

Sexualidad, psicofármacos y trastornos de la sexualidad en la infancia y adolescencia

Francisco Javier Insa Gómez, Aida Pérez Rodríguez, María Isabel Gallego Gómez, José Ramón Gutiérrez Casares

Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio Extremeño de Salud, Gerencia del Área de Badajoz.

1. INTRODUCCIÓN

El hombre es su ser sexuado desde la potencialidad cromosómica que tiene en el momento de la concepción hasta el fin de su vida. Esta sexualidad tendrá diversas manifestaciones a lo largo de su desarrollo, condicionadas por múltiples factores de tipo biológico, psicológico y ambiental.

La sexualidad humana es un fenómeno complejo que abarca aspectos biológicos (genéticos, hormonales y neuroendocrinos), etológicos (necesidad reproductiva para la conservación de la especie, instinto y deseo sexual), sociales (familiares, educacionales, comunicacionales, religiosos) e individuales (necesidad de dependencia, sistema de valores y moral), etc. que hay que tener en cuenta a la hora de la exploración de estos aspectos.

En el desarrollo sexual tendrá obviamente un papel fundamental la educación proporcionada por la familia, que condicionará la vivencia del niño y adolescente de su propio desarrollo físico y psicosexual y su actitud hacia el inicio de la vida sexual activa.

Las relaciones entre la sexualidad y la psiquiatría infantil pueden analizarse desde muy distintos puntos de vista pero, desde un punto de vista clínico, lo más útil es dividir las en 4 apartados (Tabla 1). Los apartados con más importancia en la edad infantil son los trastornos de la identidad sexual mientras que los adolescentes mayores presentan ya las mismas alteraciones que los adultos jóvenes. Recientemente ha empezado a cobrar importancia las alteraciones de la sexualidad ligadas a la utilización de psicofármacos. Esto, quizás pueda ser debido a un mayor desarrollo de la Psicofarmacología infantil, a una mayor preocupación por este tipo de efectos adversos y a circunstancias sociales que hacen que los niños presenten una actividad sexual más precoz que en épocas anteriores

2. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

2.1. Introducción

La complejidad de la sexualidad humana es tal que hasta la propia noción de sexo está sujeta a interpretaciones, lo que hace que los autores distinguan varios tipos:

- *Sexo cromosómico*: determinado desde la concepción por la presencia del par de cromosomas 23, de forma que un par XX dará lugar a un embrión femenino y un par XY a un embrión masculino.
- *Sexo gonadal*: se establece durante el desarrollo embrionario, a partir de la sexta semana aproximadamente, en función de la influencia de determinadas hormonas que condicionan el desarrollo de las células gonadales hacia genitales externos o testículos o genitales internos u ovarios.
- *Sexo genital*: viene determinado por la presencia de genitales externos femeninos (vulva y vagina) o masculinos (pene y escroto). Condicionan la apariencia sexual externa.
- *Sexo fenotípico*: abarca el sexo genital y los caracteres sexuales secundarios que se empezarán a desarrollar a partir de la pubertad (distribución del vello y la grasa, desarrollo de las mamas y la musculatura, tono de voz, etc.).
- *Sexo psicológico*: hace referencia a la vivencia subjetiva de la identidad sexual, es decir, si el individuo se siente varón o mujer.
- *Sexo social*: consiste en la consideración del ambiente sobre el género del paciente, que determina el rol sexual o las conductas que se esperan del paciente en función de su sexo.

En relación con el sexo psicológico, pero sin identificarse con él, definimos la *orientación sexual* como la tendencia a responder a determinados estímulos eróticos, lo que condicionará la elección del objeto sexual y las fantasías sexuales. Tiene un componente biológico (influencia de las hormonas sexuales) y otro ambiental (relaciones con la figura paterna y materna, experiencias tempranas, etc.).

En cuanto a la intensidad del deseo sexual se reconoce nuevamente una influencia hormonal, necesarias en ciertas concentraciones por debajo de las cuales no aparece el deseo sexual o es de muy baja intensidad. Sin embargo, con un nivel adecuado de hormonas sexuales la relación entre el deseo y la concentración de dichas hormonas no es lineal, sino que predominan los factores psicológicos y ambientales.

