

# DESCIFRANDO LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN EL DSM-5

## DISENTANGLING FEMALE SEXUAL DYSFUNCTIONS IN THE DSM-5

Nieves Moyano\*  
y Juan Carlos Sierra\*\*

### Resumen

*Se revisan las novedades del DSM-5 con respecto al DSM-IV-TR en la categoría de disfunciones sexuales femeninas, y se ofrecen argumentos aportados por los miembros del grupo de trabajo de las disfunciones sexuales. Ello facilitará a los profesionales de la salud el uso del Manual, y permitirá una aproximación a recientes resultados obtenidos en investigación sexual. Entre las principales modificaciones se destacan que por primera vez se plantean disfunciones sexuales exclusivas de la mujer. Esta modificación se basa en el reconocimiento de que diversos aspectos de la respuesta sexual son diferentes entre ambos sexos. Además, se unifican previas categorías diagnósticas bajo una etiqueta común. Sobresalen los esfuerzos del actual DSM-5 por basar sus criterios diagnósticos en evidencias empíricas.*

**Palabras clave:** DSM-5, disfunciones sexuales femeninas, respuesta sexual, investigación.

### Abstract

*This paper presents a review of the changes between DSM-IV-TR and the recently published DSM-5 regarding sexual dysfunctions in women. The empirical evidences provided by the Members of the DSM-5 Workgroup on sexual dysfunctions are discussed. The aim is to facilitate the use of the Manual by the sanitary professionals and clinicians, and also to bring recent results from sexual research. For the first time, there is a distinction between sexual dysfunctions that only apply to women. This modification acknowledges that several aspects of sexual response are different by sex. In addition, some of the previous diagnostic categories are collapsed in a common category. The efforts to provide empirical evidences for the diagnostic criteria of DSM-5 are emphasized.*

**Key words:** DSM-5, female sexual dysfunctions, sexual response, research.

Recibido: 04-02-14 | Aceptado: 02-10-14

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es una clasificación de los trastornos mentales con criterios diagnósticos que facilitan un diagnóstico más fiable. Esta afirmación constituye las primeras líneas del recientemente publicado DSM-5, un trabajo que ha sido elaborado durante 12 años, con la ayuda y colaboración de diversas instituciones relacionadas con la salud, entre ellas la Organización Mundial de la

Salud (OMS), más de 130 miembros de grupos de trabajo, más de 400 consejeros adicionales, etc. Asimismo, las diversas propuestas del actual DSM-5 se han intensificado en los últimos 6 años, en los que se han realizado revisiones de la literatura existente, se han publicado nuevas investigaciones aportando datos y evidencias que intentaban confirmar o desestimar la creación, mantenimiento o eliminación de categorías y criterios diagnósticos, se han desarrollado borradores informando de los criterios diagnósticos, haciendo accesible esta información a través de la web del DSM-5 de cara a ser expuesta a comentarios públicos (véase Obiols, 2012). Como se recoge en la actual edición, las revisiones realizadas siguieron cuatro principios básicos: 1) el DSM-5 está diseñado para ser un manual útil para clínicos, y las revisiones deben ser factibles para la práctica clínica habitual, 2) las recomendaciones para las revisiones

\* Nieves Moyano, University of Especialidades Espíritu Santo, UEES, Guayaquil, Ecuador y Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento, Universidad de Granada España

\*\* Juan Carlos Sierra, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Universidad de Granada España  
E-Mail: jcsierra@ugr.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIV p.p. 277-286  
© 2015 Fundación AIGLÉ.

deberían ser guiadas por las evidencias obtenidas a través de la investigación, 3) cuando sea posible, la continuidad debe mantenerse con las ediciones anteriores del DSM, y 4) no hay restricciones a priori en el grado de cambio entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (p. 7).

El DSM-5 establece importantes modificaciones en las categorías y criterios diagnósticos de las disfunciones sexuales. Entre ellas, cabe destacar principalmente la diferenciación de disfunciones sexuales para hombres y mujeres, y la unificación de algunas categorías diagnósticas de las disfunciones sexuales femeninas. Anteriores versiones del DSM toman como referencia el modelo de respuesta sexual descrito por Masters y Johnson (1966) quienes distinguen entre excitación, orgasmo y resolución, y posteriormente el elaborado por Kaplan (1974), quien expande el modelo al añadir la fase de deseo sexual. Ambos modelos han contribuido a enfatizar que la respuesta sexual se adecua a una secuencia temporal y coordinada que sigue varias fases que incluyen deseo, excitación, orgasmo y satisfacción (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014). Sin embargo, modelos alternativos más recientes como el propuesto por Basson (2000) reconoce diferencias en diversos aspectos de la respuesta sexual entre hombres y mujeres, especialmente en lo concerniente al deseo sexual como se revisará en detalle más adelante. Por otro lado, tanto las evidencias empíricas como la experiencia clínica sugieren la superposición de algunas fases de la respuesta sexual en la mujer.

