

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de investigación de pre-grado, requisito para  
la obtención del grado de Licenciado en Psicología

**DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO  
DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL**

Por

GABRIELA BOTTARO (matrícula 2258/91)

ROBERTO N. BRUNNO (matrícula 1372/89)



Noviembre de 1999, Mar del Plata  
Buenos Aires, Argentina

*Investigaciones  
Sexualidad  
Psicológica*

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
H-1/99 / A	<i>[Signature]</i>
	N° INVENTARIO:
	449

## INDICE GENERAL

<i>ADVERTENCIA</i> .....	<i>II</i>
<i>APROBACION SUPERVISION</i> .....	<i>III</i>
<i>APROBACION COMITÉ</i> .....	<i>IV</i>
<i>ANTEPROYECTO</i> .....	<i>V</i>
<i>PRÓLOGO</i> .....	<i>1</i>
<i>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</i> .....	<i>2</i>
<i>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</i> .....	<i>3</i>
1. Definición y factores etiológicos de la disfunción sexual eréctil.....	<i>4</i>
2. Diagnóstico.....	<i>12</i>
a) Enfoque Médico.....	<i>12</i>
b) Diagnóstico Sexológico.....	<i>14</i>
c) Diagnóstico Psicológico Individual.....	<i>15</i>
d) Diagnóstico Relacional o Diádico.....	<i>16</i>
2.1. Técnicas Diagnósticas.....	<i>17</i>
2.2. Estrategias terapéuticas.....	<i>20</i>
<i>CAPITULO III: ENTREVISTAS</i> .....	<i>22</i>
1. Objetivos.....	<i>23</i>
2. Entrevista con el Dr. Max Biraben.....	<i>24</i>
3. Entrevista con la Lic. Elda Bartolucci.....	<i>33</i>
4. Cierre.....	<i>39</i>
<i>CAPITULO IV: ENCUESTAS</i> .....	<i>40</i>
1. Objetivos.....	<i>41</i>
2. Construcción de la Encuesta.....	<i>41</i>
3. Descripción de la Muestra.....	<i>50</i>
4. Presentación y Análisis de los datos.....	<i>51</i>
5. A modo de reflexión.....	<i>56</i>
<i>CONSIDERACIONES FINALES</i> .....	<i>57</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	<i>58</i>



*Este trabajo de investigación es de propiedad de los alumnos*

**GABRIELA BOTTARO Y ROBERTO N. BRUNNO**

*de la Facultad de Psicología*

*de la*

*Universidad Nacional de Mar del Plata*

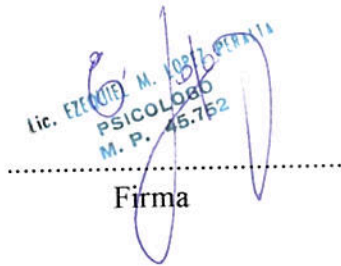
*y no puede ser publicada en todo o en parte,*

*o resumirse, sin el consentimiento escrito*

*de los autores.*

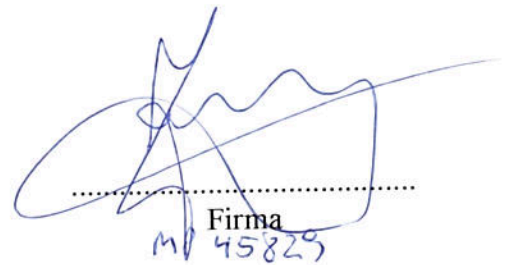


**Trabajo de investigación aprobado por:**



Firma

*Licenciado Ezequiel Lopez Peralta*  
*Supervisor*



Firma  
45829

*Licenciado Eduardo Zamorano*  
*Co-supervisor*

Fecha:.....

**Trabajo de Investigación aprobado por:**

Comité de Investigación:

Fecha:.....



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

PROYECTO DE INVESTIGACION – REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

**NOMBRES Y APELLIDO:** GABRIELA BOTTARO y ROBERTO BRUNNO

**MATRICULA Y AÑO:** N° 2258/91 y N° 1372/89

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:** SISTEMAS CONTEMPORANEOS 2.

**SUPERVISOR:** LIC. EZEQUIEL LOPEZ PERALTA

**CO-SUPERVISOR:** LIC. EDUARDO ZAMORANO

**CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:**  
**SI.... NO .**

**TITULO DEL PROYECTO:** “*VARIABLES INTERVENIENTES EN EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO DE LA DISFUNCION SEXUAL ERECTIL REALIZADO POR EL PSICOLOGO CLINICO*”.

**PALABRAS CLAVE (hasta cinco):** DISFUNCION SEXUAL ERECTIL – DIAGNOSTICO – FORMACION CLINICA.

**DESCRIPCION RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120 palabras)**

Desde principios de siglo, Psicoanálisis y Sexología se han ocupado de la Sexualidad y sus problemáticas de una forma diferente. Sin embargo, no hemos encontrado investigaciones antecedentes del tema de nuestra investigación. Se estudia el *debería*, y no lo que sucede en la praxis profesional.

*Disfunción sexual eréctil:* incapacidad del hombre para obtener y mantener la erección con rigidez suficiente para el coito. Varios factores se combinan para en un determinado momento originarla, siendo predominantemente orgánicos o psíquicos.

Debido a la conjunción de factores etiológicos nos interrogamos acerca de las variables que intervienen en el procesamiento de información, a través del cual, el Psicólogo Clínico, decide si el diagnóstico de la disfunción sería predominantemente psicógeno, y su abordaje, terapéutico.

## **OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la Investigación exploratoria, descriptiva y/o explicativa)**

Investigación de tipo exploratoria.

### Objetivos generales:

- Identificar los criterios en los que se basa el Psicólogo Clínico para realizar el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil.
- Conocer el grado en que el psicólogo integra en la elaboración del diagnóstico la posible presencia de variables orgánicas.

### Objetivos particulares:

- Detectar cuales son las etiologías reconocidas por el Psicólogo Clínico en la disfunción sexual eréctil.
- Acceder al grado de actualización del Psicólogo en esta problemática.
- Pensar las posibles consecuencias iatrogénicas de las premisas que sostiene el Psicólogo Clínico en la elaboración del diagnóstico en el abordaje posterior.

## **METODOS Y TECNICAS (Fuentes, procedimientos y análisis de datos)**

Lectura de Material Bibliográfico.

Entrevistas semiestructuradas a informantes calificados.

Encuestas a muestra integrada por Psicólogos Clínicos del X Distrito.

Análisis de datos provenientes de la encuesta.

Consultas por Internet.

## **LUGAR DONDE REALIZARA EL TRABAJO**

Ciudad de Mar del Plata.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

- 1- Recolección de datos:
    - a- Lectura de Materia Bibliográfico (tiempo promedio, 20 días);
    - b- Entrevistas semiestructuradas a informantes calificados (10 días);
    - c- Elaboración y administración de encuestas (30 días).
  - 2- Análisis de datos y elaboración de gráficos (10 días).
  - 3- Relación de material teórico con los resultados obtenidos: Planteamientos de hipótesis (10 días).
  - 4- Conclusiones (una semana).
  - 5- Reflexiones Posteriores (una semana).
- Tiempo promedio total: tres meses.

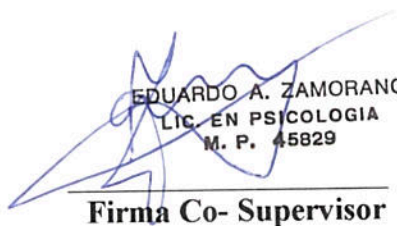
## **BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA**

- Bartolucci, Elda. "Las disfunciones sexuales". Instituto de Educación Sexual.
- Desprats – Péquignot Catherine. "La psicopatología de la vida sexual". Edit. Amorrortu, Buenos Aires. 1994.
- DSM IV. Brevario.
- Gindin, León Roberto. "El Rugido. Potencia Masculina: mitos, problemas y soluciones. Edit. Planeta, Buenos Aires. 1996.

- Gindin, León Roberto. "La nueva sexualidad del varón". Edit. Planeta, Buenos Aires.
- Kaplan Singer Helen. "La nueva terapia sexual". Tomo 1y 2. Edit. Alianza, Madrid. 1974.
- Masters y Johnson. "Incompatibilidad Sexual Humana". Edit. Intermédica.
- Mc. Cary. "Sexualidad Humana". Edit. El Manual Moderno, México. 1983.
- Pomerol Monsen y Arrondo Arrondo. "Práctica Andrológica". Edit. Mason – Salvat. Medicina. Barcelona. 1994.



**Firma Supervisor**



**Eduardo A. Zamorano**  
LIC. EN PSICOLOGIA  
M. P. 45829

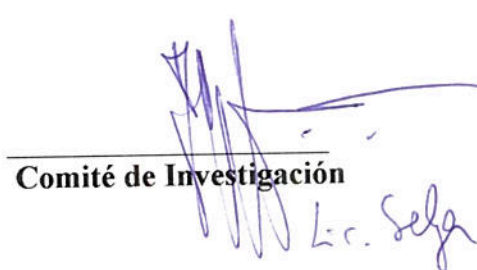
**Firma Co- Supervisor**



**Firma Alumno**



**Firma Alumno**



**Comité de Investigación**

Lic. Selva

**Comité de Investigación**

**Fecha Conformidad:** 14/12/18

## PROLOGO

La siguiente es una investigación exploratoria, mediante la cual proponemos indagar acerca del proceso diagnóstico psicológico de la disfunción sexual eréctil.

Para tal fin expondremos un marco teórico elaborado desde diferentes enfoques y escuelas psicológicas, realizaremos entrevistas a informantes claves y recabaremos datos mediante la administración de encuestas.

Este trabajo se origina en la intención compartida de investigar como estudia el Psicólogo la problemática de la sexualidad adulta, específicamente la disfunción sexual eréctil, y su relación con otras disciplinas.

Agradecemos al Lic. Ezequiel Lopez Peralta y al Lic. Eduardo Zamorano por el estímulo, tiempo y apoyo en la realización de este trabajo. También lo hacemos, al Dr. Max Biraben, a la Licenciada en Psicología y Terapeuta Sexual, Elda Bartolucci y a todos aquellos profesionales que se prestaron a contestar la encuesta, sin los cuales no hubiera sido posible la elaboración de la presente investigación.

GABRIELA BOTTARO Y ROBERTO N. BRUNNO

Mar del Plata, 30 de octubre de 1999



## INTRODUCCION

Desde principios de siglo, el tema de la Sexualidad ha sido abordado desde el Psicoanálisis y la Sexología, esto se va a reflejar en los diferentes enfoques que estudian las disfunciones sexuales y específicamente, la disfunción sexual eréctil, donde el diagnóstico, etiologías y tratamientos variarán según uno y otra.

Para la década del 70, la sexualidad cobra importancia integrada al concepto de salud, como otro aspecto válido de nuestra vida; así es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) declara sus criterios conceptualizando la Salud Sexual como:

- 1) Capacidad de goce y de control del comportamiento sexual de acuerdo con la ética personal y social.
- 2) Liberación del miedo, la vergüenza, la culpabilidad, las falsas creencias y demás factores psicológicos que pueden inhibir la respuesta sexual e interferir en las relaciones sexuales.
- 3) Ausencia de perturbaciones, disfunciones orgánicas, enfermedades e insuficiencias que interfieran la función sexual y reproductiva.

Helen Kaplan define las disfunciones sexuales como trastornos psicósomáticos, que impiden al individuo llegar al coito o gozar de él, y en este contexto la disfunción eréctil es “la incapacidad persistente del hombre para lograr y mantener la erección suficiente para que le permita ejecutar el coito. Se reconocen 3 tipos de impotencia sexual; orgánica, funcional y psicógena”.<sup>1</sup> Además, Master y Johnson, distinguen que la disfunción eréctil psicógena puede ser primaria y/o secundaria.

Si bien el término impotencia es todavía utilizado para referirse a las disfunciones sexuales masculinas, elegimos no darle cabida como concepto ya que se pierde precisión en su uso y conlleva connotaciones negativas en su vulgarización.

En la actualidad, las alteraciones orgánicas no pueden aislarse de los componentes psicológicos coadyuvantes que agravarán la disfunción eréctil, de la misma manera que los trastornos psicológicos pueden complicarse con patología orgánica. En la mayoría de los hombres que presentan este trastorno están implicados factores psicológicos y orgánicos, y éstos, a su vez, pueden presentarse bajo múltiples alteraciones.

Nuestra inquietud se aboca a identificar los criterios en los que se basa el Psicólogo Clínico para realizar el diagnóstico diferencial (predominantemente psicógeno o predominantemente orgánico) y la manera en que integra en el diagnóstico la posible presencia de variables orgánicas, debido a que la correcta evaluación de los pacientes desde el comienzo es la base para comprender la disfunción, indicar el tratamiento elegido, estimar el pronóstico y clarificar la queja del paciente.

Con este propósito es que recurriremos a la consulta de informes, investigaciones y de bibliografía específica. Otros métodos de recolección de datos

---

<sup>1</sup> Mc. Cary. “Sexualidad Humana”. Edit. El manual moderno. México. 1985.

fueron, la realización de entrevistas a profesionales expertos en esta problemática, y la elaboración y administración de encuestas a Psicólogos Clínicos del Distrito X del Colegio de Psicólogos.

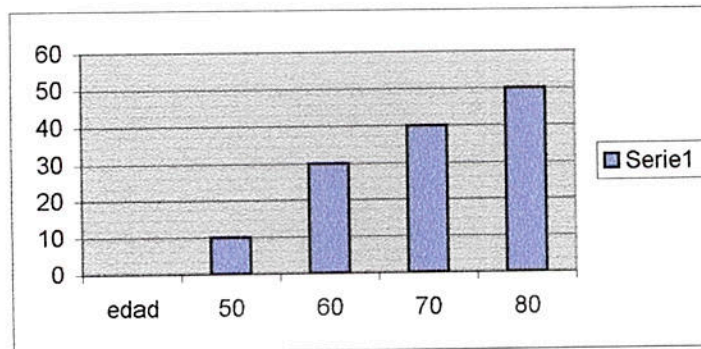
“Sólo la confluencia de distintos vértices (biológicos, conductuales, sociales, etc.) posibilita alcanzar aquello que Bion denomina el “sentido común”, es decir, el intento de aprehensión de los fenómenos en toda su complejidad a través de todos los ángulos posibles desde los que pueden ser generados y observados”.