El DSM-IV-TR reconoce dentro de los Trastornos de la identidad sexual las siguientes categorías:

- Trastorno de la identidad sexual
- Trastorno de la identidad sexual no identificado, que incluye como ejemplos:
 - Enfermedades intersexuales y disforia acompañante.
 - Comportamiento travestista transitorio relacionado con el estrés.
 - Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.
- Trastorno sexual no identificado: incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia, por ejemplo:
 - Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad.
 - Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
 - Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

2.2. Trastornos de la identidad sexual

Como trastornos de la identidad sexual conocemos una serie de situaciones clínicas caracterizadas fundamentalmente por el malestar que el individuo siente hacia su sexo fenotípico o social.

No es fácil establecer la epidemiología de estos trastornos en la infancia, aunque en lo que sí concuerdan la mayoría de los autores es en una mayor prevalencia en niños que en niñas. Así, la prevalencia se establece en niños entre 1/11.000 a 1/30.000, y en niñas entre 1/30.000 y 1/100.000, según autores. Estas diferencias pueden deberse en parte a una mayor tolerancia por parte de los padres hacia conductas sexuales atípicas de niñas que de niños.

En la etiología de estos trastornos hay una importante discrepancia entre los defensores de las causas más biológicas y deterministas y los que propugnan una mayor influencia ambiental.

La influencia biológica de la homosexualidad ha sido confirmada por estudios genéticos y familiares, apreciándose agregación familiar y mayor concordancia en

gemelos monocigóticos que en dicigóticos. Algunos autores han encontrado diferencias estructurales a nivel cerebral (concretamente en el hipotálamo), pero los resultados no han sido corroborados.

Las hormonas sexuales no sólo influyen en las células gonadales, sino que también tienen influencia sobre el cerebro en desarrollo. Esta influencia, que parece especialmente importante en el tercer trimestre de gestación y el primero de vida extrauterina, condicionará a nivel hipotalámico e hipofisario los ritmos cíclicos propios de la sexualidad femenina. Menos clara es su influencia sobre la identidad sexual, pues si bien en mamíferos no primates se ha comprobado una clara relación entre la diferenciación hormonal prenatal y las posteriores conductas de apareamiento, en primates y humanos se ha observado que adquieren más importancia factores postnatales como la comunicación y el aprendizaje postnatales.

Sobre estos factores biológicos, que podrían actuar como predisponentes, parece fundamental la acción de los factores ambientales, y más concretamente familiares, si bien hay pocos estudios concluyentes al respecto, y la mayoría de las aportaciones se basan en estudio de pocos casos o basados en impresiones clínicas o hipótesis apriorísticas. Entre éstos figurarían el papel sexual asignado al niño desde el nacimiento, deseo de los padres de haber tenido un hijo del sexo opuesto, relaciones entre los progenitores y el hijo (es clásica la relación con una madre sobreprotectora y un padre ausente), refuerzo de las conductas propias del otro sexo, etc.

Según la teoría psicoanalítica la causa radica en la no resolución del complejo de Edipo: el fracaso del niño en identificarse con su padre y queda en simbiosis con la madre, ya sea por la un padre pasivo o ausente o por un padre tirano y agresivo.

Clínicamente, el trastorno se caracteriza por el malestar persistente e intenso por pertenecer a su propio sexo, unido al deseo de pertenecer al sexo opuesto. Las conductas suelen empezar a hacerse evidentes a partir de la segunda infancia, momento se empieza a actuar según los roles de sexo. Más raramente pueden empezar más tarde, siendo muy infrecuente que no haya manifestaciones antes de la adolescencia. El niño manifiesta repulsión hacia los juegos y vestimenta propios de su sexo, e incluso hacia su anatomía, prefiriendo la compañía de individuos del otro sexo. La conducta se hace más evidente con el inicio de la escolarización, al aumentar las interacciones con otros niños. Suele ser en este momento cuando se inician las consultas a profesionales.

El varón rechaza deportes violentos y conductas de rivalidad y liderazgo, prefiriendo juegos tranquilos y socialmente femeninos como las muñecas o las casitas,

le gusta maquillarse y vestirse como una niña, orina sentado y rechaza sus genitales externos, pudiendo llegar a decir que se caerá el pene y se acabará desarrollando como una niña. Los compañeros suelen mostrar rechazo y agresividad, lo que aumenta el aislamiento del niño y la integración con el grupo de las niñas.