Según se recoge en el DSM-IV-TR son seis las disfunciones sexuales que las mujeres pueden experimentar, tres de las cuales son también aplicables a los varones (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo y dispareunia); las específicas del sexo femenino serían el trastorno de excitación sexual en la mujer, trastorno orgásmico femenino y vaginismo. Sin embargo, en el actual DSM-5 se incluyen únicamente tres posibles disfunciones sexuales en la mujer: trastorno del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración/dolor genito-pélvico.

Este artículo tiene el objetivo de revisar los aspectos que han sido eliminados, modificados y /o añadidos en las categorías y criterios diagnósticos de cada una de las disfunciones sexuales femeninas, así como aportar las distintas evidencias empíricas que se han ofrecido para avalar cada uno de los cambios, de modo que se facilite la comprensión, y por tanto la utilidad y uso, del DSM-5. A continuación se ofrecen las categorías diagnósticas del nuevo DSM, las principales críticas a la anterior edición, y las evidencias empíricas que se han considerado en las modificaciones realizadas.

### *Trastorno de Interés /Excitación Sexual Femenina*

Bajo esta categoría diagnóstica se agrupan los anteriores trastornos de deseo sexual hipoactivo y el trastorno de excitación sexual femenino. Brotto, Graham, Binik, Segraves y Zucker (2011) ofrecen evidencias empíricas y teóricas que justificarían la fusión de las previas categorías diagnósticas referentes al deseo y a la excitación sexual en una única categoría diagnóstica.

### *Superposición entre deseo y excitación*

Los distintos estudios que evalúan el deseo y la excitación en la mujer señalan la dificultad de distinguir las sensaciones de deseo de la sensación subjetiva de excitación, presentándose en muchos casos de manera solapada (Bancroft y Vukadinovic, 2004; Janssen y Bancroft, 2007; Winters, Christoff, y Gorzalka, 2008). Otros estudios apuntan incluso que la excitación podría experimentarse previamente, llegando a considerarse el deseo sexual como la toma de conciencia de la excitación (Everaerd y Both, 2001). En el estudio de Rosen et al. (2000) en el que se realiza la validación del FSFI, instrumento que evalúa las disfunciones sexuales femeninas, las dimensiones de deseo y excitación presentan una elevada correlación en mujeres ( $r = .76$ ) y no así en varones. Laan y Both (2008) recogen diversos hallazgos que apoyan que el deseo surge tras la excitación provocada por un estímulo sexualmente relevante. De hecho, las autoras evidencian que los aumentos en la excitación sexual van acompañados de aumentos en el deseo sexual, por lo que concluyen que “no hay razón por la que asumir que las sensaciones de deseo y excitación sean dos cosas fundamentalmente diferentes” (p. 510). Tal como proponen Everaerd, Laan, Both y van der Velde (2000), el deseo reflejaría el proceso inicial de la excitación. A través de metodologías cualitativas, se observa cómo muchas mujeres expresan tener dificultad para distinguir entre deseo y excitación subjetiva (Brotto, Heiman y Tolman, 2009; Graham, Sanders, Milhausen y McBride, 2004; Mitchell, Wellings y Graham, 2012). El estudio de Carvalho, Vieira y Nobre (2012) parece indicar que, en tanto que las fases de deseo y excitación podrían ser más fácilmente distinguibles por mujeres que no presentan ninguna dificultad sexual, aquellas que sí alegan algún problema sexual se ajustan mejor a un patrón en el que el deseo y la excitación sexual subjetiva constituyen una única dimensión. Finalmente, Graham (2010) observa un elevado nivel de comorbilidad entre el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo y el trastorno de la excitación sexual femenina, con-

firmándose así hallazgos previos (Sanders, Graham y Milhausen, 2008).

Brotto (2010a) señala que las principales críticas y cuestiones realizadas al anterior trastorno de deseo sexual hipoactivo fueron: 1) la utilidad de seguir considerando la ausencia de fantasías sexuales, 2) si el juicio o valoración sobre la disfunción ha de ser realizado por un clínico, y 3) si debía añadirse a los criterios diagnósticos que el deseo sexual es en mayor medida desencadenado por estímulos sexuales, más que surgir de manera espontánea.

#### *La utilidad de considerar la ausencia de fantasías sexuales*

Se han planteado diversas dudas sobre la utilidad de incluir la falta de fantasías sexuales en los criterios diagnósticos del interés sexual femenino, ya que existen datos que sugieren que las fantasías sexuales en la mujer no deben interpretarse como un indicador o una expresión de su deseo, sino que con mayor frecuencia las fantasías se utilizan para poder facilitar la excitación sexual (Brotto et al., 2009; Moyano y Sierra, 2013). De este modo, Brotto (2010a) sugiere que “es posible que las fantasías sean un constructo más relevante para el deseo sexual de los hombres que para las mujeres” (p. 227). Pese a las dudas planteadas, este criterio sigue formando parte del diagnóstico del trastorno de interés/excitación sexual femenina.

#### *¿Quién realiza el juicio sobre la disfunción?*

En el DSM-IV-TR, el juicio o valoración sobre la disfunción la realiza un clínico; sin embargo, este criterio no aparece en el actual DSM-5, ya que como argumenta Brotto (2010a), no existen evidencias que prueben las cualidades del clínico, o la validez o fiabilidad de su valoración.