## MARCO TEÓRICO

## DEFINICIÓN Y FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA DISFUNCION SEXUAL ERÉCTIL

Un varón se halla afectado de disfunción eréctil cuando es incapaz en forma persistente de desarrollar o mantener una erección peneana de rigidez y duración suficientes para efectuar la penetración, eyacular y tener orgasmo. El varón afecto de esta problemática, sea cual sea la etiología del proceso, presenta una notable alteración psicológica que puede reflejarse en su relación familiar, laboral y social.

La disfunción sexual eréctil se presenta en hombres de diferentes franjas etáreas, sin embargo, los más jóvenes presentan una etiología de origen psicógeno o asociadas a patologías orgánicas, mientras que a medida que avanzan en la edad, la presencia de organicidad se torna más frecuente. El siguiente gráfico representa la incidencia de la disfunción eréctil según las edades, se observa que los porcentajes de impotencia aumenta según el aumento de la edad del hombre.



En el ámbito de la salud, el DSM IV funciona como eje conceptual y diagnóstico que permite definir la disfunción sexual eréctil y clasificarla en sus variaciones. En dicho manual se halla integrada en el grupo de Trastornos Sexuales primarios, que se dividen de acuerdo a las patologías correspondientes a las fases de la respuesta sexual humana divididas por Master y Johnson (deseo, excitación, orgasmo y declive de la excitación).

### “Trastornos de la excitación sexual

#### F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

#### F52.2 Trastorno de la erección en el varón

- A. *Incapacidad, persistente recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.*
- B. *La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.*
- C. *El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica”.*

#### “Subtipos

Pueden emplearse los siguientes Subtipos para todos los trastornos sexuales primarios. Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual, pueden utilizarse uno de los siguientes subtipos:

De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de una período de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Situacional. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. Aunque en la mayoría de los casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja, en otros puede ser apropiado identificar las disfunciones que se presentan durante la masturbación.

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

Debido a factores psicológicos. Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia en el trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.

Debido a factores combinados. Este subtipo se ha descrito cuando: 1) los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y 2) la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y/o trastorno sexual inducidos por sustancias.”<sup>2</sup>

## FACTORES ETIOLÓGICOS

**Enfoque Médico:** se observa que la mayoría de los pacientes que sufren este trastorno están implicados factores psicológicos y orgánicos que se pueden presentar bajo múltiples alteraciones.

<sup>2</sup> DSM – IV. BREVARIO. Criterios diagnósticos. Edit. Mason. España, 1995.

Cáceres resalta “lo que importa es analizar de qué manera factores de etiología orgánica interactúan con factores funcionales en un caso concreto en unas circunstancias concretas. Hoy en día disponemos de métodos suficientemente precisos para examinar el potencial erectivo... señalando la existencia de diferentes grados de implicación de los factores orgánicos y psicológicos, así como de los casos en los que estos factores interactúan claramente. Así lo reconoce el propio Oller al aceptar la presencia de etiología mixta, en las que se combinan causas orgánicas y psicosexuales o funcionales, y, aún más, en la que se entremezclan los dos parámetros, potenciándose mutuamente.”<sup>3</sup>

Las alteraciones sexuales de naturaleza orgánica pueden tener su origen en multitud de causas y muchas veces el diagnóstico etiológico no será fácil.

“Recordando la anatomofisiología sexual, para que tenga lugar una erección deben cumplirse una serie de condiciones:

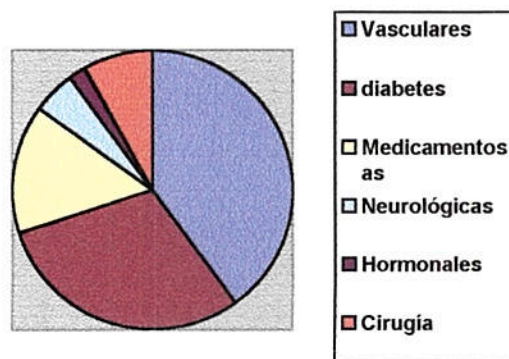
- 1- Estructura anatómica peneana normal, con inervaciones y vascularización adecuadas.
- 2- Estimulación psicógena y reflexógena correcta.
- 3- Niveles hormonales suficientes y un buen equilibrio metabólico.

Se puede afirmar, pues, que debe existir una normalidad del cerebro hasta el meato uretral.

En el siguiente esquema se mencionan los grupos de patología orgánica:

- Vasculares
  - Arteriales
  - Venosas
  - Patología del tejido cavernoso
- Neurológicas
- Endocrinológicas
- Urológicas
- Enfermedades Sistémicas
- Causas iatrogénicas, farmacológicas y tóxicas
  - Farmacológicas y Tóxicas
  - Iatrogenias quirúrgicas”<sup>4</sup>

El siguiente gráfico representa los porcentajes de las diferentes etiologías orgánicas que provocan la disfunción sexual eréctil.



<sup>3</sup> Monseny y Arrondo. Práctica Andrológica. Cap. 56. Pag. 473. Edit. Masón Salvat. España, 1994.

<sup>4</sup> Monseny y Arrondo. Op. Cit. Cap. 45. Pag. 399.

Para la **Sexología**, el enfoque sobre la disfunción sexual eréctil amplía su mirada hacia aspectos conductuales, de aprendizaje, elementos psicológicos individuales y de vínculo con el otro, abarcando además el entorno social en un intento de comprender, describir y explicar los fenómenos implicados en el campo de la Sexualidad Humana.

Kelly reconoce tres tipos de “impotencia”:

- *Impotencia Orgánica*, relativamente rara y es provocada por algún defecto anatómico en el sistema nervioso central o en el sistema reproductor.
- *Impotencia Funcional*, también involucra dificultades funcionales en que la erección y otras funciones del sistema sexual que dependen de actividad hormonal adecuada, una circulación sanguínea satisfactoria y un sistema nervioso intacto y funcionando apropiadamente. Las anomalías en cualquiera de estas zonas pueden resultar en defectos de la erección.
- *Impotencia psicógena*, provocada por las inhibiciones emocionales que bloquean o interfieren con ciertos impulsos del encéfalo que actúan sobre los centros neuronales de la médula espinal que controlan la erección.

Dentro de los *aspectos conductuales* que integran la problemática de la disfunción eréctil de origen psicógeno, J. M. Farré, toma las dimensiones que establecía Derogatis para orientar las bases psicológicas en las que se asienta.

Experiencia Sexual. Las experiencias sexuales siguen un orden jerarquizado y secuencial que facilita el conocimiento de los fallos que sufren estas experiencias en cada caso específico.

Actitudes e información. Aquellas predisposiciones a valorar favorable o desfavorablemente los objetos, que se van conformando a lo largo de la vida como resultado de experiencias y conductas aprendidas de los otros. Estas actitudes están compuestas por factores estrechamente relacionados, *cognitivos* (opiniones y creencias), *afectivos* (sentimientos concomitantes) y *comportamentales* (tendencia a actuar de una manera determinada); dichos componentes se refuerzan en conjunto en una *estructura* que tiende a permanecer estable aunque pueden presentarse escisiones que rompen la armonía tan frecuentes en el campo de la sexualidad. Las actitudes se adquieren en gran parte en el proceso de socialización y tienden a gobernar selectivamente el acceso a nuevas informaciones, de ahí la relación entre los dos procesos.

Síntomas Psicológicos. Hay una relación directa entre pacientes con conflictos emocionales y trastornos sexuales; el proceso inverso se correlaciona con menos claridad.

Definición del Papel Sexual. La interacción de la sexualidad – emoción contribuirá a la definición del papel sexual.

Afectos y Emociones. La ansiedad como emoción cardinal, la depresión, el estrés y el miedo son algunas de las emociones negativas que acompañarían a las disfunciones y en muchas ocasiones las iniciarían. La inhibición o la interferencia de los mecanismos neurofisiológicos (tanto estructurales como bioquímicos) que inician y mantienen la conducta sexual son la consecuencia de estas emociones.

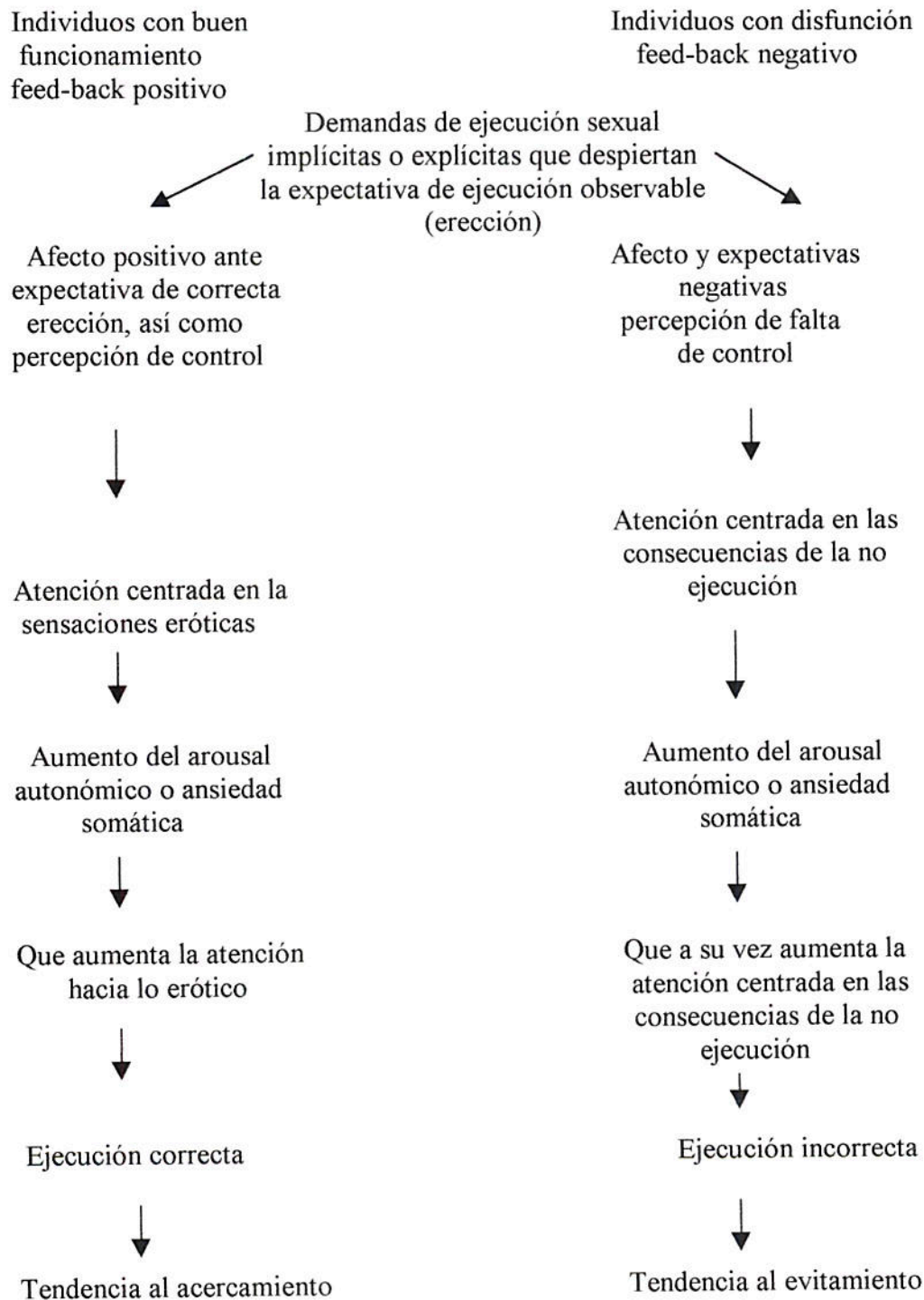
Fantasías. Tienen clara repercusión sobre la eficacia de la responsividad sexual. Ante una disfunción sexual se debe evaluar la presencia o ausencia de fantasías, la frecuencia de las mismas y su naturaleza.

Impulso Sexual. Factores muy diversos (estructurales, bioquímicos, dimensiones de la personalidad, del estado orgánico o psicopatológico, sociales y biográficos) concurren en la eclosión del impulso sexual. En el individuo disfuncional interesa

especialmente la apreciación subjetiva del paciente sobre su impulso y la discordancia con su pareja.

Condicionamiento y ansiedad. La ansiedad es la que aparece con más frecuencia como iniciadora y/o mantenedora del condicionamiento de las disfunciones sexuales.

Barlow y Beck, proponen el siguiente modelo: “a) rendimiento y distraibilidad durante la estimulación sexual; b) respuesta sexual distinta ante la ansiedad; c) diferencias afectivas durante la estimulación sexual; d) diferencias en la autovaloración de la activación sexual y en la percepción de control sobre ésta”.<sup>5</sup>



<sup>5</sup> Monseny y Arrondo. Op. cit. Cap. 56, pag. 476.



ansiedad (y cambio en las respuestas como consecuencia de esta); depresión; experiencias sexuales traumáticas; cambios significativos de vida.

- Factores de *mantenimiento*. Controlan la perseverancia de la disfunción. Se citan, ansiedad ante la interacción sexual, anticipación de fallo o fracaso; sentimientos de culpabilidad; falta de atracción entre los miembros de la pareja; problemas generales en la relación de pareja; exigencias desmesuradas del otro, sentido del deber; miedo a la intimidad; deterioro de la autoimagen; información sexual inadecuada; escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito; trastornos comportamentales más generales (depresión, alcoholismo, anorexia, estados de ansiedad, etc.) especialmente agorafobia y fobia social.

Agregaremos, también, factores sociales tales como las largas jornadas laborales, sobreexigencias y el estrés que en ocasiones trae aparejado. Además, es preciso integrar los mandatos culturales del rendimiento sexual masculino

Otra postura que brinda valiosos aportes en la **Psicología Individual** es la **Teoría Psicoanalítica**, a partir de Freud, la sexualidad deja de ser una actividad destinada a la reproducción y al goce; la sexualidad es relación, símbolo, metáfora, mito.

La respuesta sexual inadecuada es la representación del conflicto que se desarrolla en otro espacio, en el dominio de lo mental. Así, el síntoma (en ausencia de patología somática objetivable) es fundamentalmente el mensajero que informa acerca del conflicto mental que en la relación con el otro se desarrolla.

Ferenczi, después de Freud señala el desacuerdo que subsiste con los sexólogos: la impotencia y la frigidez no están determinadas únicamente por el miedo o el recuerdo de un fracaso sexual, sino por procesos mentales inconscientes que tienen fuerza de interdicción, inhibición. Así, detrás de la causa actual, circunstancial, se disimulan recuerdos infantiles reprimidos y los fantasmas con ellos ligados.

