

---

# CASO CLÍNICO

## Opiáceos y sexualidad. A propósito de un caso

J.J. MARTÍNEZ JAMBRINA

Psiquiatra.  
Hospital Psiquiátrico de Madrid.

*La droga cortocircuita el sexo,  
que sólo reaparece con la carencia.  
(Burroughs)*

---

### Introducción

El uso de distintas sustancias químicas para modificar el funcionamiento sexual es un hecho descrito con frecuencia a lo largo de la historia de la humanidad. Las sustancias psicoactivas como la heroína, cocaína, LSD, alcohol alteran la conducta sexual de diferentes formas. En el presente trabajo, nos centraremos principalmente en la relación existente entre el consumo de opiáceos y la función sexual en sus diferentes aspectos.

Freud, que no trató el tema de las toxicomanías de forma específica, consideraba la masturbación como la *protoadicción*, y el resto de toxicomanías como sustitutos de ésta; así, las drogas serían usadas para compensar la falta de gratificación sexual. Rado (1933) amplió esta línea de pensamiento y señaló la importancia del carácter metaerótico de los efectos de la droga. Denominó al placer conseguido gracias a la droga como “orgasmo farmacotóxico”, que permitía soslayar las áreas genitales y cualquier satisfacción de fantasías eróticas. Pohlisch (1934) define al morfinista como poco sociable, privado de una afectividad cálida, lo que compensaría con una actitud afectiva intelectualizada, siendo frecuentes en ellos las tendencias homosexuales. Abraham, Bleuler y otros, estudiando las constelaciones familiares de los toxicómanos, ratifican lo frecuente de las posiciones homosexuales entre los adictos. Posteriores estudios, que reseñaremos más tarde, han establecido asimismo fuertes vínculos entre el consumo de opiáceos y determinadas disfunciones sexuales.

A la vista de lo comentado, parece razonable plantearse si los consumidores no estarán buscando formas concretas de expresión de su instinto sexual a través del tóxico.

A este respecto, no es un hecho desdeñable que los consumos suelen iniciarse en la juventud, en la etapa sexualmente más activa del ciclo vital. Puede que para algunos jóvenes, el uso regular de drogas y sobre todo de opiáceos, sea una forma de resolver presiones sociales y urgencias biológicas relacionadas con el sexo.

Son varios los factores que influyen en los efectos de una droga sobre la sexualidad: frecuencia de uso, dosis, cronicidad, circunstancias de uso, expectativas del usuario, estructura de la personalidad y relación con la pareja.

### Acción de los opiáceos sobre la función sexual

La relación entre el consumo de opiáceos y el logro del clímax sexual, el denominado “orgasmo farmacogénico”, parece tener su apoyo neurobiológico en la estimulación del área alimentaria, con la aparición de un fenómeno similar a una crisis convulsiva, que suele conllevar una descarga tensional, además de una sensación de euforia, con disminución de la agresividad, somnolencia y cierta sensación de plenitud, sobre todo en la región gástrica. El individuo que experimenta este “orgasmo”, puede pasar a considerar las relaciones sexuales como algo menos atractivas. Desde otro punto de vista, “estar enganchado” suele traducir un desinterés del individuo por actividades humanas y, por lo tanto, por actividades sexuales.

Varios estudios (De León y Wexler, 1973; Mints y O’hare, 1974) confirman el que durante los períodos de consumo de heroína, suele producirse un declive en la

frecuencia de relaciones sexuales, número de masturbaciones y en la capacidad orgásmica. La frecuencia de la actividad sexual va disminuyendo a medida que el hábito se estructura. En las fases de abstinencia, la función sexual tiende a recobrase, observándose asimismo un incremento de episodios de eyaculación precoz. Con la abstinencia, la mayoría de los varones describía una cierta hipersexualidad que en poco tiempo desaparecía. Es curioso que los pacientes en programas de mantenimiento con metadona, también refieren que su deseo y capacidad sexual suelen incrementarse al abandonar la heroína, manteniendo no obstante una calidad menor del orgasmo y menor interés por el sexo que controles sanos, aunque en esto también podría influir el cambio que se opera en sus estilos de vida, que pasan a ser menos desaseados y más estructurados, generalmente.