#### *Deseo sexual desencadenado por estímulos vs. deseo sexual espontáneo*

A diferencia de los modelos tradicionales (Kaplan, 1974, Masters y Johnson, 1966), que consideran que la respuesta sexual comienza con la fase de deseo, cada vez existe una mayor evidencia que apunta a que el deseo sexual en la mujer es más frecuentemente desencadenado por un estímulo y que no surge, en la mayoría de las ocasiones, de manera espontánea. De este modo, Laan y Both (2008) afirman que en las mujeres no suele darse un “deseo sexual espontáneo”, sino que previamente debe existir algún estímulo sexual que lo desencadena. Así lo propone el modelo planteado por Basson (2000, 2001, 2002), en el que el deseo sexual

surge en respuesta a algún estímulo y en un contexto suficientemente apropiado o facilitador (véase Both, Spiering, Everaerd y Laan, 2004). Como Basson argumenta, los modelos tradicionales parecen considerar al deseo como un fenómeno que surge de modo “automático”, sin apenas tener en cuenta aspectos contextuales e interpersonales, que sin duda influyen con mayor frecuencia a la mujer que al hombre (véase Baumeister, 2000). No por ello se debe concluir que no sea posible una expresión del deseo de forma espontánea en la mujer, sino que de modo más probable el deseo suele ser desencadenado por algún estímulo o situación que lo facilita.

#### *Terminología sobre “hipoactivo” y “deseo”*

Finalmente se comenta el cambio en la terminología utilizada para definir esta nueva categoría diagnóstica. Como propone Brotto (2010a), el término “hipoactivo” y “deseo” tienen connotaciones biológicas. La expresión “hipoactivo” además indicaría una deficiencia de actividad, es decir, sugiere un déficit, por lo cual resulta poco apropiada ya que en muchos casos el bajo deseo en la mujer y el malestar que siente suelen deberse a la discrepancia en la frecuencia de relaciones sexuales que los miembros de la pareja desean, más que poder atribuirse a un nivel deficiente de su propio deseo sexual. Es por ello que este término no aparece en el actual DSM-5. Además, el término “deseo” hay sido sustituido por “interés”, ya que este término enfatiza la mayor amplitud del constructo, en comparación con deseo (véase Levine, 1987) y destaca en mayor medida el aspecto motivacional.

#### *Excitación sexual como un fenómeno exclusivamente genital*

Graham (2010) plantea esta cuestión como una de las principales críticas a los criterios diagnósticos del trastorno de excitación sexual femenina del DSM-IV-TR. Diversos estudios distinguen entre la existencia de excitación objetiva, cuyo principal indicador ha sido la lubricación, frente a la excitación subjetiva, considerada como la consciencia de excitación que cada individuo experimenta (Laan, Everaerd, Velde y Geer, 1995). Esta distinción resulta fundamental, ya que por un lado, y tal como comenta Brotto (2010b), los problemas de lubricación no necesariamente generan malestar en la mujer; sin embargo, la falta de excitación subjetiva o mental es la que de manera más común se presenta en la terapia sexual. Asimismo, un estudio realizado por Graham, Sanders, Milhausen y McBride, (2004) muestra la debilidad de la asociación entre lubricación y sensación de excitación, ya que algunas participantes describían situaciones en las que presen-

taban lubricación vaginal sin presentar excitación, y viceversa. En este sentido los estudios realizados por Chivers (véase Chivers 2005; Chivers, Seto, Laumière, Laan y Grimbos, 2010), señalan la escasa concordancia de la mayoría de las mujeres entre la excitación objetiva o genital, obtenida a través de registros psicofisiológicos (fotopletismógrafo vaginal), y la excitación subjetiva que informan a través de una medida de autoinforme. Estas evidencias contribuyen a subestimar la validez que se había otorgado a la presencia de lubricación como casi exclusivo indicador de excitación, y a considerar otros aspectos no genitales como componentes centrales de la excitación que aparecen por tanto reflejados en el DSM-5.

#### *Trastorno de Aversión Sexual (DSM-IV-TR)*

Este trastorno ha sido eliminado del actual DSM-5. En la edición anterior, aunque independiente al trastorno de deseo sexual hipoactivo, era considerado un trastorno relacionado con el deseo sexual. El debate se han planteado en las siguientes direcciones: 1) su similitud con fobias específicas, similar a un estado de pánico o un trastorno de ansiedad, por lo que no debería ser una disfunción sexual, además de responder óptimamente a la terapia conductual en la forma de una desensibilización sistemática, 2) cuestionar si la aversión sexual forma parte de los trastornos relacionados con el deseo, ya que quienes manifiestan aversión sexual suelen presentar mayores niveles de ansiedad, en comparación con quienes informan de bajo deseo sexual y 3) similitud entre aversión sexual y vaginismo, ya que ambos casos existe evitación y anticipación debido al miedo, aunque en el segundo caso estaría centrado exclusivamente en el miedo a la penetración.

