debemos tener presente que autores como

LoPiccolo (1979) y Schover, *et al.* (1982), consideran un *continuum* los trastornos del deseo con dos extremos: ausencia de deseo sólo para iniciar la actividad sexual y aversión hacia el sexo. Mientras que Kaplan (1983, 1988) defiende que la diferente naturaleza, etiopatogenia, curso y tratamiento de los trastornos del deseo sexual inhibido y del trastorno por aversión al sexo justifican hablar de dos entidades clínicas distintas (volveremos a este punto posteriormente).

Por otro lado, al describir las características de los pacientes con este tipo de alteración, Rook y Hammen (1977) sugieren que en este tipo de casos coinciden una serie de cogniciones que afectan al nivel de excitación sexual, de tal modo que en los pacientes observamos:

1. Que no han aprendido a percibir, o que no perciben con certeza, sus propios niveles de excitación sexual, encontrándose la senso-percepción (por ejemplo de las zonas genitales) disminuidas o disfrazadas.

2. Que no han aprendido a facilitarse la manifestación de sus niveles de excitación de modo natural y con espontaneidad.

3. Que usan un limitado conjunto de pautas para definir una situación como potencialmente excitante sexualmente.

4. Que usan un limitado número de elementos para describir su propio nivel de excitación sexual.

5. Que mantienen unas pobres expectativas sobre su capacidad de experimentar excitación sexual.

6. Que tienden a percibirse a sí mismos/as como poco «sexuales».

Como factores asociados a los trastornos del deseo sexual primario, es normal encontrar una historia de episodios depresivos, religiosidad rígida, aversión a contactos orogenitales y hacia los genitales femeninos y no haberse masturbado nunca (LoPiccolo, 1980). En los casos de tras-

torno del deseo secundario es frecuente hallar la presencia de otra disfunción sexual, o problemas en la relación de pareja. En este último caso no es infrecuente que la disfunción sexual que se originó inicialmente resulte intratable debido al escaso nivel de deseo del paciente y las cogniciones de «profecía autocumplida» que las sostienen.

La frecuencia de este tipo de alteración no ha sido determinada claramente. Resulta complicado aproximarse a una cifra real en cuanto a la prevalencia de este trastorno, al menos por dos razones. La primera apuntada más arriba, debido al hecho de que progresivamente parece en aumento las cifras de incidencia (Trudel, 1991); por otro lado, en razón de que parece que la mayoría de las parejas al ser preguntadas sobre la frecuencia de actividad sexual más satisfactoria para ellas, tienden a decir cifras superiores a las que para ellos constituyen la norma (LoPiccolo y Friedman, 1988). Sin embargo, se considera probable una prevalencia en torno al 10% (Bancroft, 1983).

ETIOPATOGENIA

Se ha hipotetizado qué niveles elevados de ansiedad podrían estar interfiriendo una expresión sexual normal. Esta idea popularizada sobre todo por Master y Johnson (1970) no ha recibido contrastación empírica y sí, en cambio, la contraria (Barlow, Sakheim y Beck, 1983). Pese a todo, es bien cierto que en algunos casos la ansiedad resulta un agente mantenedor de la disfunción.

Más evidente resulta la asociación entre sintomatología depresiva y disminución del deseo sexual y del nivel de excitación (Schreiner-Engel y Schiavi, 1986). En este sentido se ha hipotetizado también que existe una clara interdependencia entre los niveles de excitación subjetiva y los niveles de excitación fisiológica, si bien cabe considerarlos como

componentes independientes de la experiencia sexual humana (Heiman y Morokoff, 1977).

No es raro encontrar sujetos que aún cuando la respuesta fisiológica de excitación sexual es evidente (lubricación vaginal y erección pezones, por ejemplo) se perciben como inhibidos, no excitados o como incapaces de mantener un contacto sexual.

Entre los neurotransmisores se ha relacionado la noradrenalina con la capacidad de respuesta orgásmica (Heath, 1972), mientras que la serotonina se ha asociado a un efecto inhibitor del nivel de deseo sexual (Riley, Riley y Brown, 1986).