Por el contrario, las niñas gustan de juegos violentos y conductas agresivas y peligrosas, les gusta llevar una apariencia externa masculina (ropa, peinado, ausencia de pendientes o pulseras), rechazan sus genitales y fantasean con que les crecerá un pene y no se desarrollarán sus caracteres sexuales secundarios en sentido femenino ni tendrán menstruaciones. Estas conductas suelen ser socialmente más aceptables que en el caso de los varones, y el rechazo por parte de las otras niñas suele ser menor hasta la adolescencia.

2.3. Estados intersexuales

Consisten en la no concordancia entre el sexo cromosómico y el gonadal. Se debe a alteraciones del desarrollo embrionario condicionadas por alteraciones cromosómicas, genéticas u hormonales. El embrión tiende a la diferenciación en sentido femenino salvo que actúen las hormonas sexuales masculinas. Un déficit de estas hormonas en un embrión XY provocará un individuo con fenotipo femenino, y un exceso de hormonas masculinas en un individuo XX producirá su desarrollo como varón.

Entre las alteraciones más frecuentes destacamos.

- *Síndrome de Turner*: consiste en una carga cromosómica XO, lo que produce una insuficiente secreción de hormonas sexuales, que condicionarán un desarrollo femenino incompleto (agenesia o disgenesia gonadal), además de otras anomalías fenotípicas características (talla corta, cuello alado, cúbito valgo, facies peculiar) y en un 25% de los casos en coeficiente intelectual inferior a la normalidad. El fenotipo femenino es claro, son educadas en este sentido y no suelen presentar alteraciones en la identidad ni orientación sexual.
- *Síndrome de Klinefelter*: consiste en la presencia de un gonosoma femenino extra, lo que determina una carga cromosómica XXY. El fenotipo es masculino, si bien los testículos son pequeños, atróficos y generalmente infértiles. Al llegar a la pubertad el déficit de testosterona condicionará un menor desarrollo genital y de los caracteres sexuales secundarios, pudiendo

aparecer ginecomastia y distribución de la grasa según un patrón femenino. El impulso sexual suele ser menor. Al contrario que en el caso anterior, sí se ha encontrado una mayor tasa de alteraciones de la identidad sexual que en la población general.

- *Hiperplasia suprarrenal congénita o síndrome adrenogenital*: consiste en déficit de enzimas que participan en la elaboración de corticoides en la corteza suprarrenal (de las que la más frecuente es la 21 hidroxilasa), lo que produce un acúmulo de andrógenos desde la vida intrauterina, que en el caso de embriones femeninos se traducirá en hipertrofia del clítoris y engrosamiento de los labios mayores, que en función de la intensidad del déficit puede dar lugar desde cuadros subclínicos hasta una masculinización total de los genitales externos, conservando las gónadas y genitales internos femeninos. En este caso la crianza será masculina, y la orientación sexual irá hacia las hembras. En los casos más leves los genitales externos siguen siendo femeninos (con más o menos alteraciones morfológicas) y la crianza y orientación sexual será la propia del sexo femenino, si bien el exceso de andrógenos puede manifestarse en una mayor tendencia a conductas agresivas.
- *Síndrome de Morris*: consiste en una insensibilidad periférica a los andrógenos, con lo que un individuo con carga cromosómica XY no podrá desarrollarse en sentido masculino, siguiendo los tejidos la tendencia a desarrollarse en sentido femenino. Los testículos son criptorquídicos, los genitales externos son totalmente femeninos y los internos son femeninos pero poco desarrollados. Con la pubertad se desarrollan los caracteres sexuales secundarios femeninos. Estos individuos se reconocen desde el nacimiento como hembras, siendo educados en tal sentido, y su orientación sexual es heterosexual.

Los casos intermedios de genitales ambiguos son urgencias neonatales que deben ser resueltos cuanto antes, de forma que los padres puedan tratar a sus hijos de acuerdo con su sexo final y se corrijan quirúrgicamente las deformaciones presentes. La realización de un cariotipo y los estudios genéticos pertinentes diagnosticarán el sexo del individuo y la alteración genética o cromosómica.