#### *Trastorno Orgásmico Femenino*

Como apuntan Mitchell y Graham (2007), el aspecto principal a tratar en esta categoría diagnóstica era evitar la patologización de la gran variabilidad de las experiencias de orgasmo en las mujeres y que, aunque pueden ser ampliamente diversas, forman parte de la normalidad. Este intento por no patologizar aspectos que integran un rango de "normalidad" contrasta con ediciones anteriores, especialmente con el DSM-III, en el que los criterios para el "orgasmo femenino inhibido" como era denominado en esa edición, incluían lo siguiente: "algunas mujeres pueden ser capaces de experimentar un orgasmo durante situaciones no coitales a través de la estimulación del clítoris pero no consiguen experimentarlo durante el coito en ausencia de estimulación manual del clítoris. Hay evidencia para sugerir que en algunas situaciones esto representa

una inhibición patológica que justifica el diagnóstico en tanto que en otras situaciones representa una variación normal de la respuesta sexual femenina". Sin duda este criterio, además de erróneo, -ya que se ha demostrado ampliamente que la mayoría de mujeres requieren de algún tipo de estimulación directa o indirecta del clítoris para poder alcanzar el orgasmo, debido a la relativa insensibilidad de la vagina (Elberdín, 1999; Hite, 2011), ha llevado a la patologización de conductas totalmente normales.

Siguiendo a Graham (2010), las principales críticas al trastorno orgásmico femenino en el DSM-IV-TR serían: 1) ¿a qué se refiere el anterior criterio de "fase normal de excitación"? ¿es necesaria su consideración?, y 2) considerar no sólo una visión dicotómica de los orgasmos basada en su presencia/ausencia, sino considerar también otros aspectos, como su intensidad.

#### *"Fase normal de excitación"*

La pregunta que el grupo de trabajo del DSM-5 se ha realizado sobre uno de los criterios del DSM-IV-TR fue ¿qué debemos considerar como "fase normal de excitación"? Estudios que justifican su eliminación de los criterios para el trastorno orgásmico femenino en el DSM-5 muestran que gran parte de las mujeres que indican ser anorgásmicas, informan de una fase de "excitación normal" (Andersen y Cyranowski, 1995). Asimismo, muchas mujeres con anorgasmia manifiestan conseguir orgasmos a través de la masturbación, por lo que el factor etiológico de mayor importancia parece ser más bien la falta de una adecuada estimulación (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994) y no la ausencia de una fase previa de excitación considerada normal.

#### *Presencia /ausencia de orgasmos vs. intensidad*

Siguiendo la propuesta de Basson (2002), se incluye la consideración de "intensidad de sensaciones orgásmicas" en el DSM-5. En este sentido, y como reconoce Graham (2010), el orgasmo no es un fenómeno que ocurre en forma de "todo o nada", y que la disminución de su intensidad también podría resultar problemática. Por tanto, este aspecto debería ser considerado con cautela y no caer en la patologización de lo que constituyen variaciones normales, ya que tanto la intensidad como la duración de cada orgasmo pueden ser diferentes.

#### *Trastorno por Penetración /Dolor Genito-Pélvico*

Los trastornos relacionados con el dolor (dispareunia y vaginismo) son ahora fusionados bajo la

categoría diagnóstica de trastorno por penetración/dolor genito-pélvico.

#### Superposición de dispareunia y vaginismo

Ambos trastornos desaparecen para formar una categoría diagnóstica común en el DSM-5. Este cambio se debe fundamentalmente a la alta comorbilidad de ambos diagnósticos y a la compartición de sus criterios diagnósticos, ya que como informa Reissing, Binik, Khalifé, Cohen y Amsel (2004), un elevado porcentaje de mujeres diagnosticadas con vaginismo también cumplen los criterios de dispareunia. Balon y Segraves (2009) y Binik (2010a) destacan una serie de limitaciones del DSM-IV-TR en los criterios diagnósticos de la dispareunia: 1) ¿es la dispareunia una disfunción sexual?, 2) ¿es la dispareunia una categoría diagnóstica unitaria?, 3) ¿debería realizarse una clasificación de la dispareunia atendiendo a su origen o sus síntomas?

#### *¿Es la dispareunia una disfunción sexual?*

Binik (2005) ya había propuesto la reconceptualización de la dispareunia como un trastorno asociado al dolor, más que una disfunción sexual, ya que el dolor genital puede ocurrir en situaciones no sexuales como la inserción de diversos objetos (e.g., tampones, espéculo, etc.). De hecho, el dolor genital puede ocurrir “presexualmente” durante el primer intento de introducción de un tampón (Landry y Bergeron, 2009), por lo que en muchos casos su origen ni siquiera surge en un contexto sexual. A este respecto, Meana, Binik, Khalife y Cohen (1997) apoyan, en el caso concreto de la dispareunia, un cambio en su conceptualización, pasando de ser una disfunción sexual que involucra dolor a constituir un síndrome de dolor que da lugar a una disfunción sexual. Esta decisión nunca fue racionalizada, aunque como apunta Binik (2005) argumenta que la dispareunia suele interrumpir no solo una de las fases de la respuesta sexual, sino casi todos los aspectos sexuales.