## Opiáceos y sistema endocrino

Son varios los estudios que han descrito las alteraciones del eje hipotálamo hipofisario gonadal asociadas al uso crónico de opiáceos. Casi todos parecen coincidir en que la hormona hipofisaria que más altera sus niveles es la LH, de forma aún no del todo clara, quedando la FSH sin cambios llamativos. Asimismo, los niveles de testosterona disminuyen con la cronicidad en el consumo, mientras que los niveles de PRL sufren un incremento.

## Caso clínico

A. es una mujer de 32 años de edad, en tratamiento en un programa de mantenimiento con metadona, para la que se solicita valoración psiquiátrica ante la demanda de la paciente de cirugía para cambiar de sexo.

En la primera entrevista deja clara su demanda: “sufro mucho porque lo mío no es pasajero, ya he dejado la heroína y quiero conseguir lo que me he propuesto... no puedo seguir mucho tiempo más así, lo paso muy mal, cuando salgo de la ducha, cuando me visto, cuando me tratan en femenino, siento algo que no puedo describir, siempre tengo que usar ropa holgada, pantalones y chalecos, para disimular mi cuerpo lo más posible, me afeito, pongo la voz lo más ronca posible si estoy con chicas... me encuentro aprisionado en un cuerpo que no es el mío”. Pide ser llamado A. (su propio nombre en género masculino) y que sea éste el nombre que conste en su historia.

Vive con sus padres. Su padre, 72 años, es tetrapléjico desde hace cinco años y su madre tiene una estenosis mitral de difícil control. Es la menor de cinco hermanos,

todos están casados e independizados. No se refieren antecedentes psiquiátricos familiares. Entre sus antecedentes personales médicos figuran: VHB y VHC positivos; alergia a betalactámicos y a pirazonas; infección por VIH, estadio B2, en tratamiento con antirretrovirales y que toma 2 mg de alprazolam cada 12 horas.

Inicia el consumo de heroína a los 12 años, con sus amigos. A los 14 años se “engancha”, situación que se mantiene hasta hace dos años en que inicia un programa de metadona. Siempre ha consumido por vía intravenosa y esporádicamente ha consumido *cannabis*, cocaína y benzodiazepinas.

## Historia personal

Embarazo y parto fueron normales. A los seis meses de edad pasa a vivir con una tía varios meses ya que su madre tenía que operarse de su cardiopatía. El desarrollo psicomotor y la escolarización fueron normales, consiguiendo el graduado escolar. Siempre ha residido en la misma localidad y en la actualidad depende económicamente de sus padres, aunque percibe una pequeña pensión. Carácter en la infancia, muy alegre, juguetona, solía irse desde muy pequeña con los niños, prefería el fútbol y no las muñecas, se ponía pantalones, etc. A los 10 años, comunica a su familia sus sensaciones, que prefería ser un chico y que le atraían sexualmente las niñas. Sus familiares no la entienden y en el colegio los profesores le dicen que eso es de nacimiento. “Ya no admitía mi cuerpo, comencé a retraerme, no quería que se fijasen en mí”. Menarquia a los 11 años, descrita como episodio de gran tristeza y humillación. Tuvo otros cuatro-cinco ciclos menstruales normales y comienza a consumir heroína, apareciendo una amenorrea de varios años de duración, junto con una disminución de su deseo sexual. Tras un período de abstinencia en el consumo de cuatro meses, el más largo que ha tenido, recupera la función menstrual: “me sentí fatal, comencé a desear que me quitaran los ovarios, quería morirme”. Tras abandonar el colegio, hace algún trabajo esporádico, pero al estar consumiendo, conseguir la siguiente dosis le ocupa prácticamente todo su tiempo. Con 13 años, intenta una relación afectiva con un chico, pero el resultado es malo, “supe que nunca más me tocaría un hombre”. Pese a todo, recuerda que luchaba por ser una chica normal, aunque ya pensaba que lo suyo era de nacimiento, “tenía actos reflejos, veía pasar a una mujer bonita y me daba la vuelta, no lo podía evitar”. En la adolescencia, la adicción es el centro de su vida, vive prácticamente en la calle, para pagarse el consumo hace tráfico de drogas a pequeña escala, vende pañue-

los de papel en los semáforos, etc.