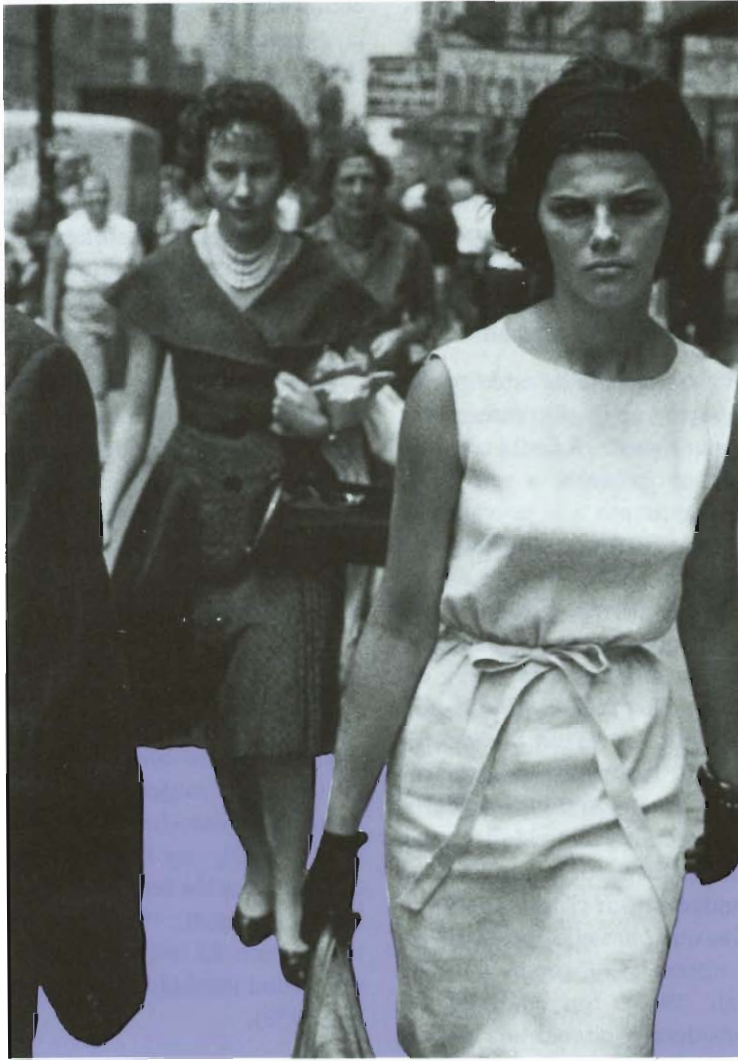
Los andrógenos y concretamente los niveles de testosterona han demostrado una significativa correlación con los niveles de deseo en mujeres que emplean anovulatorios (Bancroft, *et al.*, 1980); con la frecuencia de masturbación femenina (Sanders y Bancroft, 1982); y en el tratamiento del trastorno del deseo sexual inhibido (Carney, *et al.*, 1978).

Resultados paralelos se hallan en la investigación con varones. De este modo cabe afirmar que la testosterona es condición necesaria, aunque no suficiente para experimentar un nivel normal de deseo sexual en varones (Bancroft, 1988).

TRATAMIENTO

Las características propias de este tipo de trastornos, el hecho de ir ligadas a otros tipos de patología, o su reciente aparición, son razones que se suelen argüir para explicar que no existen resultados notables en las intervenciones terapéuticas. De hecho puede resultar llamativo que este tipo de trastorno sexual sea el único sobre el que no existe un consenso sobre su abordaje terapéutico más eficiente.

En la práctica no es raro encontrarse, además, ante la paradoja de un paciente que al mismo tiempo que solicita ayuda para superar su problema de de-



seo sexual, boicotea la terapia de forma más o menos sistemática.

Siguiendo a Trudel (1991) podemos resumir los tipos de intervención que más atención han recibido.