#### *¿Es la dispareunia una categoría diagnóstica unitaria o una mezcla de diferentes síndromes que interfieren con el coito?*

En el DSM-IV-TR cualquier dolor genital provocado por el coito, y que no tenga causas médicas, sería diagnosticado como dispareunia. Como argumenta Binik (2010a), este criterio resulta demasiado laxo y poco concreto, ya que distintos casos en los que la mujer experimente un dolor de manera puntual (e.g., dolor en un ovario a través de una penetración profunda, o experimentar alguna sensación de ardor en la penetración) se clasificarían como dis-

pareunia, pues en ambos casos se presenta dolor y además interfieren el coito.

#### *¿Debería clasificarse la dispareunia por su etiología o por sus síntomas?*

La mayoría de psicólogos difícilmente podrían realizar un diagnóstico basado en las causas del trastorno. En cuanto a los síntomas, existen distintos aspectos que no aparecen reflejados en el DSM-IV-TR, tales como la intensidad, localización, calidad, duración, etc. del dolor. Este aspecto difiere de otros trastornos relacionados con el dolor para los que suele ofrecerse un amplio listado de síntomas y no se especifica con qué actividad interfiere. Sin embargo, en la dispareunia no se aporta información sobre sus síntomas como parte de los criterios diagnósticos, pero sí la actividad en la que interfiere ese dolor, el coito. De hecho, uno de los aspectos fundamentales y que no es clarificado en el DSM-IV-TR, es la localización en la que se produce el dolor, ya que en el criterio A sólo se hace mención a la existencia de un dolor genital. Respecto a esta cuestión la International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD) clasifica la dispareunia como un dolor vulvar provocado por el coito. Con anterioridad se ha distinguido entre dispareunias profundas (a nivel pélvico) o superficiales (a nivel vulvar) según el lugar en el que la paciente refiera que siente el dolor. Los estudios que hayan intentado aportar evidencias empíricas sobre las posibles clasificaciones o subtipos de dispareunia han sido escasos, aunque destacan dos amplias investigaciones. Meana et al. (1997) encuentran distintos tipos de dispareunia, distinguiéndose entre vestibulodinia provocada, atrofia vulvovaginal, dispareunia no relacionada con aspectos físicos, combinación de anteriores y dispareunia profunda.

Por otro lado, el vaginismo, trastorno asociado al dolor, también ha recibido ciertas críticas (Binik, 2010b): 1) valoración basada en autoinforme vs. examen pélvico, 2) ¿cómo evaluar su principal criterio diagnóstico: “presencia de espasmos vaginales”?, 3) tipos de vaginismo, y 4) ¿trastorno asociado al dolor, sin criterios en los que se especifique la presencia de dolor?

#### *Autoinforme vs. examen pélvico*

El diagnóstico sobre la presencia de “espasmos vaginales”, tal como se especifica en el DSM-IV-TR, solo puede ser realizado por un profesional sanitario con experiencia en exámenes pélvicos, por lo que en la mayoría de los casos se establece un diagnóstico en base a criterios que son difícilmente demostrables, basados fundamentalmente en el autoinforme

de la propia paciente. Asimismo, realizar un examen genital resulta casi imposible debido a la tensión y contracción vaginal que presentan las pacientes.

#### *¿Presencia de espasmos vaginales?*

Este criterio, que resulta fundamental en el diagnóstico, no ha sido apenas cuestionado anteriormente, lo que sin duda contrasta con la escasez de evidencias empíricas. Un estudio realizado por Reising et al. (2004) demuestra, al realizar exámenes ginecológicos, que menos de un tercio de mujeres con vaginismo presentaban espasmos vaginales/pélvicos. Otros estudios que hacen uso de electromiografía evidencian que no existen diferencias significativas en espasmos vaginales entre mujeres con vaginismo y controles (Engman, Lindehammar y Wijma, 2004).

#### *Vaginismo total vs. parcial*

Al igual que en el caso de la dispareunia, se ha intentado distinguir tipos de vaginismo. Engman (2007) propone que el vaginismo total es aquel caracterizado por una contracción severa del suelo pélvico, que va más allá del control de la mujer y que, o bien está acompañado de dolor, miedo y evitación a los intentos de penetración, o de un elevado nivel de miedo o evitación, que incluye todos los tipos de penetración. El vaginismo parcial se define principalmente por ser un reflejo de contracción de los músculos del suelo pélvico que cierra parcialmente la vagina durante la penetración o intento de penetración. A pesar de esta distinción, no existen evidencias empíricas que corroboren la existencia de dos tipos de vaginismo.

#### *Dolor*

Aunque el vaginismo forma parte de un trastorno sexual por dolor, curiosamente, ninguno de sus criterios en el DSM-IV-TR establece la presencia de dolor.

En conclusión, se ha optado por un término más global que incluya a la dispareunia y el vaginismo, y que represente adecuadamente sus principales síntomas o criterios, como son en ambos casos la presencia de dolor a nivel genital y/o pélvico durante la penetración.

#### *Otras modificaciones en los criterios diagnósticos del DSM-5*

Brotto (2010a) y Graham (2010) realizan las siguientes críticas a los criterios que aparecen en el DSM-IV-TR. La mayoría de ellas son aplicables a to-

das las categorías diagnósticas de las disfunciones sexuales femeninas.