En los casos completos el diagnóstico es en ocasiones tardío, cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios en sentido opuesto al esperado, al no aparecer la

menarquia en las púberes o bien por infertilidad. Al comunicar al paciente el diagnóstico habrá que elegir el momento en que menos interferencia psicológicas pueda producir y proporcionar las medidas de apoyo psicológico necesarias.

2.4. Travestismo

El travestismo es la necesidad que el sujeto siente de vestirse con ropas propias del sexo opuesto para disfrutar de la fantasía de pertenecer al otro sexo. Se diferencia del travestismo fetichista (categoría incluida por el DSM-IV en las parafilias) en que en éste la finalidad es conseguir una excitación sexual, si bien esta diferencia no siempre es fácil de realizar, pues en ambos casos se obtiene un cierto nivel de excitación.

Es distinto también del transexualismo, no incluido en la clasificación DSM (existía hasta la tercera edición revisada) pero sí en la CIE-10. En este caso el malestar y rechazo hacia su sexualidad es de tal intensidad que el individuo busca el cambio de sexo a través de intervenciones médicas de tipo quirúrgico y/o hormonal. Estas conductas no suelen apreciarse hasta la adolescencia tardía o la edad adulta. Supone una mayor alteración de la identidad sexual, de forma que el rechazo hacia su propio sexo se materializa en una intensa repugnancia hacia sus genitales. El individuo se siente atrapado en un cuerpo con el que no se siente identificado y que necesita cambiar.

2.5. Diagnóstico

El diagnóstico de los estados intersexuales es eminentemente clínico, basado en la entrevista con el paciente, los padres y en ocasiones puede ser conveniente incluir a los educadores.

En la entrevista con el niño habrá que valorar en primer lugar el aspecto externo, si es más acorde con su sexo real o deseado, forma de expresarse y relacionarse, amaneramientos, etc. Se explorará la aceptación de su sexo tanto a nivel anatómico como de su rol sexual, la atracción física homo o heterosexual, orientación de las fantasías sexuales y a partir de cierta edad la existencia de experiencias sexuales con personas de uno u otro sexo.

Habrà que prestar atención al grado de sufrimiento que tiene el paciente derivado del rechazo de su sexo o la inadaptación social, valorando la presencia de sintomatología ansioso-depresiva.

Es necesario explorar la dinámica familiar: actitud de los padres hacia la orientación sexual de su hijo, aceptación del posible trastorno, sentimientos de decepción, rabia o vergüenza, relación de los progenitores entre sí y con el paciente, etc.

Pueden ayudar al diagnóstico diversos test psicométricos, psicoproyectivos y escalas como la Child Behaviour Checklist (CBCL), el test de la familia, el test de Roscharch, etc.

Como se ha dicho anteriormente, no hay pruebas analíticas o de imagen que puedan confirmar el diagnóstico. No obstante, ante la sospecha de un estado intersexual deberá realizarse una exploración física minuciosa y las correspondientes determinaciones analíticas y genéticas. Como en otras patologías psiquiátricas, en general es recomendable que la exploración física corra a cargo de otro profesional (pediatra, endocrinólogo, genetista).

2.6. Pronóstico

Se acepta que hay una continuidad entre el trastorno de la identidad sexual en la niñez, adolescencia y edad adulta, así como con el travestismo, el transexualismo y la homosexualidad. Están menos estudiados los factores pronósticos que nos pueden predecir si un determinado individuo evolucionará hacia estos cuadros o no. Entre esos factores se acepta una menor edad de inicio, mayor intensidad de las conductas y el grado de disforia hacia el propio sexo.

Como patología comórbida, es de destacar la alta prevalencia de sintomatología depresiva, que puede considerarse secundaria al sufrimiento y rechazo por el propio sexo y al rechazo social que con frecuencia sufren, que puede manifestarse en dificultades en el campo laboral.