En primer lugar, una autora como LoPiccolo (1980), caracterizada sobre todo por su defensa de un enfoque ecléctico, incluye los siguientes elementos en su programa terapéutico (que deben combinarse en función de la naturaleza concreta de la disfunción que presenta el paciente):

1. Terapia hormonal, en aquellos casos en los que se sospecha una deficiencia hormonal.
2. Terapia sexual, dirigida a la superación de otra disfunción sexual concomitante (que suele resultar el caso más frecuente).
3. Reducción de la ansiedad, factor considerado como principal inhibidor de la expresión sexual normal.

4. Tratamiento de la depresión, si el paciente presentara sintomatología depresiva (incluye terapia farmacológica, conductual y cognitivo-conductual).

5. Incrementar la percepción de sensaciones corporales placenteras, basándose en la técnica de la focalización sensorial.

6. Terapia de pareja, si estuviera la disfunción relacionada con problemas en la relación, comunicación o vida en común.

7. Incrementar y diversificar las experiencias sensoriales y sexuales, incluyendo aquí educación sexual, entrenamiento en comunicación sexual, uso de fantasías sexuales, eliminación de la ansiedad por el propio pensamiento, eliminación del rol de espectador, implementar un entorno que favorezca la aparición de experiencias sexuales positivas.

8. Facilitación de la respuesta erótica, mediante la discusión

de las cogniciones erróneas sobre la imagen corporal e incrementar la expresividad durante la actividad sexual.

9. Superación de conflictos intrapsíquicos, tales como el miedo a la intimidad, la dependencia del otro miembro de la pareja, o el miedo a perder el control durante la actividad sexual.

Más recientemente, las recomendaciones de LoPiccolo y Friedman (1988), de seguir un programa terapéutico multimodal, amplían las sugerencias de LoPiccolo dentro de ese esquema ecléctico que comentamos. Este programa se encuentra diseñado para centrarse en el logro de cuatro objetivos:

1. Incrementar la sensualidad de la pareja disfuncional.
2. Alcanzar un *insight* de los factores que mantienen el bajo nivel de deseo sexual.
3. Reestructuración de las cogniciones que impiden o dificultan el deseo sexual.
4. Mejorar la conducta a través de las técnicas tradicionales de terapia sexual y de desensibilización sistemática.

Por su parte, McCarthy (1984) introduce un enfoque cognitivo-conductual para superar este tipo de problemas. Propone los siguientes postulados:

1. El pronóstico del trastorno del deseo sexual es peor si el problema está asociado a otra disfunción sexual de las fases de excitación u orgasmo.
2. Las mujeres tienen, por lo general, un mejor pronóstico.
3. La principal meta terapéutica la constituye romper la ansiedad de anticipación y la anticipación de consecuencias negativas, los aspectos aversivos tal como son vividos por la pareja disfuncional, y las conductas de evitación del contacto sexual.
4. Otra importante meta terapéutica es mejorar la calidad de la técnica y la satisfacción en

la actividad sexual. El rendimiento sexual y la frecuencia de relaciones no se consideran objetivos importantes.

5. Los trastornos del deseo sexual más complejos y difíciles de abordar suelen ser aquellos en los que coincide frustración y depresión asociados a la actividad sexual.

De acuerdo a estos postulados sugiere la focalización en la técnica sexual, buscando aumentar la calidad de la misma (normalmente con asignaciones de tareas para el hogar). McCarthy, además de la técnica de la focalización sensorial con un componente de relajación, sugiere ejercicios destinados a incrementar el confort y la intimidad en la relación (por ejemplo, incrementando las conductas demostrativas de afecto fuera del dormitorio). Al mismo tiempo, la pareja disfuncional es progresivamente expuesta a situaciones en las que normalmente venía experimentando cierta inhibición sexual, para ir aprendiendo, en la terminología de McCarthy, a ir solucionando los problemas y superando y resolviendo las inhibiciones.

A cada uno de los miembros de la pareja se les insta a valerse de fantasías y a conocer las preferencias del otro. Por último, un elemento esencial es la discusión de mitos y creencias sobre la sexualidad en la consulta.