A los 18 años, conoce a una chica de la que se enamora y a la que comienza a frecuentar; ella no era consumidora, pero el contacto con A. facilita que también se haga adicta. Se van a vivir juntas “es algo que todavía sigo añorando, la echo de menos todos los días, me quería, me trataba como a un hombre”. La relación se mantiene durante seis años. Las relaciones sexuales que mantenían, aunque escasas, las recuerda con mucho agrado, “aunque yo nunca me desnudaba, todo sucedía a oscuras, nunca he dejado que nadie vea mi cuerpo desnudo”. Hace ya seis años que no sabe nada de esta chica y desde entonces no ha vuelto a mantener relaciones sexuales estables, aunque sí algún contacto esporádico que describe como fallido.

A los 27 años, se entera de que es portadora de anticuerpos antiVIH, “me dio miedo poder morir así, pero también sentía cierta alegría por poder morir”. A. ha realizado varios intentos de suicidio (sobredosis, intoxicación con psicofármacos, venoclisis...) destacando en ellos un importante componente reactivo e impulsivo.

Actualmente, A. apenas sale de casa, realiza las tareas en casa y se ocupa del cuidado de su padre con quien sostiene frecuentes discusiones.

Desde el punto de vista psicopatológico, A. se presenta adecuadamente vestida, con ropas holgadas. Su contacto es respetuoso, suele ser puntual y su actitud es tranquila y colaboradora. Refiere encontrarse triste desde hace varios años, pero peor en los 20 últimos meses, desde que comenzó el programa de metadona, “antes no me acordaba de mis problemas, sabía que no quería ser mujer pero la heroína me hacía dejar esta preocupación en un segundo plano”. Se objetiva una incontinencia emocional llamativa, pero no otros síntomas depresivos. No se objetivan síntomas de la serie psicótica, ni alteraciones en la memoria ni en la orientación. Presenta dificultades para manejar conflictos en sus relaciones interpersonales. En su personalidad, aparecen como relevantes rasgos evitativos y dependientes.

Sus planes de futuro pasan por el cambio de sexo.

## Discusión

Dada la complejidad del caso, parece más que justificada una pormenorización de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Nos planteamos dos diagnósticos en principio: transexualismo y trastorno por dependencia de opiáceos en tratamiento de mantenimiento. Deberá aclararse la posibilidad de diagnosticar un trastorno de la personalidad comórbido.

## Transexualismo

En este caso, con orientación homosexual egosintónica (la orientación sexual no es en sí un trastorno).

El término transexualismo fue introducido por Cauldwell en 1949 para definir un estado a tenor del que el individuo siente un gran y persistente malestar por pertenecer a un sexo determinado, acompañado por el deseo de cambiar de anatomía sexual y vivir como miembro del sexo biológico contrario.

La comprensión fenomenológica del trastorno sigue siendo confusa pese al creciente interés por aclararla. No todos los expertos comparten la opinión de que sea un trastorno psiquiátrico, pero lo que sí parece evidente es que es un problema que no va a desaparecer y que requiere de un abordaje cuidadoso y específico.

En el DSM-IV, el transexualismo no aparece como categoría diagnóstica, sino que se encuentra como “trastornos de la identidad sexual”. La CIE-10 lo sitúa dentro de los trastornos de la personalidad y de la conducta adultas, distinguiendo tres categorías: transexualismo, travestismo no fetichista y trastornos de la identidad sexual en la infancia. Para complicar las cosas, las más recientes publicaciones aconsejan hablar de espectro de trastornos de disforia de los sexos.