2.7. Tratamiento

Al realizar la planificación terapéutica de estos pacientes habrá que establecer unos objetivos realistas e individualizados para cada paciente, en función de la situación. Factores como la edad del niño, el carácter egosintónico de sus sentimientos homosexuales o la presión que ejerzan los padres para volver al niño a una sexualidad más convencional exigirán del terapeuta una cuidadosa selección de objetivos y medios.

El terapeuta por otro lado debe hacer tener en cuenta sus propias convicciones personales, morales y religiosas, que pueden condicionar un intento de forzar la situación en contra de la necesidad del paciente. Igualmente habrá de estar pendiente de

sus propios sentimientos contratransferenciales ante unos pacientes habitualmente difíciles.

El punto de partida será la demanda realizada por parte del paciente y su familia. Con frecuencia el niño o adolescente es traído por sus padres, alarmados por conductas propias del otro sexo y preocupados por el inicio de una posible homosexualidad en su hijo. Frente a esa actitud el paciente puede estar identificado con esa demanda o mostrarse seguro y satisfecho con su orientación sexual. Se plantea aquí la disyuntiva sobre qué postura debe prevalecer, y a partir de edad (entendida no como edad cronológica, sino estado de madurez) el paciente es capaz de elegir y que sus opiniones prevalezcan sobre las de los padres.

Los adolescentes son un grupo especialmente difícil, pues se une la crisis de identidad propia de su edad al trastorno de identidad sexual. Pueden vivir la actuación de los padres como una injerencia inadmisible en un campo de su propia intimidad, y utilizar sus conductas desviadas como una forma de agresión y emancipación contra la familia.

Para una terapia eficaz es fundamental en primer lugar que el paciente se muestre motivado para el cambio. Las diversas terapias (familiar, modificación de conducta, cognitivo-conductual, grupal, dinámica) han mostrado una eficacia aceptable siempre que se dé esa premisa.

La capacidad del terapeuta para ganarse la confianza del paciente se muestra aquí fundamental, pues es necesaria la exploración de emociones, sentimientos y fantasías que el paciente vive como muy íntimos. Una buena evaluación permitirá delimitar correctamente el caso y corregir errores o concepciones equivocadas sobre la anormalidad de determinadas emociones y acciones, que pueden considerarse dentro de la normalidad en ciertas fases del desarrollo evolutivo.

La colaboración de los padres será tanto más importante cuanto menor sea la edad del niño. Se procurará que no refuercen las conductas desviadas del niño pero sin caer en el polo opuesto de humillación y rechazo que pueden aumentar el sufrimiento del paciente y su baja autoestima. En ocasiones puede ser necesario abordar aspectos sobre la psicopatología de los progenitores y el grado de adaptación conyugal.

Los tratamientos más radicales como la cirugía de reasignación sexual y/o tratamiento hormonal sustitutivo deben reservarse para casos muy extremos, en que el paciente lleva ya un largo período de tiempo viviendo como un individuo del otro sexo y con un rechazo radical a su propio sexo biológico. A la hora de elegir el momento del

cambio habrá que tener en cuenta la posible psicopatología que tenga el paciente y que le pueda estar limitando la capacidad de decisión. Al ser tratamientos radicales desde el punto de vista anatómico y social, con riesgos para la salud, en gran parte definitivos y que en ningún caso aseguran la satisfacción final del paciente hay que ser muy cautos a la hora de su indicación, seleccionando muy bien a los pacientes y asegurando un seguimiento posterior.

3. ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

3.1. Retraso mental

Es un síndrome plurietiológico, en el que pueden intervenir factores prenatales (anomalías genéticas o cromosómicas, infecciones, toxemia o diabetes materna incontrolada, exposición intraútero a fármacos o radiación), perinatales (anoxia intraparto, infecciones, prematuridad) o postnatales (infecciones, traumatismos, intoxicaciones, abandono, pobre estimulación), si bien hasta en un 50% la etiología no se determina.

Es frecuente un retraso madurativo en todas las áreas, incluida la sexualidad. En ocasiones el interés sexual surge de forma exagerada o bien la poca capacidad inhibitoria condiciona la aparición de conductas exhibicionistas, voyeuristas o incluso intentos de agresión sexual. En estos casos la terapia debe ser fundamentalmente conductual, castigando las conductas inapropiadas, y en la medida que lo permita la capacidad cognitiva del paciente se explicará el porqué de lo inapropiado de su conducta.