Por nuestra parte, consideramos que en este tipo de disfunción sexual debemos actuar en base a un programa multifactorial y multidisciplinar que abarque tanto los aspectos estrictamente conductuales como los cognitivos, actitudinales y fisiológicos. En este sentido, creemos conveniente diferenciar a la hora de la planificación de la intervención entre trastorno del deseo sexual inhibido primario y secundario. En el primer caso, el trastorno de base suele ir acompañado de actitudes y cogniciones negativas acerca de la sexualidad y del propio papel sexual. En el segundo, la situación más común es la asociación

del trastorno de la fase de deseo junto a otro tipo de disfunción sexual que, normalmente, aparece cronológicamente con anterioridad.

En ambos casos una fase educativa previa resulta necesaria. Asimismo, en muchas ocasiones ventilar emociones y discutir actitudes hacia la sexualidad en general y sobre el propio rol sexual, suelen ofrecer resultados positivos en un primer momento.

En el caso de un trastorno del deseo sexual inhibido primario, un elemento clave de la terapia puede ser la terapia hormonal. Tampoco debe dejarse de lado los aspectos conductuales, específicamente los referidos a la técnica sexual de la pareja.

En el caso más usual de un trastorno del deseo sexual inhibido secundario, nuestra práctica aconseja tratar la disfunción de las fases de excitación u orgasmo en base al modelo de intervención propuesto por Caird y Wincze (1977), cuyo elemento esencial es la aplicación de variantes *in vivo* de la técnica de la desensibilización sistemática. Al mismo tiempo, y de acuerdo con Zilbergeld y Ellison (1980), consideramos que el método más eficaz para promover un incremento en el nivel de deseo y de excitación de la pareja disfuncional consiste en el entrenamiento en el reetiquetado de las sensaciones internas percibidas y en concentrarse en dichas sensaciones, olvidándose de los niveles de excitación que pudiera mostrar la pareja funcional. En otros términos, consideramos un elemento esencial el manejo de las *metacogniciones* con la que la pareja disfuncional monitoriza sus sensaciones, pensamientos, sentimientos y conductas que anticipan el encuentro sexual.

Hemos de reconocer que este tipo de problemas resultan resistentes a la terapia en muchas ocasiones, sobre todo debido a que resulta complicado mantener las ganancias terapéuticas, por la resistencia al cambio en algunos pacientes y, especial-

mente en nuestro medio, por el papel que asume el varón en la pareja.

Algo más controvertido resulta el abordaje de los problemas de aversión al sexo. Tal y como comentamos más arriba, existen distintos criterios. No obstante, en nuestra opinión la formulación de Kaplan (1983, 1988) es más acorde a los datos clínicos de que disponemos.

Los pacientes con aversión al sexo responden parcialmente a diversos tipos de fármacos anti-pánico (como es el caso del sulfato de fenelcina, imipramina o alprazolam), así como a técnicas conductuales como la de exposición; muestran un nivel de ansiedad lo suficientemente elevado como para interferir un avance significativo con las técnicas de terapia sexual al uso, en algunos casos técnicas que se muestran satisfactorias ante problemas de deseo inhibido (como es el caso de la focalización sensorial) empeoran el cuadro de aversión al sexo; y, lo que es más curioso, entre un 25 y un 50% de los pacientes con crisis de angustia (pánico) presentan conductas de evitación fóbica ante los contactos sexuales (Klein, 1980; Kaplan, 1988).

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III*. APA, Washington, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R*. APA, Washington, 1987.

BANCROFT, J. *et al.*: «Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives». *Clinical Endocrinology*, 1980; 12: 327-340.

BANCROFT, J.: *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Nueva York, 1983.

BANCROFT, J.: «Sexual desire and the brain». *Sexual and Marital Therapy*, 1988; 3: 11-28.

BARLOW, D.; SAKHEIM, D. y BECK, J.: «Anxiety increases sexual arousal». *Journal of Abnormal Psychology*, 1983; 92: 49-54.

