

RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 55. ACERCA DEL ESTADO DE LA CLINICA SEXOLOGICA



Ps. Juan V Gallardo C.

A mediados del siglo XX, la clínica sexológica experimentó un desarrollo significativo en el cual Alfred Kinsey, biólogo y sexólogo estadounidense, fue una figura central. En las décadas de 1940 y 1950, Kinsey y su equipo publicaron dos estudios extensos, ‘Sexual Behavior in the Human Male’ (1948) y ‘Sexual Behavior in the Human Female’ (1953), en los cuales proporcionaron un análisis detallado de las prácticas, actitudes y comportamientos sexuales de miles de personas en Estados Unidos, demostrando que la sexualidad humana era mucho más variada y compleja de lo que se pensaba. Su enfoque descriptivo, basado en estadísticas, cuestionó las normas sexuales tradicionales e introdujo un modelo científico que desafiaba comportamientos sexuales considerados ‘desviados’.

Posteriormente, en las décadas de 1960 y 1970, los psicólogos y terapeutas sexuales William Masters y Virginia Johnson avanzaron en este campo al desarrollar un enfoque clínico y terapéutico directo sobre la función y disfunción sexual. En su obra ‘Human Sexual Response’ (1966), Masters y Johnson estudiaron las fases fisiológicas del ciclo de respuesta sexual humana (excitación, meseta, orgasmo y resolución) mediante observaciones de laboratorio, aportando un conocimiento empírico sin precedentes. Además, en ‘Human Sexual Inadequacy’ (1970), introdujeron un modelo de terapia sexual para tratar disfunciones sexuales comunes, como la disfunción eréctil y la anorgasmia. Su método combinaba técnicas de desensibilización progresiva, ejercicios de focalización sensorial y otros ejercicios terapéuticos en pareja, abordando tanto factores físicos como psicológicos de las disfunciones sexuales. Este enfoque multidisciplinario de Masters y Johnson influyó profundamente en la terapia sexual moderna, estableciendo un paradigma en el cual las intervenciones eran científicas y basadas en la evidencia. Su trabajo, junto con las investigaciones de Kinsey, transformaron el panorama de la sexualidad humana al introducir una perspectiva científica y terapéutica, contribuyendo a eliminar tabúes y promoviendo una sexualidad saludable y libre de prejuicios.

Tras los trabajos de Kinsey, Masters y Johnson, surgió la figura de Helen Singer Kaplan, quien desarrolló numerosos aportes al campo de la sexología, comenzando a estructurar un marco diagnóstico cada vez más detallado, permitiendo clasificar las disfunciones y alteraciones sexuales en distintos niveles de severidad: leve, moderado y grave, y un valioso marco psicoterapéutico para la clínica sexológica, proporcionando un enfoque integral y gradual para el diagnóstico y tratamiento.

En nuestro contexto, el texto “Normalidad y Anormalidad en Sexualidad” (Gallardo, JV, 1984) revisó los criterios imperantes para definir la normalidad y anormalidad en sexualidad mediante tres enfoques: valorativo, estadístico y fenoménico. A partir de ellos, propone una definición de ‘Sexualidad Normal’ como “una actividad física de carácter erótico entre organismos humanos, que propende potencialmente al contacto genital, aceptada voluntariamente y con la capacidad individual de obtener gratificación y placer conducente a una mutua satisfacción, con ausencia de daño o lesión física y/o psicológica” (ibid.). Este texto se consolidó durante décadas como referencia diagnóstica en la clínica sexológica, clasificando las conductas que no cumplen estos criterios en dos categorías: “Disfunciones Sexuales” y “Alteraciones Sexuales”, según fuesen desviaciones cuantitativas o cualitativas de la Respuesta Sexual humana.

Las Disfunciones Sexuales, en línea con el modelo trifásico de Helen Singer Kaplan, afectan el deseo, la excitación o el orgasmo, manifestándose en problemas como la disfunción eréctil o la dispareunia; en

tanto que las Alteraciones Sexuales incluyen comportamientos como el fetichismo o el Voyeurismo, donde el objeto o medio de gratificación se desvía significativamente del contacto erótico convencional.