#### *Delimitar duración y frecuencia del trastorno*

Con el objetivo de evitar la inclusión de lo que realmente forma parte de una variación normal de la conducta, se han eliminado términos imprecisos como “persistente o recurrente”. Es por ello que siguiendo recomendaciones de diversos autores (Balon, 2008; Segraves, Balon, y Clayton, 2007), en el criterio A del trastorno por interés/excitación sexual y trastorno orgásmico femenino se establece que los síntomas deben estar presentes en un 75%-100% de los encuentros sexuales. Este porcentaje corresponde, en los estudios realizados al respecto con una frecuencia de “casi siempre/siempre”. Para el trastorno por penetración/dolor genito-pélvico, se han propuesto otros requisitos. Por un lado se ha propuesto que el dolor debe ocurrir en el 50% o en el 33% de los coitos. Sin embargo, como apuntan Binik, Brotto, Graham y Segraves (2010), ambos criterios, además de ser arbitrarios, se han considerado elevados. Es por ello que en este trastorno los términos “persistente o recurrente” permanecen sin especificar una frecuencia o porcentaje concreto sobre su ocurrencia. Por otro lado, tras las recomendaciones realizadas, se considera como requisito que los síntomas de todas las disfunciones sexuales femeninas deben persistir durante un período mínimo de aproximadamente 6 meses (Criterio B).

#### *Malestar, dificultad*

Como apunta Graham (2010), el criterio relacionado con “el malestar acusado” que provoca la disfunción, y que fue por primera vez añadido en el DSM-IV-TR, resulta de útil consideración por: a) la variabilidad que se encuentra en las prevalencias mostradas en cada estudio al considerar o no el malestar que genera la disfunción, siendo menor la prevalencia cuando se evalúa este aspecto, b) considerar no tanto la presencia o ausencia de malestar sino el grado de malestar que genera la disfunción, lo que permite guiar el tratamiento terapéutico. Por otro lado, el grado en que la disfunción genera una dificultad interpersonal, como se recogía en el DSM-IV-TR, se ve cuestionado. Como sugiere Brotto (2010a) la dificultad interpersonal, más que ser una consecuencia del trastorno, podría ser una consecuencia de factores que están directamente asociados con la relación. Es por ello que el criterio C recoge que debe existir malestar clínicamente significativo en el individuo, a diferencia de la anterior edición que hace referencia a la dificultad interpersonal.

*No se explica mejor por...*

La anterior edición consideraba que el trastorno 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 (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica. Como comenta Graham (2010), este criterio resulta de difícil aplicación, ya que los problemas sexuales no suelen tener una causa exclusiva. Asimismo, se contraponen a enfoques terapéuticos que abogan por ser integradores y multifactoriales. Es por ello que este criterio es sustituido por “la disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de malestar severo en la relación (e.g., violencia de pareja) u otros estresores significativos y no es atribuible a los efectos de sustancia/medicación u otro condición médica”.

*Subtipos y especificadores*

De manera similar al DSM-IV-TR, se debe especificar si el trastorno: a) ha estado presente durante toda la vida (la alteración ha estado presente desde que el individuo comenzó a ser sexualmente activo), o b) es adquirido (la alteración empezó tras un período en el que el funcionamiento sexual era relativamente normal). Además hay que especificar si: a) es generalizado (no limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas), o b) situacional (solo ocurre con cierto tipo de estimulación, situaciones o parejas). A diferencia de la anterior edición, en la que se consideraba si el trastorno era debido a factores psicológicos o combinados, en el DSM-5, se valora la severidad actual (relacionado con los síntomas del Criterio A, por lo que la severidad puede ser: a) leve (evidencia de malestar), b) moderada (evidencia de malestar moderado), o c) severa (evidencia de malestar severo o extremo).

*De la asexualidad a la hipersexualidad*

Entre las características del diagnóstico de trastorno por interés/excitación sexual, se reconoce que si la falta de deseo sexual se explica mejor porque el individuo se autodefine como “asexual”, entonces no debe realizarse el diagnóstico de trastorno. La asexualidad ha sido definida como la ausencia de atracción sexual hacia otras personas o hacia el sexo y tiene una prevalencia del 1% (Bogaert, 2004, 2006). Aunque la investigación sobre asexualidad ha sido muy escasa, recientemente y con la creación de una comunidad asexual online AVEN “Asexuality, Visibility, and Education Network”, este tema ha recibido un interés creciente en la investigación sexual. Uno de los datos más relevantes ofrecidos

recientemente sobre este tema es que quienes se definen como asexuales no experimentan con malestar su falta de deseo ni su falta de atracción hacia otras personas (Brotto, Knudson, Inskip, Rhodes y Erskine, 2010), no pudiendo por tanto considerarse un trastorno -como un caso extremo de falta de deseo-.