“En relación con este tema J. Lacan habla de un goce ante el cual el sujeto se rehusa, se sustrae “por lo mismo que este goce es demasiado coherente con la dimensión de la castración percibida en el acto sexual como amenaza”... La detumescencia es anulada como un bien en sí, reducida a la función de protección contra un mal temido, se lo llame goce o castración, ella misma como un mal menor, y entonces, cuanto más reducido es el mal, más perfecta es la escabullida.”... “La mujer, escribe K. Abraham (1916), no obtiene nada, él ahorra su fuerza física, no da placer a su compañera, suscita la espera y la defrauda. Esto permite concebir que la eyaculación precoz, la impotencia o la frigidez, puede entrañar formas de goce diferente del sexual, en el sentido corriente del término”.<sup>8</sup>

Los problemas psíquicos inconscientes, generalmente se basan en conflictos edípicos no resueltos acompañados de temor y culpa, explicando algunas disfunciones erectivas. Hombres con depresiones crónicas o agudas, sentimientos de culpa u hostilidad reprimida, son más susceptibles de sufrir disfunciones eréctiles.

---

<sup>8</sup> Desprats – Pequignot Catherine. La Psicopatología de la vida sexual. Cap. 5. Edit. Amorrortu, Buenos Aires.1994.

## DIAGNÓSTICO

Cuando la problemática es trabajada en forma integral, el punto de partida del diagnóstico abarca necesariamente cinco aspectos: sexológico, médico, relacional, psicológico y social.

### Enfoque Médico

Monseny y Arrondo, exponen en su obra “Práctica Andrológica” estudios diagnósticos que buscan la etiología específica y den curso al o a los tratamientos terapéuticos pertinentes. A continuación los mencionaremos, dando prevalencia a la Anamnesis, debido a la valoración que al mismo le dan los autores y a los puntos de coincidencia que se puedan analizar más tarde con la entrevista psicológica estructurada de los pacientes que acuden al Psicólogo Clínico o al Terapeuta Sexual con este tipo de problemática.

### Anamnesis

En la actualidad, y a pesar de las sofisticadas técnicas diagnósticas desarrolladas, la historia clínica sigue ocupando un lugar de preferencia en la valoración del paciente afecto de disfunción sexual eréctil.

“El interrogatorio debe considerar fundamentalmente los siguientes aspectos:

1. Edad.
2. Antecedentes familiares de diabetes u otras enfermedades sistémicas.
3. Antecedentes patológicos.
  - a) Malformaciones congénitas del aparato genitourinario.
  - b) Inicio y desarrollo de la pubertad.
  - c) Inflamaciones, traumatismos u otras patologías del aparato genitourinario.
  - d) Enfermedades sistémicas.
  - e) Cirugías y traumatismos escrotoinguinales y abdominopelvianos.
  - f) Enfermedades metabólicas, hepáticas, cardiorrespiratorias, digestivas y renales.
4. Hábitos, medicamentosos y tóxicos.
  - a) Tabaco
  - b) Alcohol
  - c) Drogas
  - d) Fármacos
5. Datos sobre la fertilidad.
6. Historia sexual previa a la Disfunción Sexual Eréctil.
  - a) Práctica sexual (homo, hetero o bisexualidad).
  - b) Hábitos sexuales (masturbatorio, coital, etc. ).
  - c) Frecuencia de la práctica sexual.
  - d) Libido.
  - e) Erección.
  - f) Eyaculación.

La DE debe ser definida por los siguientes aspectos:

1. Fecha de inicio.

2. Posibles factores relacionados con el inicio de la DE.
3. Forma de aparición (repentino, progresiva).
4. Forma de presentación y evolución (erección ausente o incompleta, pérdida rápida de ésta, etc. ).
5. Posibilidad de realizar la penetración.
6. Posible alterne con erecciones normales (porcentaje de éxitos).
7. Variación dependiendo de la pareja, de las circunstancias, del hábito sexual, de la posición coital o de diferentes estímulos.
8. Presencia de erecciones matutinas o nocturnas.
9. Asociación con alteraciones morfológicas del pene (incurvación).
10. Afectación de la libido, la eyaculación y el orgasmo.

Aparte de definir las características de la erección, es fundamental la valoración de la afectación psíquica del paciente, así como de la repercusión y colaboración por parte de su pareja. Es importante hacer constar si el paciente mantiene relaciones con pareja fija, varias parejas, o si su hábito sexual es de tipo masturbatorio.”<sup>9</sup>

El interrogador debe estar muy entrenado en la práctica de la anamnesis de estos pacientes, para valorar adecuadamente aspectos tanto orgánicos como psicógenos y sociales. Hay datos de la anamnesis que permiten orientar el diagnóstico de la DE en:

**Origen psicógeno:** El paciente refiere erecciones normales, ya sean nocturnas o por masturbación, con el cambio de pareja, con la variación de estímulos u otros cambios circunstanciales. El inicio del problema suele ser brusco, pudiendo coincidir con situaciones de estrés importante, asociado con muerte o enfermedad grave de seres queridos, o con problemas laborales o de otra índole.

**Origen orgánico:** El paciente refiere antecedentes de patologías cardiovasculares, alteraciones metabólicas o trastornos neurológicos. El inicio suele ser progresivo y la evolución constante. Las erecciones matutinas y nocturnas pueden hallarse ausentes.

### **Otros estudios diagnósticos**

Cuando la anamnesis no aporta información orientativa alguna, debe establecerse el diagnóstico diferencial entre DE de origen psicógeno y DE de origen orgánico, considerando que en la mayoría de las ocasiones pueden presentarse asociados.

#### **Exploración Física**

**Estudios Analíticos** Excepto en pacientes que de forma muy evidente presenten una DE de origen psicógeno, a todos debe indicarse la práctica de un estudio analítico general (hemograma completo, glucemia, colesterol, triglicéridos, pruebas hepáticas) y determinaciones hormonales (LH, testosterona y prolactina).

**Estudios para objetivar la erección peneana** Entre las diferentes metodologías o técnicas existentes, es el *RigiScan* el que mejor determina los cambios del diámetro y el grado de rigidez peneana, mediante dos anillas colocadas en la punta y base del pene, conectadas a su vez al ordenador.

La utilización de este aparato en tiempo de monitorización real permite valorar las características de la erección, mientras el paciente es estimulado visualmente con un vídeo de contenido erótico. Si se determina una respuesta positiva con tan simple y poco

<sup>9</sup> Monseny y Pomerol. Op. Cit. Cap. 47. Pag. 418-419.

agresivo método, el paciente ya puede ser orientado hacia el psicólogo o psiquiatra. Si la respuesta es negativa, se repite la misma operación después de la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos. Si tiene lugar una erección de buena calidad y no existe sospecha de trastornos neurológicos, el paciente es orientado también como psicógeno. Una respuesta negativa o incompleta, y si existen sospechas de patología neurológica, está indicado, como próxima exploración diagnóstica, el registro nocturno de la erección. Si se determina un número suficiente de episodios de buena calidad eréctil, se califica la DE como psicógena; en caso contrario, debe indicarse el estudio de las posibles patologías orgánicas.

Si no se dispone del aparataje referido, pueden utilizarse otros métodos que, aunque menos precisos, son también orientativos (test del sello, anillas extensibles, etc.).

Estudio de la Patología Arterial: Una correcta exploración vascular general, el estudio con Doppler de las arterias peneanas permiten determinar posibles anomalías de la irrigación arterial peneana, que deben ser confirmadas mediante estudios arteriográficos para localizar de forma precisa el nivel obstructivo.

Estudio de la Patología Venosa: Se practica una cavernosometría o una cavernosografía, mediante la cual se estudian las presiones intracavernosas mientras se perfunde líquido al interior de los cuerpos cavernoso. Se determina fundamentalmente la presión necesaria para conseguir y mantener una adecuada rigidez peneana.

Estudio de los trastornos neurológicos: Ha de comprender una buena exploración de reflejos y sensibilidades, así como los potenciales evocados, que consiste en crear un estímulo neurológico y cuantificar la velocidad y calidad de la respuesta.

## **Diagnóstico Sexológico**

“Para comprender cualquier problema sexual, para indicar el tratamiento elegido y estimar el pronóstico de determinado desorden sexual, el clínico debe primeramente clarificar la queja principal, establecer un diagnóstico exacto y determinar la etiología del problema (Kaplan, 1983). Para llegar a un diagnóstico preciso y descubrir la causa verdadera, Kaplan enfatiza que deben requerirse dos tipos de datos: el diagnóstico diferencial entre las causas orgánicas y psicológicas y un análisis de los elementos psicológicos del problema”.<sup>10</sup>

Entonces, desde el punto de vista clínico se trata de discernir si se trata de una disfunción sexual o de otro proceso que no sea necesario recurrir a la intervención sexológica. También cabe preguntarse si el problema sexológico por el que se consulta es tratable con las técnicas de las terapias sexuales u otras. Se hace una profunda investigación de la historia sexual del individuo consultante, viendo los antecedentes y la historia evolutiva completa de la disfunción.

“Las causas inmediatas de las disfunciones sexuales operan en el “aquí y ahora”, destruyendo la respuesta sexual en el momento en que el individuo intenta embarcarse en una conducta sexual. Entre las fuentes específicas de ansiedad, de defensas contra un estado de relajación sexual y de obstáculos para un disfrute sexual pleno figuran:

1. La evitación o el fracaso de la pareja a la hora de establecer una conducta sexual que sea excitante y estimulante para ambos.

---

<sup>10</sup> L'Abate y Bagarozzi. Evaluando los problemas sexológicos. Revista de Sexología N° 7.

2. El temor al fracaso, que suele estar exacerbado por presiones a realizar el acto sexual... El exceso de crítica sobre la propia capacidad de agradar al compañero, que a su vez hinca sus raíces en el temor al rechazo, constituye también una fuente de ansiedad muy importante.
3. La tendencia a erigir defensas intelectuales y sensoriales contra el placer erótico.
4. El fracaso de la pareja para comunicarse abiertamente sin sentimientos de culpa ni mecanismos de defensa acerca de sus auténticos sentimientos, deseos y respuestas.”<sup>11</sup>

Este conjunto de causas inmediatas operan junto con las remotas en distintos niveles, pero no son incompatibles ni determinan una dicotomía real, sino que mantienen un equilibrio dinámico recíproco.

“En muchos casos, la intervención directa para modificar los efectos de estos factores etiológicos inmediatos (que es el verdadero sello de la terapia sexual) surte efecto sin necesidad de un tratamiento posterior”... “Aunque por supuesto reconocemos las raíces más profundas del conflicto, la terapia sexual no se ocupa normalmente de dichas estructuras a menos que esto se demuestre específicamente necesario”.<sup>12</sup>

Dentro de la serie de causas remotas, aparecen como constructos importantes que hacen al buen funcionamiento sexual los siguientes: 1) el concepto de la motivación inconsciente, junto con los constructos correlativos de represión y resistencia al tratamiento; 2) la importancia de las experiencias infantiles en la modelación de la trayectoria vital del adulto, y 3) el papel del conflicto edípico en la génesis de los conflictos sexuales. De esto se desprende que los factores etiológicos remotos que se citan con mayor frecuencia como substrato de las disfunciones sexuales son los conflictos intrapsíquicos inconscientes derivados de experiencias familiares tempranas, luego la disarmonía conyugal y las actitudes sexualmente restrictivas de nuestra sociedad. Además del psicoanálisis estos factores se observan desde la teoría de los sistemas y de la teoría del aprendizaje.

### **Diagnóstico Psicológico Individual**

“Un diagnóstico sexológico no sería completo si no evaluara los problemas psicológicos generales que influyen en la génesis y evolución de la disfunción sexual. También se evalúan las causas psicológicas recientes y remotas que influyen sobre el individuo o su pareja. Esta información influye decisivamente en el modo de abordaje terapéutico”.<sup>13</sup>

Retomando el tema de los criterios que se incluyen en el diagnóstico psicológico, citaremos a J. M. Farré, de orientación psicoanalítica, quien basa su diagnóstico en las siguientes áreas:

1. Organización de la personalidad del paciente y los modelos básicos de relación con el otro, es decir, las características de la relación de objeto; para ello se hace necesario investigar su evolución personal y las características de relación de objetos (internos y externos) en las diferentes etapas de su vida. El recorrido por estas etapas puede valorarse a través de un continuo

<sup>11</sup> Kaplan, Helen Singer. La Nueva Terapia Sexual. Sección B, Cap. 7. Pag. 180. Tomo I. Edit. Alianza. 1974. Madrid.

<sup>12</sup> Kaplan, Helen Singer. Idem. Nota Anterior.

<sup>13</sup> Gindin, León Roberto. El Rugido. Potencia Masculina: mitos, problemas y soluciones. Cap. IV, pag. 158. Edit. Planeta.

- que vaya desde la salud mental a la insania utilizando el modelo propuesto por Meltzer y Harris para la valoración de la relación de objeto y la resolución de conflictos. El modelo está constituido por cuatro factores positivos y sus contrarios. Los factores contrarios llevarían a la insania.
2. Etapa de la vida por la que en este momento transita: en el proceso diagnóstico es importante que el clínico pueda evaluar con especial atención el momento vital por el que el paciente transita y el modo más o menos satisfactorio en que se desempeña a nivel familiar, laboral, social, etc., resolviendo la tarea principal de acuerdo a ese momento evolutivo.
  3. Life events más sobresalientes: evaluar el impacto en el proceso evolutivo de los acontecimientos vitales más sobresalientes, en particular aquellos que causan sufrimiento debido a las experiencias de pérdida a ellos asociadas: enfermedad; muerte de seres queridos; separaciones; cambios de trabajo, de residencia, etc.; pérdida de empleo. Sin embargo, no deben soslayarse aquellas situaciones de signo completamente opuesto.
  4. Características de la situación del paciente y la externa a él, en el momento de aparición del trastorno: “es importante rastrear con atención la situación emocional del paciente en el momento o en el tiempo próximo en que el síntoma hizo su aparición y las circunstancias exteriores que se daban coincidentemente. Esto aportará más luz acerca del modo de organizarse el trastorno y las causas desencadenantes más inmediatas, así como permitirá al paciente establecer conexiones asociativas entre síntoma y experiencia vital, motivándole a investigar acerca del funcionamiento mental que le caracteriza y sus consecuencias”.<sup>14</sup>
  5. Entorno Social: evaluar su calidad y cuando éste se halla seriamente perturbado por la deficiencia de las relaciones sociales, el hacinamiento, la escasa atención a la salud, la inestabilidad en el empleo. Los trastornos de la sexualidad se transforman entonces como marcadores sociales de la baja salud mental de la población.