Se han descrito unos 30.000 casos en todo el mundo, pero la prevalencia real permanece desconocida y suele ser mayor en aquellos países con legislaciones que aprueban la reasignación de sexos. Los estudios más recientes hablan de que es algo más frecuente en el varón que en la mujer.

Al hablar de etiología, nos movemos totalmente en el campo de las conjeturas, ya que todos los estudios son poco convincentes y contradictorios.

Las teorías endocrinas apuntan a una alteración en la diferenciación hipotalámica prenatal o a niveles alterados de hormonas sexuales. Poco convincentes son también las teorías psicológicas, tanto provenientes de los expertos en aprendizaje como del psicoanálisis. No hay siquiera una hipótesis seriamente formulada. En una reciente investigación en Holanda sobre cerebros de varones transexuales, se demostró que uno de los núcleos cerebrales que presenta dimorfismo sexual en el ser humano, el núcleo del lecho de la estría terminal, tenía todas las características propias de una diferenciación en sentido femenino, lo que daría una base biológica sólida a quienes defienden que el transexualismo es una anomalía en el proceso de diferenciación sexual. No todos los individuos que demandan un cambio de sexo son transexuales. Incluso algunos autores prefieren hablar de transexualismo primario (presentan, de toda la vida, alteraciones en el núcleo de su identidad sexual) y secundario (las alteraciones de la identidad

son posteriores a otras conductas propias del otro sexo, como el travestismo y la homosexualidad afeminada). El diagnóstico diferencial debe ser llevado a cabo con: trastornos psicóticos, trastornos graves de la personalidad, homosexualidad afeminada (que pueden querer buscar un cambio para hacerse más atractivos a los hombres), travestismo (el diagnóstico más difícil, aunque generalmente suele ser un trastorno de la orientación sexual). Es importante constatar que el transexualismo adopta unos patrones de funcionamiento diferentes en el varón con respecto de la mujer.

En los adultos con un trastorno de la identidad sexual, suele existir patología psiquiátrica concomitante, sobre todo trastornos de personalidad, abuso de sustancias y conductas autolíticas.

El transexualismo no es una condición reversible con las técnicas quirúrgicas actuales. El cambio de sexo -social, hormonal, quirúrgico y legal- es un tratamiento de mejora y rehabilitación aplicable al transexual. En los países que cuentan con centros de tratamiento y disposiciones legales específicas, el cambio de sexo sigue un proceso muy cuidado que incluye diversas exploraciones y determinados plazos de tiempo.

El abordaje psicoterapéutico por sí solo, parece estar abocado al fracaso. Una psicoterapia de apoyo puede ser razonable si pensamos que se han descrito remisiones del trastorno de la identidad sexual, que abordar el miedo a la homosexualidad a veces disminuye el deseo de un cambio de sexo quirúrgico cuando el diagnóstico no está claro.

En el caso que nos ocupa, pensamos que es la opción más conveniente ya que, aparte de que en nuestro país el sistema sanitario público no contempla por el momento abordajes como los antes reseñados, la paciente tiene criterios que contraindicarían una hipotética cirugía de cambio de sexo (VIH, adicción a opiáceos). En España, hay varias asociaciones que prestan apoyo a personas en esta situación.

### **Trastorno por dependencia de opiáceos**

Como ya hemos señalado, existe una prevalencia más alta de abuso de tóxicos entre la población transexual que en la población normal. La escasa casuística existente impide hacer hipótesis sólidas para explicar este hecho. Sabemos asimismo, que hay una mayor prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre las comunidades gay y lesbiana que en la población general.

En estos casos, los datos disponibles permiten hacer especulaciones que quizás se puedan aplicar al caso que presentamos.