Por otro lado, la propuesta de la hipersexualidad como un trastorno sexual ha generado un amplio debate (e.g., Halpern, 2011; Moser, 2011; Winters, 2010). Sin embargo, por decisión del Consejo Directivo de la APA esta categoría no ha sido finalmente incluida. Para conocer los criterios diagnósticos que fueron propuestos para esta categoría diagnóstica puede consultarse Kafka (2010).

**Conclusiones**

Se ha ofrecido una breve revisión acerca del proceso que durante más de una década ha guiado la elaboración del actual DSM-5, de modo que se facilite su comprensión, uso y utilización por parte de los profesionales sanitarios de las disfunciones sexuales femeninas. En el proceso de elaboración del DSM-5, los miembros del grupo de trabajo de las disfunciones sexuales – R. Taylor Segraves, Yitzchak M. Binik, Lori A. Brotto y Cynthia A. Graham-, han ido ofreciendo diversos argumentos, destacándose un especial esfuerzo por ofrecer evidencias empíricas que respalden cada una de sus propuestas acerca de los cambios, inclusiones y modificaciones en cada una de las categorías y criterios diagnósticos. Es por ello que se han realizado importantes innovaciones en las disfunciones sexuales del DSM-5. Entre ellas se destaca la diferenciación entre la respuesta sexual masculina y femenina, al demostrarse la obsolescencia de los modelos de respuesta sexual de Kaplan (1974) y Masters y Johnson (1966) en comparación con el modelo propuesto por Basson (2000), así como la débil adecuación de modelos anteriores a la respuesta sexual femenina, ya que aspectos como el deseo y la excitación sexual son diferentes entre hombres y mujeres. Se reconoce, por un lado, una mayor linealidad en la respuesta sexual masculina, que sigue las cuatro fases de deseo, excitación, orgasmo y resolución. Sin embargo este modelo no se adapta a la amplia variabilidad que demuestra la respuesta sexual femenina. En consecuencia, por primera vez no existen disfunciones sexuales compartidas entre hombres y mujeres. Otro aspecto que ha sido cuidadosamente cuidado es la mayor precisión en los términos relativos a la frecuencia y duración de los trastornos, para evitar la ambigüedad y la excesiva laxitud propia de ediciones anteriores.

Otro de los principales desafíos que se han perfilado en la actual edición ha sido evitar la patolo-

gización e inclusión de conductas que forman parte de un rango de normalidad (Mitchell y Graham, 2007), tal como ocurría en trastornos como el relacionado con el orgasmo. En este sentido, ediciones anteriores han llegado a plantear como patológicas conductas que son plenamente “normales” e incluso características y comunes en la mayoría de las mujeres. En este sentido es necesario asumir como premisa clave, lo señalado por Meana (2012) en su libro “Sexual Dysfunction in Women” al afirmar que todos los individuos pueden pasar por un período considerado disfuncional, sin embargo, debemos considerar ese período como parte de una fluctuación que es normal.

Pese a que la sexualidad ha sido por mucho tiempo sometida a criterios de “déficit” “exceso”, que no han hecho más que acrecentar la preocupación sobre si la sexualidad que cada uno experimenta forma parte de un intervalo de “normalidad” o no, el aspecto relativo a la presencia de malestar resulta de gran relevancia y se impone sobre criterios de conductas “mayoritarias” vs. “minoritarias”, tal como es el caso de la asexualidad. Este criterio resulta sin duda de un gran acierto, si bien, el profesional sanitario y los educadores deberán dedicar sus esfuerzos para que no se experimente malestar ante conductas que son sexualmente saludables (véase Lottes, 2013), siendo la promoción de la salud una responsabilidad en la sociedad actual.

Es necesario realizar una reflexión sobre el papel que tiene el contexto cultural en los trastornos propuestos en el DSM. Así, debe considerarse a) la identidad cultural del individuo, b) el concepto cultural de malestar, c) los estresores y características psicosociales y culturales de vulnerabilidad y resiliencia, d) las características culturales de la relación entre el individuo y el clínico y e) finalmente la evaluación global de la cultura. Es por ello que resulta fundamental tener en cuenta que las evidencias empíricas basadas en la investigación provienen en su mayoría de Estados Unidos y Canadá, seguidos en menor medida de países europeos como Alemania, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, y otros países como Australia. Es necesario considerar la idiosincrasia de cada país, su historia y cultura (véase Bermúdez et al., 2012), ya que de lo contrario podrían realizarse diagnósticos inapropiados y limitados. Asimismo, este aspecto debería servir de incentivo para que en Iberoamérica se fortalezca un mayor compromiso entre el ámbito investigador y terapéutico. Si sumamos a esta falta de cohesión, el hecho de que la investigación sexual en los países de habla hispana es aún escasa, y que quienes realizan una labor terapéutica en la mayoría de los casos no llevan a cabo una actividad de divulgación, la aportación de los países hispanoamericanos, tanto

al avance en la propia región como a nivel internacional en materia de sexualidad ofrece un panorama no demasiado enriquecedor.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> ed. Revisada). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andersen, B.L., & Cyranowski, J.M. (1995). Women's sexuality: Behaviors, responses, and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 891-906.
- Balon, R. (2008). The DSM criteria of sexual dysfunction: Need for a change. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34*, 186-197.
- Balon, R., & Segraves, R.T. (2009). *Clinical Manual of Sexual Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *The Journal of Sex Research, 41*, 225-234.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*, 51-64.
- Basson, R. (2001). Human sex response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 33-43.
- Basson, R. (2002). Rethinking low sexual desire in women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology, 109*, 357-363.
- Baumeister, R.F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin, 126*, 347-374.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HUV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 235-249.
- Binik, Y.M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior, 34*, 11-21.