### **Diagnóstico Relacional o Diádico**

Luciano L'Abate y Dennis A. Bagarozzi, proponen que una vez determinadas las causas fisiológicas el terapeuta (terapeuta sexual), ya que la disfunción eréctil se encuentra frecuentemente asociada a causas orgánicas, debe emprender una completa evaluación de ambos miembros de la pareja (cuando así lo requiere la demanda o cuando se hallan involucrados elementos diádicos que influyen de forma negativa en el paciente), de su vínculo y del problema por el cual están buscando ayuda.

“En esta parte del diagnóstico, se evalúa el funcionamiento de la pareja en sus aspectos sexuales y no sexuales (luchas por el poder, sistemas de valores, comunicación, etc.). Se trata de comprender siempre que la disfunción sexual se da en un marco determinado y se evalúan cuáles son las posibilidades del cónyuge, aparentemente no disfuncional, de colaborar en el tratamiento. Se hacen entrevistas individuales con cada uno de los miembros de la pareja y en conjunto”.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Idem. Nota anterior.

<sup>15</sup> Idem. Nota anterior. Cap. IV, pag. 159.

## Técnicas Diagnósticas

Dentro de los aspectos psicológico y sexológico, existen variadas formas de evaluar los trastornos sexuales, sin embargo, diversos autores recurren en tomar como ejes y correlacionar, el funcionamiento de la personalidad, la calidad de los vínculos, la etapa de la vida por la que atraviesa con los eventos más significativos, la historia sexual y el entorno social.

El método más usado es la entrevista psicológica semidirigida y en algunos casos cuestionarios elaborados específicamente para las personas con esta problemática; también se han presentado investigaciones en congresos que basan su diagnóstico en el Test de Minnesota (MMPI), y referente al diagnóstico psicológico individual en el eje del funcionamiento de la personalidad cada Psicólogo Clínico utiliza la batería de Tests de acuerdo a su orientación (Test de Rorschach, Cuestionario Desiderativo, Figura Humana, etc.).

Lo que sigue es un esbozo de un cuestionario utilizado por L'Abate y Bagarozzi para asesorar sobre dos de los tres dominios mencionados (sexológico y diádico); cabe aclarar que recortaremos la parte del cuestionario que se dedica sobre las problemáticas de la mujer.

### Historia del Problema (Hombres y Mujeres)

¿Cuál considera usted que es el problema?

¿Cómo piensa que este problema apareció?

¿Cuándo ocurre el problema?

¿Con cuánta frecuencia sucede?

¿En qué situaciones o contextos relacionales pareciera que el problema empeora?

¿En qué situaciones o contextos interpersonales pareciera que el problema le preocupara más?

¿Cuándo fue por primera vez consciente del problema?

¿Empeoró su problema desde la primera vez que fue consciente del mismo?

¿Hubo momentos en que el problema desapareció?

¿Hubo épocas en que el problema no lo preocupó?

¿Cómo se siente respecto a su problema?

¿Qué hizo para corregir este problema?

¿Qué hizo que pareciera haberlo ayudado?

¿Qué hizo que pareciera haberlo empeorado?

¿Cuáles fueron las reacciones comunes de su pareja frente al problema?

¿Qué tipo de reacciones obtuvo de sus parejas anteriores frente al problema?

¿Cómo se siente frente a estas reacciones?

¿Qué fue lo que lo impulsó a buscar ayuda para este problema en esta época de su vida?

¿Cómo afecta este problema sus sentimientos sobre usted mismo?

¿Cómo afecta este problema sus sentimientos en relación a su pareja?

¿Qué importancia tiene este problema con respecto a su funcionamiento sexual?

¿Qué importancia tiene este problema con respecto al funcionamiento sexual de su pareja?

¿Piensa que su pareja tiene algún problema, inhibición, ansiedad o preocupación sexual?

Si su pareja tiene también una disfunción sexual, ¿Cuál es el problema que empezó primero?

¿Cómo intentan usted y su pareja manejar este problema?

- ¿Qué técnicas o métodos usaron que los hayan ayudado?
- ¿Qué técnicas o métodos usaron que no los hayan ayudado o hicieron que el problema empeorara?
- ¿Cuál es su concepto sobre un funcionamiento sexual efectivo en el varón y en la mujer?
- Semanalmente, ¿Cuán frecuentemente desea tener relaciones sexuales?
- ¿Cómo ha cambiado esta frecuencia a lo largo de los años? Durante sus años adolescentes? Durante la adultez? Durante el cortejo? Durante el matrimonio? Luego del nacimiento de los niños? Después de su divorcio? Cualquier otro cambio significativo?

#### Para Hombres

- ¿Fracasó alguna vez en su erección?
- ¿Cuán frecuentemente ello ocurrió?
- ¿Bajo qué circunstancias ocurrió?
- ¿Cuáles fueron las reacciones de su compañera frente al fracaso en su erección?
- ¿Cómo se sintió frente a usted mismo cuando le pasó esto?
- ¿Cómo se sintió frente a su compañera cuando ello le sucedió?
- ¿Qué hizo para recuperar su erección?
- ¿Qué hicieron sus compañeras?
- ¿Qué técnicas le resultaron útiles?
- ¿Qué técnicas no le resultaron útiles?
- ¿Cuándo fue la primera vez que fracasó en su erección?
- ¿Consideró esto un problema?

Otras consideraciones sobre disfunciones eréctiles:

- ¿Abusa del alcohol? De alguna otra sustancia? Está tomando alguna medicación que le puede producir su disfunción eréctil? Está padeciendo alguna situación psíquica o médica que puede contribuir a su disfunción eréctil?
- ¿Tiene erecciones matinales? Tiene erecciones cuando se masturba? En que piensa cuando se masturba? Qué le resulta más excitante? En qué piensa mientras hace el amor? Existen condiciones psicológicas que puedan estar causándole su fracaso erectivo (por ejemplo: ansiedad, depresión, angustia)? En qué momento mientras hace el amor pierde la erección?

#### Para Hombres y Mujeres:

- ¿Cuánto tiempo pasa su pareja estimulándolo?
- ¿Le alcanza ese tiempo para excitarse sexualmente?
- ¿Habló con su pareja sobre su deseo de tener más o menos tiempo de estimulación sexual?
- ¿Qué respuesta recibió ante su requerimiento de un cambio?
- ¿Se siente cómodo pidiéndole a su pareja que realice o evite algunas conductas según le parezcan placenteras o no?
- ¿Le agradan las técnicas que utiliza su compañera para hacer el amor?
- ¿De que otra forma, diferentes a una relación sexual, intentó su pareja darle placer? Y usted a su pareja?
- ¿Cuánto tiempo, usted y su compañera, generalmente transcurre entre la vez que hacen el amor y la próxima vez? Les resulta satisfactorio?
- Mientras hacen el amor, ¿con cuánta frecuencia alcanza su pareja un orgasmo? Les satisface?

¿Siente alguna molestia durante la relación sexual, durante el orgasmo?

Historia de la Relación Sexual de la Pareja: preguntas que recorren desde el momento de conocerse hasta la actualidad que tratan distintos temas, como noviazgo, primeras relaciones sexuales, decisión de matrimonio, presencia de embarazos no deseados y abortos, infidelidades, crisis de la pareja, entorno familiar, trabajo, roles, separaciones, posibilidad de comunicación referente a temas sexuales, modalidades de resolución de problemas, etc.

Otra muestra de la metodología utilizada son Los cuestionarios del Sexólogo en Impotencia Sexual, hallándose en la obra de Gindin lo siguiente:

“Teniendo en cuenta las dificultades que se plantean para descartar o confirmar influencias orgánicas, se pueden evaluar, mediante un cuestionario, cuáles pueden ser las causas de la disfunción.

*¿ Le pasa siempre con todas las mujeres, o sólo con alguna o algunas?*

R) Si no tiene problemas con alguna otra mujer de manera regular, es muy probable que su problema no sea orgánico.

*¿Cuándo se masturba, también tiene problemas con la erección?*

R) Si tiene buena erección y rigidez aceptable con masturbación, su problema es probablemente funcional o de pareja.

*¿ Piensa que no va a poder, antes de intentar una relación sexual?*

R) es una típica pregunta de quienes padecen ansiedad por el rendimiento sexual, o de quienes han fallado algunas veces por otras causas, y se hace indispensable, mediante otros estudios o preguntas, descartar problemáticas orgánicas o medicamentosas.

*¿Tuvo alguna vez, antes, un problema similar?*

R) Los antecedentes repetidos, superados espontáneamente, hablan de problemática psicológica.

*¿Qué otras enfermedades padece?*

R) Cuando hay enfermedades generales como arteriosclerosis, o locales como, Enfermedad de la Peyronié, conviene hacer los estudios correspondientes para descartarlas como causante de la impotencia actual.

*¿Hay antecedentes de Diabetes en él o su familia?*

R) La diabetes es la enfermedad impotentizante por excelencia, y por lo tanto, su presencia o antecedentes familiares obliga a estudios en profundidad.

*¿ Qué medicamentos toma?*

R) Hay medicamentos que afectan también, y de manera significativa, la erección, como los psicofármacos mayores y los hipotensores.

*¿Cómo es la erección matinal o nocturna?*

R) Tener erección nocturna o matinal de características aceptables en cuanto a duración y rigidez no hace pensar en un diagnóstico orgánico del problema erectivo.

*¿Qué le pasa a su compañera cuando no puede? ¿Cómo reacciona?*

R) Tanto una compañera colérica y agresiva como una sumisa o vengativa, no ayudan a resolver el problema. Desde el punto de vista de la pareja solo puede ayudar una actitud diferente de comprensión y diálogo.

*¿ Su mujer es activa o pasiva sexualmente?*

R) Para la solución de problemas erectivos es muy importante el cambio de actitud de la pareja del consultante. La mayor y/o mejor actividad por parte de la compañera ayuda a “vencer” el déficit causado por el medicamento.

*¿La esposa está realmente interesada en la solución del problema?*

R) Es muy importante la actitud de la pareja de quién padece este problema. Si no le interesa a ella especialmente el ejercicio de la sexualidad, es muy probable que la solución no sea sencilla cualquiera sea la causa del problema.

*¿El paciente siente rechazo a la sexualidad? ¿Lo sintió desde siempre o es algo reciente?*

R) Un tema a discriminar siempre es el de las fobias o miedos sexuales, de frecuentes aparición en la consulta. Cuando un miedo sexual es histórico convendría hacer una consulta con un psicoterapeuta, especializado en el tratamiento de estos problemas.

*¿Cómo es su vida cotidiana y cómo cree que influye ésta en su sexualidad?*

R) Personas que manejan su vida cotidiana con muy pocos espacios dedicados al placer y el goce es muy probable que, en el abordaje de sus conductas sexuales, empleen sus mismos métodos. Lo mismo sucede con las personas ocupadas en otros problemas, es muy difícil que tengan un buen espacio psíquico interno para el ejercicio de su sexualidad.

*¿Cuánto tiempo dedica y dedicó siempre a la sexualidad?*

R) Una historia de tiempos muy breves dedicados a la sexualidad hace imprescindible pensar en una sexualidad deficitaria históricamente y, para recuperarla, se hacen necesarios mejores tiempos y calidades del mismo”.<sup>16</sup>

La exploración de estas diferentes áreas, ampliadas con una información suficiente acerca de la práctica sexual del paciente y de los procesos de aprendizaje realizados (calidad de las primeras experiencias), permitirán realizar una valoración diagnóstica y pronóstica, y prever la estrategia terapéutica más conveniente en las circunstancias actuales del paciente.

## **Estrategia Terapéutica**

La estrategia terapéutica puede variar según el diagnóstico. Descartando primero los indicadores de organicidad, el terapeuta puede indicar una psicoterapia que tienda a tratar aquellos conflictos intrapsíquicos más profundos, o una terapia sexual donde se focaliza en factores más específicos del “aquí y ahora” y que son capaces de ejercer un efecto directo e inmediato sobre la capacidad de erección de un hombre.

En el primer caso citado, según Ll. Farré y M. Martínez, opinan que “la psicoterapia constituye el procedimiento de elección en trastornos sexuales de tipo primario (impotencia, aneyaculación) que revelan la presencia de una estructura de personalidad que urge al paciente a su transformación para poder acceder a la relación vincular que incluya el intercambio sexual satisfactorio. Es también especialmente indicada en los trastornos que aparecen secundariamente al recorrido de momentos de crisis existenciales y en situaciones de pérdida. Así, cuando en la base de los disturbios de la sexualidad descubrimos como agente organizador determinante al enfrentamiento y la resolución inadecuada de estos momentos vitales de transición, el tratamiento debe

<sup>16</sup> **Gindin León Roberto.** El rugido. Potencia Masculina: mitos, problemas y soluciones. Cap. IV, pag. 161-163. Edit. Planeta. Buenos Aires, 1996.

orientarse a ayudar al paciente a la elaboración del conflicto que se plantea y a realizar el tránsito de una etapa de vida a otra".<sup>17</sup>

En el caso de la Terapia Sexual, los varones que se verán más beneficiados por esta combinación de psicoterapia y experiencias sexuales indicadas, donde sus objetivos se limitan al intento de solución o alivio de los síntomas sexuales del paciente, son aquellos en los que "la base del problema radica en la ignorancia de las técnicas sexuales efectivas, y en la información falsa o prejuiciosa acerca de la sexualidad. En otros, las causas son mucho más complicadas: temores, ansiedades, control constante de la actividad sexual, angustia por el rendimiento y temor al rechazo dominan la escena, éstos varones también serán beneficiados por la terapia sexual".<sup>18</sup>

Por último, algunos autores proponen el tratamiento psicoterapéutico junto con otras técnicas paliativas, tales como la autoinyección de fármacos vasoactivos y los mecanismos de erección por vacío (Vacuun) mientras se resuelve la patología psicógena de base, comportando un aumento de la autoestima, de la autoconfianza y el reconocimiento del esquema corporal.

---

<sup>17</sup> **Monseny y Arrondo.** Práctica Andrológica. Cap. 63, pag. 525. Edit. Masson – Salvat. 1995.