Si con estas medidas no fuese suficiente se pueden utilizar neurolépticos a dosis bajas, que disminuyen la impulsividad y tienen el efecto secundario, beneficioso en este caso, de disminuir la libido. Las dosis deberán ser ajustadas a cada individuo en función del efecto conseguido y los efectos secundarios. Los nuevos neurolépticos son preferibles a los clásicos por su menor perfil de efectos secundarios, sobre todo extrapiramidales. Suele ser suficiente una dosis de 0,5-3 mg de Risperidona o equivalente.

3.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Se manifiesta habitualmente desde los primeros años de vida como un niño inquieto, en continuo movimiento y con tendencia a la impulsividad y los juegos

peligrosos, acudiendo a consulta habitualmente tras la escolarización por la interferencia de estas conductas con el aprendizaje y la dinámica normal de la clase. Las conductas suelen apaciguarse parcialmente en la adolescencia, persistiendo cierta impulsividad y dificultad en el control de los impulsos, y en ocasiones evoluciona a trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta.

La impulsividad se podrá manifestar en el aspecto sexual por la aparición de conductas de riesgo a partir de la adolescencia.

El tratamiento se basa en estimulantes del sistema nervioso central, siendo el más utilizado el metilfenidato a dosis de 10-20 mg/día. Otras alternativas son los antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina, nortriptilina) o los neurolépticos. Junto al tratamiento farmacológico son fundamentales las medidas educativas, establecimiento de límites por parte de los padres y sistemas adecuados de premios y castigos.

3.3. Trastorno disocial

Consiste en una repetida violación de las normas sociales y los derechos de los demás, incluyendo agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves de las normas familiares, sociales y escolares. Los pacientes suelen carecer de sentimientos de culpa o remordimiento por sus conductas, proyectando en los demás o en la sociedad la responsabilidad de sus acciones.

Es frecuente la precocidad sexual en estos casos, lo que dará lugar a un inicio precoz de relaciones sexuales, con frecuencia con conductas de riesgo. Pueden darse casos de abuso sexual o violación a otros niños.

El tratamiento de los casos graves es muy difícil, abarcando a la familia, escuela, dispositivos de salud mental y en no pocas ocasiones a los dispositivos legales. Desde el punto de vista psicoterapéutico se intentarán abordar los conflictos del paciente en relación con su autoestima, familia, escuela y sociedad. Se pueden utilizar fármacos antipsicóticos y anticomiciales para el control de la impulsividad, y antidepresivos si se encontrase un fondo afectivo. En no pocos casos existe un trastorno por déficit de atención con hiperactividad comórbido que puede beneficiarse de psicoestimulantes.

3.4. Trastorno de la Tourette

Se define por la presencia de tics múltiples vocales y motores de larga evolución.

Entre los tics vocales es característica la existencia de coprolalia (verbalizaciones soeces de carácter incoercible) que puede acompañarse con menor frecuencia de copropraxia (realización de gestos obscenos).

La psicoterapia tiene una eficacia muy limitada, pudiéndose utilizar como apoyo a la farmacoterapia con neurolépticos, que constituyen el tratamiento de elección. Algunos estudios han sugerido la eficacia de los antidepresivos de perfil serotoninérgico (clomipramina, ISRS), lo que se vería en parte apoyado por la semejanza de esta patología con el trastorno obsesivo-compulsivo.

4. ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD INDUCIDAS POR PSICOFÁRMACOS.

Las alteraciones de la sexualidad debidas a la utilización de psicofármacos es un área de la Psicofarmacología infantil poco estudiada en las que hay que destacar la ausencia de estudios (controlados o no controlados), las escasas referencias que aparecen en los libros de texto y el hecho de que las pocas anotaciones que se realizan tienen más que ver con la posibilidad de embarazo no deseado en adolescentes que toman psicofármacos (sobretudo, litio). Posiblemente, otro hecho que condicionan las escasas referencias en la clínica tienen que ver con el hecho de que los psiquiatras infantiles no preguntamos sobre ellas. Los psicofármacos pueden producir en los niños y adolescentes los mismos efectos que en los adultos pero hay que tener en cuenta que estos efectos pueden tener una especificidad propia y relacionado con el estadio evolutivo del niño.