CAIRD, W. y WINCZE, J.: *Sex Therapy. A behavioral approach*. Harper & Row, Nueva York, 1977.

CARNEY, A. *et al.*: «Combination of hormonal and psychological treatment for female unresponsiveness: a comparative study». *British Journal of Psychiatry*, 1978; 133: 339-346.

DAVISON, K. y HOFFMAN, L.: «Sexual fantasies and sexual satisfaction: an empirical analysis of erotic thought». *Journal of Sex Research*, 1986; 22: 185-204.

HARTMAN, L.: «Attentional focus, sexual responding and metacognitions». *The Journal of Sex Research*, 1985; 21: 211-217.

HEATH, R.: «Pleasure and brain activity in man». *Journal of Nervous Mental Disease*, 1972; 154: 3-18.

HEIMAN, J. y MOROKOFF, P.: *Sexual arvusi and experience as correlates of sexual malaise*. Comunicación presentada en American Psychological Association Meeting. San Francisco, 1977.

KAPLAN, H.: *The new sex therapy*. Brunner/Mazel. Nueva York, 1974.

KAPLAN, H.: «Hypoactive sexual desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1977; 3: 3-9.

KAPLAN, H.: *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel. Nueva York, 1983.

KAPLAN, H.: «Sexual Panic States». *Sexual and Marital Therapy*, 1988; 3: 7-9.

KLEIN, D.: «Anxiety reconceptualized». En: KLEIN, D. y RABKIN, J. (Eds.): *Anxiety: new research and changing concepts*. Raven Press, Nueva York, 1980.

LEIBLUM, S. y ROSEN, R.: «Introduction: changing perspectives on sexual desire». En: LEIBLUM, S. y ROSEN, R. (Eds.): *Sexual desire disorders*. Guilford, Nueva York, 1988.

LOPICCOLO, J. y FRIEDMAN, J.: «Broad spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioral and systemic therapy». En: LEIBLUM, S. y ROSEN, R. (Eds.): *Sexual desire disorders*. Guilford, Nueva York, 1988.

LOPICCOLO, L.: *Low Libido States*. American Association of Sex Therapists, Filadelfia, 1979.

LOPICCOLO, L.: «Low sexual desire». En: LEIBLUM, S. y PERVIN, L.: *Principles and practice of sex therapy*. Guilford, Nueva York, 1980.

MASTER, W. y JOHNSON, V.: *Human sexual Inadequacy*. Little, Brown. Boston, 1970.

MCCARTHY, B.: «Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1984; 10: 97-104.

MIRA, J. J.: «Clasificación de las disfunciones psicosexuales. Alternativas al DSM-III». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 1987; 3: 11-22.

RILEY, A.; RILEY, E. y BROWN, P.: «Biological aspects of sexual desire in women». *Sexual and Marital Therapy*, 1986; 1: 35-42.

ROOK, K. y HAMMEN, C.: «A cognitive perspective on the experience of sexual arousal». *Journal of Social Issues*, 1977; 33: 7-29.

SANDERS, D. y BANCROFT, J.: «Hormones and the sexuality of women — the menstrual cycle». *Clinics in Endocrinology and Metabolism*, 1982; 43: 199-214.

SCHIAVI, R. y SCHREINER-ENGEL, P.: «Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire». *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1986; 174: 646-651.

SCHOVER, L. *et al.*: «A multiaxial description system for sexual dysfunctions». *Archives of General Psychiatry*, 1980; 39: 614-619.

SCHREINER-ENGEL, P. y SCHIAVI, R.: «Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire». *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 1986; 174: 646-651.

STANLEY, E.: *The changing nature of female sexual problems*. Comunicación presentada en el Meeting of the Royal Society of Medicine. Abril de 1986.

TRUDEL, G.: «Review of psychological factors in low sexual desire». *Sexual and Marital Therapy*, 1991; 6: 261-272.

ZILBERGELD, B. y ELLISON, C.: «Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy». En: LEIBLUM, S. y PERVIN, L.: *Principles and practice of sex therapy*. Guilford, Nueva York, 1980.