<sup>18</sup> **Gindin León Roberto.** El rugido. Potencia Masculina: mitos, problemas y soluciones. Cap. VI, pag. 253. Edit. Planeta. Buenos Aires. 1996.

## ENTREVISTAS

## ENTREVISTAS A INFORMANTES CALIFICADOS

### Objetivos

El fin es recabar más datos acerca del tema que nos ocupa, explorar que conocimientos manejan los especialistas que trabajan con pacientes; diagnósticos y tratamientos, enfocando un perfil médico y psicológico al entrevistar a dos expertos del campo de las disfunciones sexuales como son el Dr. Biraben, médico Urólogo - Sexólogo y a la Lic. en Psicología Elda Bartolucci, Sexóloga. Ambos son integrantes de la Asociación Marplatense de Enseñanza y Educación Sexual, en su carácter de vicepresidente y presidente respectivamente.

En consecuencia, elaboramos un patrón de preguntas para un posible discernimiento de diferencias en sus enfoques, esto implica que la modalidad de las entrevistas sea semi-estructurada, de manera de dar espacio a temas que los expertos deseen sugerir, ampliar e integrar en la entrevista.

Así, se produce el intento de que la presente investigación sea contextualizada en el marco de aquellos profesionales que se enfrentan con esta problemática y nos sugiere líneas de preguntas para la elaboración de las encuestas en el siguiente paso de la investigación.

### Pre- entrevistas

Las entrevistas fueron solicitadas telefónicamente, presentándonos como estudiantes avanzados de la carrera de psicología, dando a conocer los objetivos en el marco de esta investigación. Se acordó que las mismas se realizaran en los consultorios de los profesionales entrevistados y en horarios convenidos.

A continuación se dará paso a la entrevista con el Dr. Biraben y a su finalización, la realizada a la Lic. Elda Bartolucci.



## **Entrevistado: Dr. Max Roberto Biraben**

*Para abrir el tema la pregunta es ¿Cuál es la definición de la Disfunción Sexual Eréctil?*

Es una definición obviamente que lo dice todo en cuanto a que la dificultad permanente para obtener una erección que permita acceder al coito. Aquellos episodios aislados o situaciones de tipo emocional que pueden ocurrir en un bajo porcentaje de casos no tienen incidencia en una consideración sobre la disfunción eréctil. Es decir, la permanencia de la disfunción, da el nombre.

*¿Cuáles son los aspectos que influyen en la disfunción sexual eréctil?*

Básicamente es un problema psicológico y orgánico, históricamente dos etapas distintas, la primera la cierta propensión a adjudicarle a la disfunción una causa psicológica. Se dice que el 70%, cuando nosotros comenzamos a realizar esta especialidad por allá por los años ochenta, se tenía la propensión a adjudicarle a la disfunción a fallas de tipo emocional, últimamente hubo un cambio muy notorio, y comenzó a señalarse que la causa es orgánica en forma predominante, yo diría que el 75 o el 80% es de origen orgánico y que el 25 o el 30% son funcionales. Pero evidentemente es un área en donde las dos clásicas divisiones cartesianas que responden a una formulación del ser humano en dos aspectos que no existen, sino que el ser humano es una integración de lo biológico y lo psicológico en tal magnitud que ha dado lugar a partir del Renacimiento a dos ramas diferentes, caprichosas si se quiere desde el punto de vista de la verdad; una que considera que el cuerpo es el depositario de toda respuesta mecánica, y el alma, el espíritu o la psiquis es el asiento de otro elemento completamente distinto que no está. La medicina psicosomática podría estar en la verdad de que ambos puntos se encuentran en una relación de pareja intensidad.

El paciente que tiene una perturbación orgánica indudablemente se encuentra enormemente angustiado, y la angustia se encuentra en otra esfera de lo orgánico. Se mezclan ambas cosas porque la parte emocional siempre opera determinista ya sea negativa o positiva, eventualmente cuando el individuo tiene determinado tipo de comportamiento o un perfil psicológico que le permite a pesar de tener una perturbación orgánica responder mejor que otro en sus respuestas eréctiles.

Las disfunciones eréctiles son predominantemente mixtas, porque si es de origen emocional o por una situación que tiene un desencadenante que tiene un fracaso en el hombre y que altera su autoconfianza su autoimagen, y luego ante la repetición de un episodio negativo se vuelve a repetir la misma inhibición o bloqueo, y eso puede ocurrir de manera muy prolongada si no consulta y no se toman medidas para ayudarlo para salir de ese estado de pánico.

Pero hay que diferenciar que las causas orgánicas son muchas, a partir de los cincuenta años de vida predominan las causas orgánicas y por debajo de los cincuenta años predominan las causas psicológicas; pero a lo largo de toda la vida hay perturbaciones dadas por múltiples elementos que pueden ser tóxicos como el alcohol, el tabaco, las drogas, la diabetes, la hipertensión que como es obvio, como cualquier otro fenómeno vascular puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Después de los cincuenta años se suman todos esos factores porque lógicamente el deterioro va generando una menor respuesta biológica, las arterias van teniendo menos calibre, se

van sumando aspectos hormonales, la famosa andropausia, es una situación que genera una menor cantidad de testosterona, que es la hormona determinante del deseo sexual y de también aspectos íntimos de la bioquímica de los tejidos cavernoso, en donde también juega un papel importante.

*Cuándo una persona lo consulta ¿En qué consiste el diagnóstico?*

Desde luego que la entrevista personal es decisiva, muchas veces los pacientes no deben pasar ningún tipo de estudio diagnóstico como los que se han creado los últimos años, sin que el médico evalúe hasta que medida él está con una situación reciente o prolongada, cómo es su pareja, como son sus condiciones psicológicas, en que medida lo angustia o no su situación, qué otros factores desencadenantes pueden existir, si el proceso por el cual el consulta ha sido un motivo reciente a raíz de algún acontecimiento negativo en su vida, si ha habido un duelo, si ha tenido algún tipo de fenómeno médico como puede ser una operación o alguna circunstancia de salud que pueda haber disminuido su rendimiento físico, etc. Pero fundamentalmente el paciente trae cuando se le hace un primer interrogatorio, una gran cuota de respuesta para que el médico experto pueda señalar de antemano cual es su sospecha, si es un paciente predominantemente psicológico o es un paciente donde se sospecha una causa orgánica.

*Si se llega a confirmar que la causa es orgánica, ¿cuáles son los métodos para diferenciarlas?*

Claro, muchas veces obviamos los métodos para no hacer estudios innecesarios. Pero a veces es necesario descartar lo orgánico porque de lo contrario estaríamos prejuzgando sobre que no existe ningún motivo de esa naturaleza. En general, las personas que más se investigan son las personas mayores, las personas menores que son consultas muy prototípicas porque responden a un modelo que es característico con su gran cuota de angustia y temor por la situación que está atravesando generalmente con una pareja reciente con episodios anteriores o no, con reiteración de una conducta pánica característica por la descarga adrenalítica, son enfermos que describen sus cuadros con total claridad, que no deja lugar a dudas que la metodología que hay que utilizar, tranquilizándolo, llevándolo por el camino del convencimiento de la situación emocional que está atravesando, y ante la reiteración, la recaída de su cuadro, sí, nosotros somos altamente partidarios de tomar el camino psicológico con entrevistas particularizando aspecto de su situación personal ya en manos de un psicólogo, o previamente con un MMPI, o sea con un estudio que tiene el mérito de realizarse en corto tiempo sin que el paciente se sienta demasiado comprometido para iniciar una psicometría más prolongada o con psicólogos o con compromiso de otra naturaleza. El MMPI aporta muchas veces una muy buena información respecto a psicopatías enmascaradas, a cuadros esquizofrénicos, depresiones, etc., que son útiles en algunos casos y obviabiles en otros, que directamente dada su ostensible salud psicológica se lo considera conveniente colocarlos en una psicoterapia directamente de entrada.

Con respecto a los estudios orgánicos, las pautas que nosotros seguimos son el estudio del lóbulo límbico, TPN - test de tumescencia nocturna - que explora la capacidad de neurotransmisión basal (durante la noche, durante el período Rem, el pene erecta fisiológicamente y eso ocurre durante toda la vida del varón). Este ha entrado en desuso desde que se inventó el RigiScan, que es una pequeña computadora que se coloca al costado del muslo y que recoge la información de ocho o diez horas de sueño

durante las cuales, se hace dos noches preferentemente para poder obviar la incomodidad que pueda provocar la primera noche las dos pequeñas banditas que se colocan alrededor del pene, y que nos dan una buena información sobre la energía básica que ese sujeto tiene y que la recoge el aparato y la procesa.

Los otros estudios son las vías nerviosas que sigue esa energía generada en el lóbulo límbico a través del sistema nervioso periférico, el nervio erector, que sale de la médula llega al pene y va a provocar los fenómenos eléctricos propios de la acción de los neurotransmisores a nivel del tejido cavernoso del pene; ese trayecto nervioso se lo investiga a través del RBC, o sea Reflejo bulbo- cavernoso potenciales evocados pudendos, que tienen una directa vinculación con alguna patología determinada sobretodo en la diabetes, se sabe que el aumento de la glucemia produce daños a nivel de la cubierta del nervio llamada mielina, por sobre el cilindro eje y que al no permitir el potencial de acción que ejerza su efecto sobre la sinapsis, deja al nervio imposibilitado de la transmisión, a pesar de que el resto del sistema tanto lo que vendría ser de la faz psicológica de la energía sexual o libido y la recepción que vendría a ser el trabajo propio del tejido cavernoso del pene están absolutamente sanos, pero la conducción se encuentra alterada o anulada según la intensidad de la neuropatía y eso tiene respuesta médica muy significativa porque son pacientes que pueden tratarse como pacientes normales cuando se utilizan las drogas vasoactivas o los sistemas de vacío o como última instancia como se hace en los Estados Unidos, las prótesis que solucionan el problema definitivamente.

El otro estudio que nosotros hacemos como médicos sexólogos y específicamente relacionado con la ausencia de una buena erección, es el que investiga el llenado de los cuerpos cavernosos. Los cuerpos cavernosos son dos cartuchos llenos de tejido esponjoso que son una variedad de tejido vascular, que se extiende desde el surco coronal del pene hasta la región del isquión, o sea en una extensión de 20 o 30 centímetros. Este tejido cavernoso forma una masa, estructura vascular productora de diversos elementos que van a determinar y desencadenar una acción sobre el músculo cavernoso, que por un mecanismo de succión van a absorber la sangre como si fueran una ventosa atrayéndola a través de cinco arterias que se dilatan al doble permitiendo la llegada de una gran cantidad de sangre que requiere que el pene flácido comience su proceso de tumescencia y llegue a la rigidez completa en base al cierre simultáneo de un tapón hasta el coito, donde el nervio dorsal del pene que ha recogido los estímulos y va a desencadenar un reflejo en el tejido pene desde la médula que es el reflejo eyaculatorio.

Estos son los estudios fundamentales que se llevan a cabo en nuestro instituto. Pero los pacientes no pasan por todos estos estudios, sino que se seleccionan los que convienen a cada cuál para que, con el menor gasto posible, conducir a una definición. ¿Es un paciente psicógeno? ¿Es un paciente que tiene un trastorno orgánico? Este trastorno orgánico ¿es de su libido, de su transmisión sexual, es de su recepción? O sea es un paciente que puede ser hormonal, neurogénico, vasculogénico y si es vasculogénico hay que preguntarse si es porque hay una falta de permeabilidad en las arterias, si es porque existe una fuga venosa y las venas no son debidamente comprimidas de manera que se escapa durante el período de llenado; o es un paciente que tiene debilidad del músculo cavernoso.

*¿En qué consisten las técnicas de los estudios que menciona?*

El test farmacológico es una prueba computadorizada en donde el paciente es estudiado primero con Doppler.

Bueno primero se le hace el estudio penil – braquial donde se le toma la presión general diastólica y sistólica en el brazo, y luego se le toma la presión sistólica en el pene y se hace una comparación. Tienen que estar en igualdad de condiciones de ambas tomas, si existe una menor presión en el pene quiere decir que hay un déficit en el pasaje de la sangre, que no alcanza el nivel de distensión de las arterias que tienen en el cuerpo, eso se toma en estado de flacidez del pene.

El estudio que le sigue se llama estudio Doppler, es un aparato que se inventó hace unos cuantos años y que usan los cirujanos vasculares para investigar las arterias y los clínicos para ver si las arterias están o no permeables en los miembros y en cualquier parte del cuerpo. Entonces es una onda supersónica que es enviada por un aparatito que es un lápiz que se coloca en contacto con la piel y que rebota al nivel del flujo que pasa por la arteria, la sangre circula y la onda rebota de acuerdo al grado de circulación de la sangre, de manera que lo que se detecta en el sonido y a veces en el papel porque eso se puede grabar en una computadora, es la intensidad del sonido con que la onda vuelve al sonido del investigador o del aparato.

El estudio que le sigue, es una investigación de la capacidad del músculo para absorber la sangre, eso se conoce con el nombre del Disi (Débito intracavernoso inicial) se toma mediante un programa un registro por el cual se mide con qué volumen la sangre va ingresando y distendiendo el pene a medida que los cuerpos cavernosos se van llenando con sangre hasta obtener una distensión completa. A veces la distensión es incompleta, es decir, que el músculo a pesar de que ya tiene colocada la droga vasoactiva que se le inyecta a través de un autoinyector que incorpora la papaverina, la tetolamina y la prostaglandina (en la prueba se hacen con papaverina, pero muchas veces en persona de mucha edad se incorporan otros para facilitar que pueda tener la chance el investigador, de saber si tiene posibilidades no solamente con la papaverina sino con otras). Bueno, esa es una medida que da un gráfico que evalúa el éxito del músculo cavernoso para absorber sangre.

La tercera, se llama rigidometría y forma parte del test farmacológico, y es una situación en la cual se lo pone al individuo frente a la estimulación tanto de la droga vasoactiva que ya se le ha inyectado como de la estimulación visual.

En una palabra, los estudios se podrían sintetizar en TPN (para el estudio de la tumescencia peneana nocturna) siendo quizá, el estudio más científicamente válido de todos, porque marca la capacidad que tiene el sistema nervioso de ese individuo para generar respuestas de buena rigidez a pesar de que él lo desconoce puesto que ocurre durante el sueño profundo, entonces el primero en sorprenderse en tener semejante respuesta en estado diferente al vigíl, lo pone en condiciones de responder mejor a la presunción de que su cuadro es altamente psicológico y que por lo menos que tiene buenas chances y pronóstico favorable al revés de aquellos en que dan curvas chatas y ausentes en donde todo lo que se le puede informar es que va a ser dependiente de las medicaciones o procedimientos físicos en el futuro porque el no tiene producción propia de neurotransmisores.