En este contexto, emergieron nuevas categorías de disfunciones y alteraciones sexuales, cada una abordando distintos aspectos de la respuesta sexual, tales como la anhedonia sexual, el deseo sexual hipoactivo, el trastorno por ansiedad de rendimiento; las aversiones sexuales, como el asco post-orgasmo, la anorgasmia, el vaginismo, la dispareunia, la eyaculación retardada, la incontinencia eyaculatoria; por un lado, y más recientemente, el trastorno hipersexual o comportamiento sexual compulsivo, el cibersexo y/o adicción a la pornografía y a las redes sociales.

La clasificación detallada de las disfunciones y alteraciones sexuales en niveles de severidad —leve, moderado y grave— facilitó un abordaje terapéutico ajustado a la intensidad de cada cuadro, promoviendo intervenciones adecuadas tanto en su enfoque como en su duración. Este sistema permitió que los tratamientos fueran más personalizados, ya que consideraban no solo la sintomatología, sino también la implicancia emocional y relacional de cada trastorno. Los modelos desarrollados en esta época integraron enfoques multidisciplinarios en la terapia sexual. Así, además de las técnicas específicas como la focalización sensorial y la desensibilización progresiva, los terapeutas comenzaron a incluir intervenciones cognitivas y emocionales para tratar problemas subyacentes, como la ansiedad y el miedo al rechazo.

Este marco diagnóstico integrador permitió a los profesionales de la sexología un enfoque más personalizado, al clasificar y comprender las disfunciones y alteraciones sexuales desde un espectro multifacético y abordar las complejidades del deseo, la excitación y el placer en un contexto tanto físico como psicológico.

DISFUNCIONES SEXUALES	ALTERACIONES SEXUALES
Deseo Sexual Hipoactivo	Pedofilia
Deseo Sexual Hiperactivo	Gerontofilia
Trastorno de la Excitación Femenina	Zoofilia
Disfunción Eréctil	Necrofilia
Incontinencia Eyaculatoria	Narcisismo
Inhibición (Incapacidad) Eyaculatoria	Onanismo
Anorgasmia Femenina	Fetichismo
Anhedonia	Voyerismo
Dispareunia	Exhibicionismo
Vaginismo	Sadismo
Trastorno de Aversión Sexual	Masoquismo
Eyaculación Retardada	Trastornos de Identidad de Género
Otras: Ansiedad por Rendimiento sexual, Comportamiento sexual compulsivo...	Otras: Fijaciones en fases pregenitales (oral, anal uretral); Somnofilia, Froteurismo...

Estas categorías diagnósticas cumplen la función de orientar la evaluación de síntomas, etiología, evolución y pronóstico, determinar la modalidad de tratamiento y las técnicas de intervención, y evaluar el éxito terapéutico. A continuación, se detalla cada una de estas categorías para clarificar sus características más relevantes.

DISFUNCIONES SEXUALES

Disfunción Sexual	Definición
Deseo Sexual Hipoactivo	Disminución significativa o ausencia de interés o deseo sexual, lo que afecta la vida íntima y la satisfacción personal o de pareja.
Deseo Sexual Hiperactivo	Deseo sexual excesivo y persistente que interfiere con otras actividades o genera malestar personal y en las relaciones, también conocido como “hipersexualidad”.
Trastorno de la Excitación Femenina	Dificultad para alcanzar o mantener una excitación sexual adecuada, caracterizada por falta de lubricación o respuesta genital durante la actividad sexual.
Disfunción Eréctil	Incapacidad persistente para lograr o mantener una erección suficiente para el desempeño sexual, afectando la función y satisfacción sexual.
Incontinencia Eyaculatoria (Eyacu- lación Precoz)	Eyaculación que ocurre con poca estimulación y antes de lo deseado, causando malestar personal y afectando la satisfacción de la pareja.
Inhibición Eyaculatoria (Incapaci- dad)	Dificultad persistente para eyacular durante el acto sexual, a pesar de una estimulación adecuada, generando frustración o insatisfacción.
Anorgasmia Femenina	Ausencia recurrente o retraso significativo en el orgasmo en mujeres, pese a la estimulación y deseo sexual adecuados.
Anhedonia Sexual	Falta de placer o disfrute durante la actividad sexual, a pesar de una respuesta física de excitación; puede estar vinculada a problemas emocionales o psicológicos.
Dispareunia	Dolor recurrente durante la actividad sexual, ya sea en la penetración o en otros momentos del contacto sexual, que afecta el placer y el bienestar sexual.
Vaginismo	Contracción involuntaria de los músculos del tercio externo de la vagina, lo cual impide la penetración y causa dolor o malestar, dificultando el acto sexual.
Trastorno de Aversión Sexual	Fobia o aversión intensa hacia la actividad sexual o cualquier contacto sexual, que provoca ansiedad, miedo o repulsión extrema, interfiriendo con la vida sexual.
Eyaculación Retardada	Retraso significativo en la eyaculación, o dificultad para lograrla durante la actividad sexual, causando incomodidad o insatisfacción en la relación sexual.