A pesar de ello, sí es verdad que en las consultas se “empiezan” a referir disminuciones de la libido asociadas a los NLPs: “Ahora -decía un adolescente-, cuando voy a las discotecas, ya no me empalmo ni la mitad de veces”.

La necesidad de estudios amplios y bien realizados viene avalada por los datos de la clínica cotidiana. En un estudio inicial (datos no publicados) realizamos una valoración de la sexualidad en adolescentes tratados por nosotros en una consulta ambulatoria y los comparamos con compañeros de su misma edad (comprendida entre 15 y 18 años) y diagnóstico que no tomaban psicofármacos. Se seleccionó una muestra homogénea compuesta por pacientes con un mismo diagnóstico principal (trastorno de conducta) y un solo grupo de psicofármacos (neurolépticos atípicos). La muestra se

componía de 8 pacientes: 4 en tratamiento con psicofármacos y 4 sin tratamiento; 4 eran niñas y 4 niños. Todos ellos aceptaron rellenar una encuesta de 12 ítems (Tabla 2) puntuables entre 1 y 5 y cuyos resultados aparecen en la Gráfica 1.

Los resultados de la muestra se caracterizaban por la aparición de algunas diferencias entre los niños y las niñas, ellos con más deseo y actividad sexual que ellas. Dentro de estos dos grupos se puede apreciar una pequeña diferencia entre los que tomaban psicofármacos y los que no lo hacían. Los que no toman medicación puntúan más alto en los ítems de frecuencia en actividad sexual y en calidad de dicha actividad. Solamente en el ítem 1 (“Comparando con las relaciones que te brindan más placer, ¿tu vida sexual es placentera?”) los adolescentes que toman neurolépticos puntuaban más alto.

Estos datos, muy preliminares, hacen suponer que los adolescentes en tratamiento con psicofármacos presentan alteraciones de su sexualidad que hacen necesario un estudio más serio, más específico y con muestras más amplias que permitan ver las diferencias ligadas al género, a la edad, al diagnóstico psiquiátrico, al grupo farmacológico y al uso de politerapias

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Rivas A, Segarra Echevarría R, González Torres MA. Trastornos de la identidad sexual. En, Gutiérrez Casares JR, Rey Sánchez F (eds). Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente. Madrid: Ene Publicidad, 2000.
- APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Edición Revisada. Barcelona: Masson, 2002.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Edit Panamericana, 1999.
- Zucker KJ, Green R. Gender identity disorders. En, Lewis M (eds). Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, pp:611-622

Trastornos sexuales y Psiquiatría Infantil

- Parafilias
- Trastornos sexuales
 - T. del deseo sexual
 - T. de la excitación sexual
 - T. orgásmicos
 - T. sexual por dolor
 - T. sexual debido a enfermedad médica
- Trastornos de la Identidad sexual
 - T. de la identidad sexual
 - En la niñez
 - En la adolescencia o en la vida adulta
 - T. de la identidad sexual no especificado
- Alteraciones de la sexualidad en las distintas patologías psiquiátricas

Tabla 2. Entrevista para valoración de la sexualidad en adolescentes en tratamiento con psicofármacos

1. Comparando con las relaciones que te brindan más placer, ¿tu vida sexual es placentera?
2. ¿Con qué frecuencia te involucras en actividades sexuales (coito, masturbaciones, fantasías)?
3. ¿Con qué frecuencia tienes deseo de mantener alguna actividad sexual?
4. ¿Con qué frecuencia tienes pensamientos sobre sexo?
5. ¿Disfrutas de libros, películas, videos, obras de arte o música con contenido sexual?
6. ¿Cuánto placer obtienes de pensar o fantasear en el sexo?
7. ¿Con qué frecuencia te excitas sexualmente?
8. ¿Te excitas con facilidad?
9. ¿Con qué frecuencia te excitas y luego pierdes el interés?
10. ¿Con qué frecuencia llegas al orgasmo?
11. ¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?
12. ¿Cuánto placer obtienes de tus orgasmos?

Figura 1. Puntuaciones en cada uno de los ítems de la entrevista