*De acuerdo al diagnóstico, ¿Usted considera adecuado la simultaneidad de tratamientos?*

Es lo habitual en los médicos que tenemos formación en sexología el poder abordar en forma natural las dos facetas cuando los problemas no son de gran compromiso psicológico; o sea, los problemas de depresión, pánico y las situaciones habituales de pacientes jóvenes que no requieren que se los derive a un psicólogo los tratamos directamente. Pero en cuanto advierto, que detrás de ese episodio hay un perfil patológico, hay una personalidad que tiene o enmascara determinado tipo de sospecha de que se trata un paciente más grave, inmediatamente se lo pone en comunicación con el psicólogo abriéndole un panorama de posibilidades en el campo de la ayuda médico – biológica que la hay, porque de lo contrario, esa dicotomía que hemos creado los médicos y los psicólogos como si fueran dos campos distintos, se vuelve para el paciente una situación un poco caótica, no saben hasta donde el médico lo puede favorecer y hasta donde necesita que el psicólogo lo apoye. Si los dos estamos juntos tratándolo, para el paciente es mucho más fácil el salto de uno a otro, inclusive la inversa, que el psicólogo sienta que su labor se va haber grandemente beneficiada si el paciente en un estado muy, con mucha o con total imposibilidad de obtener una respuesta natural después de un tiempo de tratamiento, es ayudado con drogas vasoactivas, con procedimientos de vacío o con una actitud más comprometida desde el punto de vista de su actividad que logre tener una erección y tener éxito para él es la más saludable de las consecuencias porque finalmente siente que pudo vencer sus bloqueos de alguna manera. A veces las situaciones obsesivas, depresivas o de pánico, son paradigmáticas, el individuo antes de acercarse a una mujer está temblando, tiene miedo, está obsesionado, cuando se ducha, si va a tener su pene erecto y si va a poder, y cuando llega a la mujer, por supuesto, a pesar de toda la colaboración que puede poner su compañera se encuentra con un ser que está totalmente incapacitado para responder, entonces en esos momentos la aplicación de un procedimiento activo es lo que ha venido a resolver rápidamente lo que en otros casos requiere psicoterapias muy prolongadas, profesionales muy aptos, y no todos lo son, y situaciones económicas o de tiempo que los pacientes no pueden abordar y la famosa situación nueva, que se da cuando un paciente elige un psicólogo, tiene que haber una empatía, una buena relación, tiene que haber un compromiso, tiene que haber un acuerdo y muchas veces eso traba a lo largo del tiempo la decisión de solucionar un problema que de una manera operativa se puede resolver en mejor tiempo.

Un trabajo psicoterapéutico, en pacientes mayores de 50 años, son pacientes muy estructurados que además tienen un gran predominio de componente orgánico y que pueden pasarse la vida visitando a los psicólogos sin que puedan resolver su problema. Es diferente, una persona joven bloqueada, donde obviamente se va a tratar el paciente que concurre, no solamente porque se beneficia en el tema puntual de su disfunción eréctil, sino porque esta es el despertador que le ha puesto, el detonante, entonces ahí sí, es importante, que el médico le indique que su camino va a ser otro, que la ayuda que le va a prestar con el diagnóstico va a ser transitoria para solucionarle algo que le aqueja y que él exige una rápida solución porque su pareja no está dispuesta a esperarlo, porque su vergüenza no está dispuesta a absorberla, porque su estado anímico es desesperante frente a una situación amorosa que le compromete, le hiere y lo lastima, entonces quiere solucionarlo rápido.

*¿Cuál es la aceptación de los pacientes a los tratamientos que usted le prescribe?*

Excelentes, en general las dificultades de los pacientes son en llegar al consultorio. A veces dan varias vueltas a la manzana antes de tocar el timbre, a veces tardan una semana y cuando llegan y entran, y ven la cara sonriente y tranquila de un médico que no tiene ningún aspecto de cuestionador de su problema sino de amigo que lo recibe para solucionárselo cambia notablemente la situación. A veces, es como si se liberara de una carga tan grande que cuentan cosas que no hacen falta saber de su vida, de su intimidad, de sus costumbres, de sus hábitos; eso está muy bien porque es una manera de sacar de adentro un montón de ignorancia que son la predominan en la gente. Parecería que vivimos en una época en que la información cubre todo y que la gente lo sabe todo porque se lo dicen los medios de comunicación, pero en realidad no sabe casi nada de lo que le interesaría saber para no estar mal consigo mismos.

*¿A qué atribuyen los hombres su disfunción eréctil?*

Predominantemente, creen que se tratan de problemas psicológicos en las personas de sesenta para abajo, los de la tercera edad saben que están tomando medicaciones antihipertensivas o son pacientes con problemas ulcerosos, o son pacientes medicados, con diabetes, pacientes que tienen problemas vasculares; muchas veces son también pacientes muy años que concurren también y creen sorprenderlo a uno diciendo que tienen los mismos deseos de que cuando eran jóvenes, esa es la realidad. El deseo del varón y de la mujer, nunca terminan, pueden estar reemplazados por otros intereses, en la mujer predominantemente por factores culturales (hijos, nietos, sus ocupaciones, etc.), el hombre más liberado de esa responsabilidad que sobre los niños y con otro tipo de expectativas es frecuente que consulten debido a que en situación de pareja, ya sea con su esposa, ya sea con la nueva pareja si son viudos, ya sea debido a que la situación no ha seguido paralela en ambos, entonces su mujer no quiere continuar su vida sexual y el puede encontrar solución transgrediendo normas éticas comunes. Es frecuente su consulta y van en aumento, no nos olvidemos que en el año 2020 la cuarta parte de la humanidad van a tener más de 65 años, esas personas son sexualmente hábiles mientras halla problemas solucionables desde el punto de vista médico. Es lo que la gente cree, que el sexo no es un problema médico porque le pertenece a los jóvenes, el placer también y por consiguiente, el punto acabado de mi salud es mi placer, eso significa que un ser que se siente entero necesita su sexo también funcionando y activo, para que su salud sea completa, de lo contrario habrá una ausencia en su vida. Esto marca un cambio cultural en este final del milenio porque seguramente la realidad que va a vivir la humanidad que ha principios de siglo era de cincuenta años, va ser de cien para una gran proporción de la gente, es decir que de 80-85 años, entonces culturalmente va a tener que haber una conciencia distinta de los códigos de los comportamientos sociales.

*¿Los hombres consultan solos o acompañados por sus parejas?*

Los hombres consultan solos, y las esposas raramente los acompañan, nosotros todavía vivimos en una sociedad sexófuga, las personas sienten que el sexo les pertenece al otro. Cuando uno les explica que el amor es entre dos, y lo que anda mal en uno van andar los dos mal, no lo entienden, creen que es un problema vergonzante venir hablar de sexo, como si fuera algo malo y sucio. Por supuesto, que la intimidad es un

terreno diferente, pero el tratamiento de la intimidad a medida que se acumula experiencia en la vida profesional, se descubre que los seres humanos somos todos iguales, son aspectos, maneras de comportamientos parecidos, que nadie se va a llevar ninguna sorpresa de lo que sucede en la intimidad de las parejas, porque es el comportamiento humano más regido por variables mínimas.

Se me dirá que existen perversiones, que existen diferencias en las fantasías sexuales, diferencias en las posiciones, diferencias en las maneras de satisfacer la libido; pero la práctica de un médico en su experiencia personal, es fundamental que salga del cartucho en donde ha estado metido por siglos y que las personas se acostumbren a hablar de sexo, así los médicos también se acostumbran a hacerlo como de cualquier otra función. Porque los médicos, no están preparados a hablar de sexo, porque ni se lo enseñan en la facultad, ni conocen la problemática en general del comportamiento sexual humano, no se han interesado humanísticamente tampoco por aclararlo y cuando una persona tiene que ser investigada porque así lo exige su situación, generalmente el médico y el psicólogo, está perturbado, eso me consta a través de los años que llevo de ver la evasión con que mucho psicólogos y psicoanalistas tratan el problema sexual, no dirigiendo su aspecto problemático allanando el camino de los pacientes con preguntas directas – que en psicoanálisis no se hacen – favoreciendo el descubrimiento de esa intimidad que está muchas veces muy escondida y que los pacientes temen descubrirla; y que muchas veces sienten también la duda y la perturbación que sienten en la persona a la van dirigiendo su consulta.

Yo creo que en ese terreno los médicos por una cuestión formativa puramente biológica, y los psicólogos por ignorar la biología, y tampoco pueden tener acceso ni siquiera al cuerpo de las personas, o sea, es todo verbal, distante, sin el contacto con el problema biológico, que además lo ignoran en general, y por consiguiente esa dicotomía o esa disociación, perturba el progreso de esta área, pero que no tendrá otra solución que la de que los médicos se involucren más en el campo psicológico y los psicólogos en el campo biológico. Yo pongo siempre como ejemplo, lo que sucedió en la práctica con un paciente que como tantos otros se quejaba de tener un pene pequeño, el famoso pene chico donde los hombres hacen la fantasía que según el tamaño de su pene es el tamaño de su placer y el de su mujer, y que consultando con un psicólogo, claro, el psicólogo no podía decirle bájese los pantalones que vamos a ver el tamaño de su pene, entonces esa obvia limitación que tiene un campo es sencillamente el absurdo de que el cuerpo para el psicólogo le está prohibido, tan simple como ver el tamaño del pene, el cuerpo le está vedado. Y eso también marca las dificultades que tienen los psicólogos para acceder al contacto del cuerpo para investigar cosas, y es lo que hace que la complementación en la práctica sea solamente a través de la asociación médico y psicólogo.

*Actualmente, en la formación profesional de la medicina, ¿hay alguna especialidad que se dedique específicamente a los trastornos sexuales?*

La especialidad debería ser la Urología, pero el Urólogo está disociándose entre lo urinario y lo sexólogo. El urólogo, como su nombre lo indica, está especializado en el área urinaria – riñón, vejiga y próstata. En el área sexual, ya hay una división, el Andrólogo que se ocupa de la fertilidad y el Sexólogo que se ocupa de la sexualidad, pero son pequeñas grandes diferencias porque cada una es un universo en sí. El Urólogo que quiera entender de las tres áreas tendrá que especializarse en cada una de ellas, no por ser Urólogo estará capacitado.

*¿Puede haber un impacto emocional fuerte que de alguna manera inhiba la erección nocturna que se registra por el RigiScan? Por ejemplo con un impacto fuerte de viudez.*

Si, por supuesto, cualquier elemento, que puede ser un impacto fuerte o débil, como puede ser el sentir un aparatito que le está tomando examen, sencillamente que no duerma con la profundidad y con la tranquilidad, que ha dormido hasta un día antes, es decir, hay factores que pueden modificar la respuesta, por eso se toma dos noches.

*Supongamos que no sea solo por una cuestión de adaptación, me refería puntualmente si puede haber una situación psicológica traumática a tal punto que inhiba las erecciones nocturnas.*

No cabe ninguna duda, eso está regido por una situación internalizada de carácter basal que puede tener todos los bloqueos consiguientes a un trauma psicológico en un momento determinado.

*Por último, le solicitamos que complete el correspondiente cuadro de acuerdo a esta pregunta: ¿Qué peso tienen los siguientes factores en la etiología de la disfunción eréctil?. Señale con una cruz la respuesta que usted considera más adecuada.*

<i>Causas</i>	<u>Poco Influyente</u>	<u>Influyente</u>	<u>Muy Influyente</u>
Ansiedad		X	
Diabetes			X
Largas Jornadas Laborales	X		
Disminución del Aporte Arterial			X
Desempleo	X		
Tabaquismo		X	
Viudez	X	X	
Dislipemia	X		
Infidelidad		X	
Divorcio	X		
Fuga Venosa			X
Nacimiento de Hijos	X		
Educación Religiosa Estricta			X
Lesiones de los cuerpos cavernosos			X
Neuropatías			X
Angustia		X	
Endocrinas		X	
Enfermedad del Peyronié	X	X	
Estados Depresivos		X	
Estados Maníacos		X	



Insuficiencia Renal			X
Conflicto de Identidad	X		
Alcoholismo			X
Drogadicción			X
No-resolución positiva del Complejo de Edipo		X	
Terapéutica Psicoactivas		X	
Terapéutica Cardíaca			X
Terapéutica Antihipertensivas			X
Iatrogenias Quirúrgicas			X
Relación de pareja conflictiva			X
Edad			X

*Le agradecemos su disposición para colaborar con nuestra investigación.*

**Entrevistada: Lic. Elda Bartolucci**

*Para comenzar la entrevista, me gustaría que me hablara sobre la definición de la disfunción sexual eréctil.*

Bueno, es muy sencilla, es la imposibilidad para lograr o mantener una erección a los efectos de poder realizar un coito.

*¿Después de cuántos episodios de fracaso de la erección, se considera que es una disfunción?*

Mirá, para poder diferenciarla de los picos de ansiedad que puede tener cualquier hombre, que le pueda generar una disfunción en forma transitoria tendríamos que hablar de una cantidad que no sea menor a unos ocho o diez de episodios fallidos consecutivos de disfunción; aunque de acuerdo a la etiología hay situaciones de impotencia erectiva que se pueden presentar circunstancialmente, siempre dependiendo de cuál es la causa. Por lo general, se considera disfunción, si se trata de un período de más de seis meses.

*La siguiente pregunta, corresponde a saber cuáles son las causas que usted considera en la D.E.: si son causas orgánicas, psicológicas o mixtas en forma predominante.*

Uno de los factores ha tener en cuenta es la edad del hombre, si el hombre pasa los cincuenta años, esto unido a otros factores que tienen que ver con su salud orgánica, nos pueden llevar a pensar en una disfunción eréctil con un predominio de origen orgánico, en algunos casos es absolutamente orgánica como en los casos de diabetes, los casos de medicación de hipertensión y otras situaciones que tengan que ver con su aparato circulatorio, problemas cardiovasculares que pueden hacer que llegue insuficiente sangre al pene o que el pene entre en deflación digamos porque pierde a través de la fuga venosa. Estas son las causas principales desde el punto de vista orgánico.