ALTERACIONES SEXUALES

Alteraciones Sexuales	Definición
Pedofilia	Atracción sexual hacia niños o niñas, generalmente menores de 13 años; clasificada como parafilia y considerada un trastorno cuando hay riesgo de abuso o se actúa sobre ella.
Gerontofilia	Atracción sexual hacia personas de edad avanzada o ancianas; puede interferir con las relaciones de pareja y generar complicaciones emocionales o relacionales.
Zoofilia	Atracción sexual hacia animales; en muchos contextos legales y éticos, esta práctica se considera inadecuada o criminalizada.
Necrofilia	Atracción sexual hacia cadáveres o la idea de tener relaciones sexuales con ellos; clasificada como parafilia y asociada a trastornos de conducta y problemas éticos severos.

Narcisismo	Atracción y gratificación sexual derivada de la propia imagen corporal; en su forma extrema, puede llevar a una desconexión afectiva y a la exclusión de pareja sexual.
Onanismo	Práctica de la masturbación como única forma de gratificación sexual, excluyendo el contacto con otras personas; puede estar asociada a aislamiento o problemas relacionales.
Fetichismo	Atracción sexual intensa hacia objetos inanimados o partes del cuerpo no genitales (como pies o ropa), necesario para alcanzar la excitación o el orgasmo.
Voyeurismo	Excitación sexual al observar a otras personas desnudas o en actividad sexual sin su consentimiento, a menudo en secreto; puede derivar en problemas legales y relacionales.
Exhibicionismo	Necesidad de exponer los genitales a personas desprevenidas para obtener gratificación sexual; se considera parafilia y puede llevar a consecuencias legales.
Sadismo	Obtención de placer sexual al causar dolor o humillación a otra persona en el contexto sexual; a veces consensuado en prácticas BDSM, pero puede ser dañino sin consentimiento.
Masoquismo	Placer sexual derivado de recibir dolor o humillación en el contexto sexual; también presente en prácticas BDSM, pero se considera patológico si causa daño físico o psicológico.
Trastornos de Identidad de Género	Incongruencia intensa entre el género experimentado y el asignado al nacer, que causa malestar o disforia de género; no necesariamente implica alteración de conducta sexual.
Somnofilia	Atracción sexual hacia personas dormidas o inconscientes, asociada a la excitación por la vulnerabilidad o incapacidad de respuesta del otro; considerada una parafilia.
Froteurismo	Excitación sexual derivada de rozar o frotarse contra personas sin su consentimiento, generalmente en lugares públicos y con consecuencias legales si se actúa sobre ella.