- Binik, Y.M. (2010a). The DSM diagnostic criteria for Dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 292-303.
- Binik, Y.M. (2010b). The DSM diagnostic criteria for Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 278-291.
- Binik, I., Brotto, L., Graham, C., & Segraves, R. (2010). Response of the DSM-5 Sexual Dysfunctions Subworkgroup to Commentaries. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2382-2387.
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41, 279-287.
- Bogaert, A.F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology*, 10, 241-250.
- Both, S., Spiering, M., Everaerd, W., & Laan, E. (2004). Sexual behavior and responsiveness to sexual cues following laboratory-induced sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 41, 242-259.
- Brotto, L. A. (2010a). The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 221-239.
- Brotto, L.A. (2010b). The DSM diagnostic criteria for Sexual Aversion Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 271-277.
- Brotto, L.A., Graham, C.A., Binik, Y.M., Segraves, R.T., & Zucker, K.J. (2011). Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? A response to DeRogatis, Clayton, Rosen, Sand, and Pyke (2010). *Archives of Sexual Behavior*, 40, 221-225.
- Brotto, L.A., Heiman, J.R., & Tolman, D.L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*, 46, 387-398.
- Brotto, L.A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 599-618.
- Carvalho, J., Vieira, A.L., & Nobre, P. (2012). Latent structures of female sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 907-917.
- Chivers, M. L. (2005). A brief review and discussion of sex differences in the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 377-390.
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumiere, M.L., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 5-56.
- Elberdín, L. (1999). *La polémica clítoris-vagina: y la eyaculación precoz*. Xenpelar Kulturdena.
- Engman, M. (2007). Partial vaginismus—definition, symptoms and treatment. Tesis doctoral no publicada, Linköping University, Linköping, Suecia.
- Engman, M., Lindehammar, H., & Wijma, B. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 281-294.
- Everaerd, W., & Both, S. (2001). Ideal female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 137-139.
- Everaerd, W., Laan, E., Both, S., & van der Velde, J. (2000). Female sexuality. En L. Szuchman y F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality* (pp. 108-122). Nueva York: Wiley.
- Graham, C.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for Female Sexual Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 240-255.
- Graham, C.A., Sanders, S.A., Milhausen, R.R., & McBride, K.R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 527-538.
- Halpern, A.L. (2011). The proposed diagnosis of Hypersexual Disorder for inclusion in DSM-5: Unnecessary and harmful [Letter to the Editor]. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 487-488.
- Hite, S. (2011). *The Hite report: A nationwide study of female sexuality*. Seven Stories Press.
- Janssen, E., & Bancroft, J. (2007). The dual control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. En E. Janssen (Ed.), *The psychophysiology of sex* (pp. 197-222). Bloomington: Indiana University Press.
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Laan, E., & Both, S. (2008). What makes women experience desire? *Feminism and Psychology*, 18, 505-514.
- Laan, E., Everaerd, W., Velde, J., & Geer, J.H. (1995). Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: Feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*, 32, 444-451.
- Landry, T., & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo□ vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 927-935.

- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levine, S.B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 35-44.
- Lottes, I.L. (2013). Sexual rights: Meanings, controversies, and sexual health promotion. *Journal of Sex Research*, 50, 367-391.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Meana, M. (2012). *Sexual Dysfunction in Women*. Hogrefe Pub.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Cohen, D.R. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583-589.
- Mitchell, K., & Graham, C. A. (2007). Two challenges for the classification of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1552-1558.
- Mitchell, K., Wellings, K., & Graham, C. (2012). How do men and women define sexual desire and sexual arousal? *Journal of Sex and Marital Therapy*. DOI: 10.1080/0092623X.2012.697536.
- Moser, C. (2011). Hypersexual Disorder: Just more muddled thinking [Carta al Editor]. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 227-229.
- Moyano, N., & Sierra, J.C. (2013). Relationships between personality traits and positive/negative sexual cognitions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 189-196.
- Obiols, J.E. (2012). DSM 5: Precedents, present and prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 281-290.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 5-17.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Sánchez-Fuentes, M.M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75.
- Sanders, S.A., Graham, C.A., & Milhausen, R.R. (2008). Predicting sexual problems in women: The relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 241-251.
- Segraves, R., Balon, R., & Clayton, A. (2007). REVIEWS: Proposal for Changes in Diagnostic Criteria for Sexual Dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 567-580.
- Winters, J. (2010). Hypersexual Disorder: A more cautious approach [Carta al Editor]. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 594-596.
- Winters, J., Christoff, K., & Gorzalka, B.B. (2008). Conscious regulation of sexual arousal in men. *Journal of Sex Research*, 46, 330-343.