Lo que pasa es que muchas veces los casos no son tan puros; alguna situación de insuficiencia ligada con la organicidad atravesada por una situación emocional difícil para el paciente puede hacer que la impotencia se instale, pero muchas veces se instala por la misma sensación de impotencia psicológica que tiene el hombre al ver su fracaso en una experiencia ocasional. Es muy difícil separar estas dos situaciones, por eso te decía que la edad es un factor importante, porque cuando uno recibe a un paciente joven que no tiene problemas de salud, uno inmediatamente sospecha y empieza a indagar por otros lados, por la relación de sospecha, por su personalidad, por lo que le está pasando en este momento, por lo que le pasó a nivel de situaciones traumáticas, con causas psicógenas. Este es un primer elemento, la edad nos permite más o menos ir pensando para donde nos podemos orientar, y a esto le sumamos los otros factores que mencionaba recién; es como que es necesario realizarle al paciente un buen interrogatorio para ver por donde puede venir, cual puede ser la causa. Pero insisto en que no podemos separar lo emocional, porque una vez que se instaló el fracaso, se instala el miedo al fracaso y la ansiedad de desempeño, y lo que se llama el rol de espectador que es una disociación en el hombre, cuando va a tener una relación sexual, es como si una parte de él estuviera observando que le pasa en el pene, entonces esa disociación hace que no se pueda concentrar en los estímulos que recibe y que

probablemente esté induciendo a tener un segundo, tercer, cuarto fracaso, es como que la misma situación está instalada la causa. En cambio si el hombre tiene una disfunción transitoria y logran salir de esa situación sin hacer terapia, el paciente que probó distintas técnicas antes de venir a tratamiento y logra salir de esa situación porque no se engancha con esa situación de fracaso, trata de concentrarse en los estímulos y no en la respuesta sexual, entonces si logra desconectarse de ese miedo, es probable que conectándose con esos estímulos tenga una respuesta sexual satisfactoria.

*¿Se podría hablar de porcentajes en las causas de la disfunción sexual eréctil?*

Los porcentajes que se manejan son muy variables de acuerdo a quién estés entrevistando. Si vos entrevistás a un médico que recibe por derivación de otros profesionales o de otros pacientes que ya saben que es un médico, es probable que vayan directamente los pacientes que ya sospechen que tienen algo orgánico porque los mandó otro profesional que ya los vio. Entonces, ese profesional va a recibir un caudal del paciente mayor que tenga causa orgánica. Cuando la gente va a un centro psicológico, muchas veces es como que ya sabe que no le pasa nada con el cuerpo entonces viene por acá. Las estadísticas según Helen Kaplan, veinte años atrás, eran que las causas psicológicas eran del ochenta por ciento de los casos; en la actualidad se consideran que estos guarismos son menores, que hay mayor prevalencia de causa orgánica que ese 20 %, pero con todo yo te diría que no podemos marcar con seguridad por la gran cantidad de gente que no consulta nunca a nadie, que las estadísticas se sacan de la gente que consulta y en consecuencia no podemos afirmar. Yo te puedo hablar de mis estadísticas, en mi consultorio por ejemplo, la gran mayoría de los pacientes tienen problemas emocionales, pero insiste que el origen de la demanda ya está seleccionada. De todas formas la mejor manera de trabajar, es cuando se trabaja en equipo con alguien de la profesión opuesta a la de uno. Trabajar en equipo con un médico, para un psicólogo en estos temas es útil, porque el paciente pasa por el médico descartándose lo orgánico y luego viene acá ya teniendo un diagnóstico.

*¿En qué consiste su diagnóstico de la disfunción eréctil?*

Yo intento, primero, descartar patología orgánica con un interrogatorio, con una anamnesis, sobre que tipo de medicación está tomando, que tipo de enfermedades tiene, básicamente esos dos elementos; cuánto hace que le pasa esto; cómo le paso, si fue bruscamente, o si fue perdiendo tumergencia el pene en forma paulatina; insisto en que la edad es un factor importante y cuando el paciente que consulta es un hombre grande insisto más en averiguar esto de la parte orgánica. Pero hay un par de preguntas que para mí son vitales para determinar si el paciente tiene impotencia orgánica o no; una es si tiene erecciones matinales que son totalmente reflejas, si tiene buenas erecciones y las sostiene hasta el momento que se levanta y va a orinar, es probable que su impotencia sea más de origen psicógeno que orgánico. La otra pregunta es si tiene buenas erecciones en situaciones donde no se busca el coito, por ejemplo, si se excita frente a una película, frente a una fantasía, frente a un estímulo cualquiera pero que en el momento de buscar tener una relación sexual, no tiene erección. Y después la otra es, si se masturba (porque hay muchos hombres que se masturban acompañando su vida sexual coital), entonces la otra situación sería: para masturbarse no tiene impotencia pero para tener relaciones sí. Entonces bueno, ahí ya estamos dentro del campo psicológico. Si estas preguntas se responden con un Si, estoy segura de que el paciente

no tiene nada orgánico y trabajo sobre los aspectos emocionales, relación de pareja, situación de vida actual, en fin, lo que le compete al psicólogo.

*¿Además de la anamnesis, utiliza otras técnicas diagnósticas?*

No, ocasionalmente utilizo un anillo que el paciente se lleva a su casa, cuando tengo alguna duda antes de mandarlo al médico. Este anillo se lo coloca el paciente durante la noche y si se produce el rompimiento de las tirillas, quiere decir que tuvo una buena erección estando dormido. Esto a veces reemplaza la ida al médico, porque hoy en la realidad estamos limitados por la situación económica de la gente, y estos estudios no los cubren las obras sociales, eso uno lo va viendo de acuerdo a lo que te van contando, de todas maneras si creo necesario insisto sobre la consulta al médico y hacerse los estudios que el médico le indique para estar segura de no estar trabajando sobre algo que yo no puedo solucionar, y hacerle perder tiempo y dinero al paciente.

*¿Cuánto tiempo le dedica al diagnóstico?*

Para el punto de diagnosticar la etiología de la impotencia lo realizo en una sola entrevista; ahora si hace falta ya entrar a ver otros factores como es la relación de pareja, entonces pido que venga con su pareja, que a veces viene y otras no, y eso ya es un indicador, entonces observo como funciona el vínculo, en ese caso hago dos entrevistas.

*Y en referencia al diagnóstico psicológico individual, ¿Le brinda una entrevista aparte para diagnosticar alguna patología de base?*

No, habitualmente trato de arreglarme con una sola entrevista, si hay posibilidades de incluir a la pareja entonces sería una segunda, no tardo más de dos. Porque yo creo que cada vez estamos más obligados como profesionales a hacer las cosas rápido y bien, porque la gente quiere tratamientos breves y respuestas rápidas. Antes yo hacía psicodiagnóstico siempre, ahora no, a no ser que me surja alguna duda sobre la capacidad intelectual, sobre el nivel de psicopatología, yo sospecho una psicosis o la veo, entonces pienso en hacer un trabajo en conjunto, digamos, a veces solucionar el problema sexual solo no sirve, porque hay otras cosas que son más importantes.

*¿Qué es lo que se hace en ese caso? ¿Se puede trabajar en forma simultánea?*

Mirá difícilmente la gente haga dos tratamientos, porque está muy atravesada por lo económico, a no ser que se trate de gente de un gran poder adquisitivo, que algunos de los que vienen ya están en terapia y vienen a solucionar su problema sexual, pero no es lo habitual. Lo habitual es que el paciente venga y se trabaje en forma puntual sobre lo que él necesita, si uno considera que además ese paciente necesita psicoterapia muchas veces el camino va a la inversa; una vez que el paciente solucionó el problema sexual el paciente se queda en psicoterapia, a veces conmigo y otras lo derivo, según la situación.

### *¿Los hombres consultan solos o en pareja?*

Generalmente llegan solos, y después uno le pide que incorpore la pareja en el tratamiento para hacer la terapia sexual; y en algunos casos la pareja colabora y en otros no, no quieren saber absolutamente nada, que el problema es de ellos y que lo tienen que solucionar ellos. Las mujeres todavía siguen pensando que la sexualidad es cosa de hombres y que ellas no tienen nada que ver.

### *¿A qué atribuyen los hombres su disfunción?*

La mayoría tienen muy baja la autoestima, ya sea por su disfunción o por otros motivos que afecta sus vidas y que terminan poniéndolos en su sexualidad. Hay muchos que no tienen la menor idea y que vienen buscando la pastillita del milagro y que ignoran que yo no soy médica. Vienen buscando algo, una palabra mágica, una píldora o cualquier cosa que haga que cuando llegue la noche puedan tener una relación sexual, y a veces funciona. Puede ser por el efecto de la sugestión, de haber ido a un profesional, haber hablado, haberse descargado y haber entendido algo, funciona que después de algunos días a lo mejor espontáneamente recuperan la capacidad de la erección, sin que uno haya hecho nada. Pero además hay una técnica muy específica una vez que el paciente está instalado en tratamiento, uno le prohíbe las relaciones sexuales al paciente mientras dure el tratamiento. Entonces esto que trae un efecto aliviante, más los ejercicios de terapia sexual, hay muchos que recuperan la erección, y así la confianza en sí mismos y reacomodan su vida sexual de esa manera.

### *¿Considera adecuado la simultaneidad de tratamientos orgánicos y psicológicos?*

Si, en algunos casos es imprescindible hacerlo de esa manera. Cuando el paciente está muy dañado, debido a problemas orgánicos que lo llevaron a tener una respuesta sexual insuficiente pero que son enfermedades prolongadas, y que tienen su autoestima muy baja, depresivos, melancólicos; hay que trabajar desde el punto de vista psicológico no solamente para levantar el pene sino toda esa otra situación. Entonces conviene acompañar el tratamiento médico que estén haciendo junto con el acompañamiento psicológico.

### *¿Cuándo conviene realizar una psicoterapia y cuándo una terapia sexual?*

He tenido muchos casos de varones vírgenes que no pudieron consumir por este tema, que ya tienen treinta, cuarenta o cincuenta años, pero ahí ya hay una patología de base muy importante, ahí hay que trabajar con una psicoterapia, porque son causas remotas e individuales, que lo están afectando en la sexualidad, pero también en otras áreas; gente que no puede trabajar, el eterno hijo que vive con los padres, cuidado y protegido y está añorado, ese es el tipo de personalidad.

### *¿Aceptan los hombres sus tratamientos?*

Creo que cuando vienen por primera vez, ya están aceptando. Insisto que es tan importante la cantidad de hombres que no consultan nunca, por lo que uno estima que son las cifras de disfunción eréctil a nivel mundial, uno sabe que aproximadamente un

10% de la población tiene problemas de insuficiencia. Muchísima gente que no se lo dice a nadie, a mí me ha pasado de hombres que han venido a consultarme con una historia de hace veinte años que le ha venido sucediendo y que no se lo contaron ni al médico clínico.

*¿Qué otros profesionales tratan este tema?*

Solamente los terapeutas sexuales, dentro del campo psicológico. Tienen que acudir a un sexólogo, que es el que está capacitado para atacar el problema y con un buen entrenamiento en psicoterapia (sean médicos o psicólogos) ver que hay detrás de esa disfunción sexual. La terapia sexual es una psicoterapia focalizada en un punto, pero necesitás, bueno este es un viejo dilema, los médicos en general se creen en condiciones de hacerlo aplicando recetas de un libro pero no tienen entrenamiento en lo que es diagnóstico de vínculo, diagnóstico de personalidad, comprensión global del caso. Lo que pasa ahora, desde que apareció el Viagra, es una respuesta que se aplica sin analizar esos otros factores, entonces muchas veces la impotencia es psicológica porque hay rechazo y hostilidad hacia la pareja, y eso no lo curás con el Viagra, y si no trabajás esos aspectos el síntoma lo desplazás a otro lado y pueden aparecer golpes u otro tipo de situaciones dentro de la pareja porque se desplazó esa carga de la sexualidad hacia otro lugar, porque en la sexualidad “se arregló” con el Viagra.

*¿Cómo crees que trabajan los profesionales que tratan problemáticas sexuales sin estar especializados en ella?*

Eso sucede porque la sexología es un poco terreno de nadie, todavía no está reconocida por los colegios, entonces cualquiera puede hacer lo que le parezca dentro del consultorio. Te compras el libro de Helen Kaplan, y no me refiero solamente a los médicos sino también a los psicólogos, y empezás hacer un programita de tratamiento, y te falta la formación como Sexólogo.

Yo me entero de los que vienen por acá porque no les dio resultado otro tipo de tratamientos, así también como alguien a quién no le dio resultado el tratamiento conmigo irá a otro lugar, porque las terapias sexuales no son infalibles ni los terapeutas sexuales no somos magos ni perfectos; entonces nos podemos equivocar o el tratamiento puede no andar, entonces el paciente deambula después busca otro lado y a lo mejor lo que no soluciona conmigo lo soluciona con otra persona. Tal vez porque no era su momento o porque yo me equivoqué, y no diagnosticué o no apliqué, las técnicas que tenía que aplicar, o la gran cantidad de factores que hace que un tratamiento pueda o no funcionar. De hecho, los que vienen acá porque no les resultó en otro lado, algunos vienen de largos años de análisis sin solucionar. Por ejemplo, la eyaculación precoz y la anorgasmia son dos situaciones que no se arreglan si no se hace tratamiento de reeducación del orgasmo, o sea, a lo mejor tienen muchos años de análisis o de otro tipo de terapia y no se ha solucionado, o van a un médico que le dan una pastilla que tampoco han tenido resultados favorables. Aunque a veces la medicación ejerce un efecto placebo. Digamos que hay muchos caminos que conducen a Roma.

*Bueno, como última pregunta es que peso tienen los siguientes factores en la etiología de la disfunción eréctil, señale con una cruz la respuesta que usted considera más adecuada:*

<i>Causas</i>	<u>Poco Influyente</u>	<u>Influyente</u>	<u>Muy Influyente</u>
Ansiedad			X
Diabetes			X
Largas Jornadas Laborales	X		
Disminución del Aporte Arterial		X	
Desempleo		X	
Tabaquismo	X		
Viudez		X	
Dislipemia			
Infidelidad	X		
Divorcio	X		
Fuga Venosa			X
Nacimiento de Hijos	X		
Educación Religiosa Estricta			X
Lesiones de los cuerpos cavernosos		X	
Neuropatías		X	
Angustia			X
Endocrinas		X	
Enfermedad del Peyronie	X		
Estados Depresivos			X
Estados Maníacos			X
Insuficiencia Renal	X		
Conflicto de Identidad			X
Alcoholismo		X	
Drogadicción		X	
No-resolución positiva del Complejo de Edipo			X
Terapéutica Psicoactivas		X	
Terapéutica Cardiactiva		X	
Terapéutica Antihipertensivas			X
Iatrogenias Quirúrgicas			X
Relación de pareja conflictiva			X
Edad		X	



## **CIERRE**

Ambos profesionales, desde enfoques diferentes, aportan conceptos compartidos, entre ellos, definen la disfunción eréctil como una incapacidad de la erección durante un período determinado que incapacita para realizar el coito y que su origen es predominantemente mixto, aunque en los valores otorgados a los factores etiológicos la Sexóloga enfatiza elementos psicológicos a los que el médico brinda menor importancia.