Los trabajos de Kaplan, junto con los de Masters y Johnson, consolidaron un enfoque integrador en la terapia sexual, combinando técnicas conductuales con exploraciones psicodinámicas, enfoque que continúa influyendo en la práctica clínica actual. Estos estudios ayudaron a establecer un modelo de terapia sexual que, durante décadas, ha demostrado ser eficaz para abordar tanto los síntomas visibles como los factores emocionales subyacentes. Este modelo ha facilitado un entendimiento más completo y matizado de la sexualidad humana dentro del contexto terapéutico, promoviendo un tratamiento que se adapta a la complejidad inherente de la sexualidad individual y de pareja

CRISIS EN LA TERAPIA SEXOLÓGICA

En las últimas décadas, el surgimiento de la posmodernidad ha coincidido con un notable descenso en la investigación rigurosa dentro de la terapia sexual. Este fenómeno se vincula a varios postulados posmodernos, como el cuestionamiento de los criterios objetivos, la dilución de los límites entre normalidad y anormalidad, la valorización de la autopercepción, el rechazo al orden biológico determinista y la desconfianza en conocimientos sustentados en parámetros verificables. Este enfoque ha fomentado una tendencia hacia el subjetivismo, privilegiando una perspectiva cualitativa que ha ideologizado la disciplina al ajustarla a categorías figurativas y desprovistas del rigor necesario para identificar patrones generales y formular estrategias terapéuticas efectivas y reproducibles.

Además, el sesgo hacia lo políticamente correcto en la investigación ha generado una autocensura que evita temas considerados “problemáticos” en los discursos de inclusión y diversidad. Esta autocensura limita el desarrollo de una ciencia clínica de la terapia sexual capaz de abordar todas las dimensiones de la sexualidad humana, incluyendo aquellas que, aunque controvertidas, son esenciales para una comprensión

completa y funcional. Como resultado, la terapia sexual ha perdido cohesión y capacidad de respuesta frente a problemas reales y clínicamente significativos, alejándose de un progreso sostenido basado en evidencia.

Actualmente, con el surgimiento de nuevos paradigmas que buscan superar el posmodernismo en favor de un modelo holístico o Paradigma Unificado de Conocimiento, empiezan a emerger principios epistémicos renovados. Estos permiten retomar la investigación de la sexualidad y de una clínica sexológica con rigor, continuando los aportes de investigadores como Masters y Johnson y Helen Singer Kaplan. Este enfoque renovado impulsa una revisión crítica de los saberes actuales, evaluando cuán fundamentados están en términos de Verdad (índices de realidad), hipótesis (construcciones conjeturales), fantasías (construcciones analógicas u oníricas) o incluso delirios (retórica psicopatológica). Con estos nuevos principios, la terapia sexológica pretende dejar atrás un periodo de oscurantismo y recuperar su capacidad para ofrecer respuestas objetivas, prácticas y fundamentadas en evidencia frente a las complejas demandas de la clínica actual.

La revisión contemporánea de una arquitectura del Aparato Mental, considerado como un holón con una estructura jerárquica (holarquías) y niveles infraestructurales, estructurales y superestructurales, derivada de las propuestas de Carl Gustav Carus sobre la Psique y de Paul MacLean sobre el Cerebro, ha permitido explorar el desarrollo de la estructura llamada Imaginario Erótico, la cual complementa tanto la clínica de las Disfunciones como la de las Alteraciones sexuales.

Asimismo, las proposiciones de Sándor Ferenczi sobre la Sexualidad Órfica y los cuatro niveles de sexualidad humana descritos por el Bioanálisis —etológica, órfica, límbica y cognitiva— ofrecen un nuevo marco que, por un lado, complementa la clínica sexológica general, y por otro, aporta con nuevos recursos de conocimiento y clínicos para enfrentar estos cuadros, además de otros que han aparecido como manifestaciones de una convulsiva sexualidad socio-cultural.

REFERENCIAS Bibliográficas

- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1968). *La respuesta sexual humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1974). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1986). *Sexualidad humana*. México: El Manual Moderno.
- Kaplan, H. S. (1978). *La nueva terapia sexual: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kaplan, H. S. (1979). *Trastornos del deseo sexual y otros nuevos conceptos y técnicas en terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1983). *Evaluación de los trastornos sexuales: Aspectos psicológicos y médicos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1987). *Eyacuación precoz: Cómo superarla*. Barcelona: Grijalbo.

Volver a Recursos Terapéuticos

Volver a Newsletter 27-ALSF