Durante años, el pensamiento psicoanalítico ha tratado de explicar las adicciones basándose en la homose-

sexualidad, reprimida o no. En la actualidad, se asume que la explicación es multifactorial, con investigaciones que refuerzan la implicación de factores genéticos, biológicos y bioquímicos. En el caso concreto de los homosexuales, juega un importante papel la homofobia, tanto externa como interna, entendida como la fuerza que impide la expresión de sentimientos y conducta sexuales de forma adecuada. Esto hace que muchas personas de estos colectivos, que han tenido que confrontar sus sentimientos reales con un medio social hostil a ellos, acaben internalizando esas actitudes y no sean capaces de vivir socialmente sin sustancias que les ayuden a sobrellevar su angustia, temor o repulsión por su homosexualidad. Dado el estado de rechazo existente en nuestra sociedad hacia las comunidades gay y lesbiana, es probable que haya un vínculo estrecho entre el abuso de tóxicos y el proceso de formación de la identidad homosexual. Especialmente los opiáceos y el alcohol van a permitir a estas personas convivir largo tiempo con sentimientos reprimidos o negados.

Los antecedentes emocionales y genéticos de muchos homosexuales les predispondrían al abuso de sustancias, proceso amplificado notablemente por las presiones sociales y personales reseñadas.

### **Trastorno de personalidad**

En los trastornos de la identidad sexual aparecen en comorbilidad trastornos de personalidad, sobre todo de los cluster A y B, que suelen conllevar un valor pronóstico negativo en la evolución del transexual sometido a cambio de sexo. En nuestro caso, aunque algunos rasgos nos pueden hacer pensar en un tipo borderline, no podemos hacer este diagnóstico al encontrarse la valoración del caso mediatizada por la toma de metadona que puede alterar la sintomatología de forma llamativa.

## **Conclusiones**

Es importante incluir en la exploración psicopatológica la historia sexual de los pacientes.

La comorbilidad de los trastornos por dependencia de opiáceos con diversas patologías psiquiátricas es frecuente.

La relación tradicionalmente simplista entre el consumo de opiáceos y la sexualidad debe incorporar una perspectiva multifactorial.

## **Bibliografía**

1. Otero A. Conducta y patología sexual. En: Vallejo Ruiloba J, dir. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 4ª ed. Barcelona: Salvat; 1998. p.273-297.

2. Kaplan HI, Sadock BJ, Cancro R. Tratado de psiquiatría, 2ª ed. Salvat; 1989.
3. Teusch L, Scherbaum N, Bohme H, Bender S, Eschman G, Gaastpar M. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. Results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone substituted opiate addicts. *Pharmacopsychiatry* 1995;28 (3):84-92.
4. Bancroft J. Desviaciones de la conducta sexual. Barcelona: Fontanella; 1977.
5. Rendueles G. La locura compartida. Gijón: Belladonna; 1993.
6. Freud S. Escritos sobre la cocaína. Barcelona: Anagrama; 1980.
7. Solé Puig JR. Terapia antidroga. Barcelona: Salvat; 1989.
8. Gooren L. El transexualismo: 20 años de experiencia. En: Botella Llusia, Fernández de Molina, eds. La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p.251-264.
9. Zhou JN, Hoffman MA, Gooren LJG, et al. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995; 378: 68-70.
10. Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría 1, 4ª ed. Madrid: Alianza Universidad; 1993.
11. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Áncora; 1996.
12. Abellanas Molleví, Farré Martí JM. Incidencia del abuso de sustancias psicoactivas en el comportamiento sexual. En: Casas M, ed. Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1992. p.179-195.
13. Landen M, Walinder J, Lundstroem B. Clinical characteristics of a total cohort of male and female applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatri Scandi* 1998;97(3):189-194.
14. Becker D, Mester R. Further insights into transsexualism. *Psychopathology* 1996;29(1):1-6.
15. De Cuypere G, Janes C, Rubens R. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatri Scand* 1995;91(3):180-184.
16. Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Hojerback T. Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychi Scand* 1993; 88(5):322-327.
17. Snaith RP, Bromham DR, Donnelly J, Smith PH. Transsexualism (letter). *B J of Psychiatry* 1991;158:132-133.
18. Solomon, Zimberg, Shollar. Diagnóstico dual. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996.
19. Valenciano Gayá L. Sobre la personalidad de los morfínistas. En: Archivos de Neurobiología en la Guerra Civil (1936). Madrid: Archivos de Neurobiología; 1997:271-304.