También coinciden en el espacio y utilidad de la entrevista semidirigida, como técnica diagnóstica que permite entrever a través de líneas directrices, si la disfunción es predominantemente psicológica u orgánica y en consecuencia la estrategia terapéutica, donde el factor de la edad es de suma importancia. Junto con la entrevista, se coloca el estudio diagnóstico del Test peneano de tumescencia nocturna, de frecuente utilización.

Por último, la sugerencia de trabajo en equipo interdisciplinario es presentada como la forma más eficaz de abordar esta problemática, así como la simultaneidad de tratamientos que acercan a una visión más integral del hombre sin dejar de enfocar y tratar el síntoma que éste trae a la consulta y considerando su realidad vincular, económica – cultural y social.

ENCUESTAS

## OBJETIVOS

En el marco de la presente investigación, la encuesta se define como el instrumento adecuado para recolectar los datos que nos permite intentar la indagación en forma exploratoria, sobre los criterios en los que se basa el Psicólogo Clínico para realizar el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil.

Así, a través del recorrido de sus diferentes ítems, se trata de entrever acerca de los recursos que el psicólogo utiliza en el diagnóstico, además de algunos de los elementos o variables intervinientes que se correlacionan en las diferentes hipótesis etiológicas que influyen en el diagnóstico, y consecuentemente en la estrategia terapéutica a seguir.

Se podría considerar entonces, como otro objetivo, conocer el grado, aunque no exacto, en que se integraría en el diagnóstico la posible presencia de variables orgánicas, con la apertura al trabajo interdisciplinario, y la existencia en mayor o menor medida de actualización respecto de esta temática.

## CONSTRUCCIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta fue elaborada por el entrecruzamiento de varios factores: comenzando con la lectura del marco teórico previo como estímulo seguido por los interrogantes surgidos al pensarlo en relación con la práctica del Psicólogo Clínico; también la construcción y la administración de las entrevistas para los informantes claves (respetando la diferencia debido a la especificidad de sus áreas de trabajo), resultaron enriquecedoras como mapa de preguntas, dando espacio a nuevos cuestionamientos.

Si bien la elección de la muestra iba a ser realizada en forma azarosa basándose en el empadronamiento de matriculados del Colegio de Psicólogos, no pudo concretarse por inconvenientes técnicos del sistema de dicha institución durante dos meses, por lo cual, a pesar de la buena disposición brindada, decidimos cambiar de estrategia.

Finalmente, la población encuestada fue escogida al azar, en la que se incluyen Licenciados en Psicología de ambos sexos, diferentes edades y años de antigüedad en la profesión, los que se desempeñan tanto en el ámbito público como privado con la generalidad de dedicarse al estudio y praxis de la psicología clínica.

A continuación exponemos los modelos de encuestas elaborados que fueron cambiando a fin de buscar mayor precisión en las preguntas y accesibilidad para aquellos que no trabajaran con esta temática, siendo el último el administrado - no por eso exacto ni libre de modificaciones que ayuden al cumplimiento de nuestros objetivos en un posible seguimiento de esta investigación -. Debido al tema y a la modalidad exploratoria de la investigación, la lectura de la encuesta es descriptiva.

*Esta encuesta forma parte del trabajo de investigación de Pre- grado de la Lic. en Psicología, teniendo el carácter de anónima y confidencial. Le agradecemos su colaboración.*

DATOS DEL ENTREVISTADO:

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F - M

ORIENTACION : \_\_\_\_\_

AMBITO DE TRABAJO: Institución Pública - Ambito Privado.

MODALIDAD DE TRATAMIENTOS: Terapias Breves - Terapias Prolongadas

LUGAR DE FORMACIÓN: \_\_\_\_\_

ANTIGUEDAD EN LA PROFESION: \_\_\_\_\_

ENCUESTA:

Marque con una cruz la respuesta que considere correcta

1. Usted definiría la Disfunción Sexual Eréctil (DE) como:
  - La incapacidad persistente de mantener la erección con rigidez durante el tiempo suficiente para realizar el coito.
  - Trastorno Psicossomático
  - Un Síntoma de causa orgánica
  - Un Síntoma de causa psicológica
  - Una Enfermedad en sí misma
  - Otra:
  
2. Que lapso de tiempo se debe considerar para que se le defina como una disfunción:
  - Hasta dos meses
  - Hasta seis meses
  - Más de seis meses
  - Indeterminado
  
3. Si lo consulta un paciente cuya demanda se refiere a la dificultad en su respuesta sexual eréctil ¿En qué consiste el proceso de psicodiagnóstico que usted realiza para saber si se trata de una disfunción sexual eréctil?
  - 3.1 Tiempo que le dedica:
    - a) Una sesión

- b) Dos sesiones
- c) Más de tres sesiones

3.2 Si diagnostica la disfunción sexual eréctil basándose en la entrevista, ¿Qué elementos de la entrevista le permiten discernir o diagnosticar la DE?

- a) Discurso del paciente
- b) Historia psicosexual
- c) Vínculos
- d) Presencia de trastornos psicológicos previos
- e) Educación y Hábitos sexuales
- f) Vínculo terapéutico
- g) Transferencia
- h) Otros:

3.3 Si no utiliza solamente la entrevista para diagnosticar la disfunción sexual eréctil, marque los métodos que utiliza:

- a) Varias entrevistas individuales
- b) Entrevistas de pareja
- c) Batería de Tests
- d) Cuestionarios Sexológicos
- e) Otros:

4. Referente a la etiología de la DE:

- Son causas orgánicas
- Son causas psicológicas
- Son causas mixtas

5. ¿Qué fundamentos son valederos para diferenciar entre la disfunción sexual eréctil de predominancia psicógena o predominantemente orgánica?

Contestar con un máximo de 15 palabras cada ítem.

- a)
- b)
- c)
- d)

6. ¿Quién cree que debe tratar al paciente con DE?

- El Psicólogo
- El Terapeuta Sexual

- El Médico Clínico
- El Urólogo
- El Sexólogo
- El Educador Sexual
- Otro

7. El tratamiento que usted realiza:

Va dirigido:

- Hacia causas remotas.
- Hacia causas inmediatas.

Se realiza:

- En forma individual.
- Se integra a la pareja.

8. Considera válido la simultaneidad de tratamiento psicológico y el uso de técnicas a nivel orgánicas paliativas:

- Si.
- No.

9. ¿Suele derivar al médico por ese trastorno?

- Si ¿A cuál? .....
- No

10. Si es de su conocimiento, mencione tratamientos médicos para la Disfunción Sexual Eréctil

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

11. Asigne con el valor que usted considere más apropiado a los siguientes factores que pueden corresponder a la etiología de la disfunción eréctil:

*Poco Influyente: A      Influyente: B      Muy Influyente: C*

**Rodee con un círculo la respuesta que usted considere adecuada.**

### Listado de Factores

Diabetes	A	B	C
Temor al fracaso	A	B	C
Largas jornadas laborales	A	B	C
Disminución del Aporte Arterial	A	B	C
Desempleo	A	B	C
Tabaquismo	A	B	C
Viudez	A	B	C
Divorcio	A	B	C
Fuga venosa	A	B	C
Nacimiento de Hijos	A	B	C
Educación religiosa estricta	A	B	C
Lesiones de los cuerpos cavernosos	A	B	C
Neuropatías	A	B	C
Angustia	A	B	C
Endocrinas	A	B	C
Estados depresivos	A	B	C
Estados maníacos	A	B	C
Insuficiencia renal	A	B	C
Conflicto de Identidad	A	B	C
Drogadicción	A	B	C
Terapéutica Psicoactivas	A	B	C
Terapéutica Cardioactivas	A	B	C
Terapéutica antihipertensivas	A	B	C
Iatrogenias quirúrgicas	A	B	C
Relación de Pareja Conflictiva	A	B	C
Edad	A	B	C

*Esta encuesta forma parte del trabajo de investigación de Pre- grado de la Lic. en Psicología, teniendo el carácter de anónima y confidencial. Le agradecemos su colaboración.*

DATOS DEL ENTREVISTADO:

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F - M

MODELO AL QUE ADHIERE: \_\_\_\_\_

ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

AMBITO DE TRABAJO: Institución Pública - Ambito Privado.

MODALIDAD DE TRATAMIENTOS: Terapias Breves - Terapias Prolongadas

LUGAR DE FORMACIÓN: \_\_\_\_\_

ANTIGUEDAD EN LA PROFESION: \_\_\_\_\_

**ENCUESTA:**

Marque con una cruz la respuesta que considere correcta

1. Definiendo la Disfunción Sexual Eréctil (DE) como la incapacidad persistente de mantener la erección con rigidez durante el tiempo suficiente para realizar el coito. Usted piensa que es:
  - Trastorno Psicossomático
  - Un Síntoma de causa orgánica
  - Un Síntoma de causa psicológica
  - Una Enfermedad en sí misma
  - Otra:
2. Que lapso de tiempo se debe considerar para que se le defina como una disfunción:
  - Hasta dos meses
  - Hasta seis meses
  - Más de seis meses
  - Indeterminado
3. Usted considera que la DE se diagnostica cuando:
  - Ocurre un episodio aislado.
  - Hay fallos en la erección en más de un 25% de los intentos.
  - Hay fallos en la erección en el 50% de los intentos.
  - Ocurre en el 100% de los intentos.
  - Indefinido

4. Si lo consulta un paciente cuya demanda se refiere a la dificultad en su respuesta sexual eréctil
- 4.1 El proceso diagnóstico consiste en:
- Entrevistas
  - Pruebas Psicométricas específicas (IIEF u otras)
  - Interconsulta Médica
  - Administración de Cuestionarios Sexológicos
  - Psicodiagnóstico
  - Otros: Detalles.....  
.....
- 4.2 Cuántas sesiones considera necesarias para el diagnóstico de la DE:
- Una sesión
  - Dos sesiones
  - Tres sesiones
  - Más de tres sesiones
  - Depende del paciente
- 4.3 Si diagnostica la disfunción sexual eréctil sobre la base de la entrevista ¿Qué elementos de la entrevista le permiten discernir o diagnosticar la DE?
- Discurso del paciente
  - Historia Psicosexual
  - Vínculos
  - Presencia de trastornos psicológicos previos
  - Educación y Hábitos sexuales
  - Vínculo terapéutico
  - Transferencia
  - Otros
5. Referente a la etiología de la DE:
- Son causas orgánicas
  - Son causas psicológicas
  - Son causas mixtas
6. Los siguientes criterios son valederos para diferenciar entre la disfunción sexual eréctil de predominancia psicógena o predominantemente orgánica. Según se relacione marque con una "P" (predominantemente Psicológico) u "O" (predominantemente orgánico).

- Edad
- Presencia de erección nocturna
- Episodios aislados de fracaso superados espontáneamente
- Ausencia de cambios en la respuesta sexual erectiva, frente a diferentes parejas.

- Masturbación
- Consumo de drogas
- Ansiedad
- Situaciones de estrés

7. ¿Quién cree que debe tratar al paciente con DE?

- El Psicólogo
- El Médico Clínico
- El Urólogo
- El Sexólogo
- Otro

8. El tratamiento que usted realiza:

*Va dirigido:*

- Hacia causas remotas.
- Hacia causas inmediatas.
- Ambas

*Se realiza:*

- En forma individual.
- Se integra a la pareja.
- Ambas

9. ¿Suele derivar al médico por ese trastorno?

- Si ¿A cuál? .....
- No

10. Si es de su conocimiento, mencione tratamientos médicos para la Disfunción Sexual Eréctil

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

11. Considera válido la simultaneidad de tratamiento psicológico y el uso de técnicas a nivel orgánicas paliativas:

- Si.
- No

12. Asigne con el valor que usted considere más apropiado a los siguientes factores que pueden corresponder a la etiología de la disfunción eréctil. Rodee con un círculo la respuesta que usted considere adecuada.

Poco Influyente: A      Influyente: B      Muy Influyente: C

Diabetes	A	B	C
Temor al fracaso	A	B	C
Largas jornadas laborales	A	B	C
Disminución del Aporte Arterial	A	B	C
Desempleo	A	B	C
Tabaquismo	A	B	C
Viudez	A	B	C
Fuga Venosa	A	B	C
Nacimiento de Hijos	A	B	C
Educación Religiosa Estricta	A	B	C
Lesiones de los cuerpos cavernosos	A	B	C
Neuropatías	A	B	C
Angustia	A	B	C
Endocrinas	A	B	C
Estados Depresivos	A	B	C
Estados Maníacos	A	B	C
Insuficiencia Renal	A	B	C
Conflicto de Identidad	A	B	C
Drogadicción	A	B	C
Terapéutica Psicoactivas	A	B	C
Terapéutica Cardioactivas	A	B	C
Terapéutica Antihipertensivas	A	B	C
Iatrogenias Quirúrgicas	A	B	C
Relación de Pareja Conflictiva	A	B	C
Edad	A	B	C
Divorcio	A	B	C

*Le agradecemos su colaboración*



## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El total de las encuestas administradas fueron cuarenta, 31 mujeres y 9 hombres, entre veintiséis y sesenta años. Los encuestados adhieren a diferentes modelos, siendo nombrados el Psicoanalítico, el modelo Cognitivo, modelos Integrales (psicológico – social – cognitivo – comunicacional), y el enfoque Sistémico. Treinta y cinco de ellos tienen orientación clínica, tres en jurídica y dos se dedican a la investigación.

Referente al ámbito de trabajo:

- Institución pública: 16,22 %
- Ambito privado: 83,78%
- Ambos: 27,3 %

En tanto a la modalidad de tratamientos (terapias breves - prolongadas), más de la mitad de los Psicólogos contestaron en ambas alternativas, siendo la forma de terapias breves la segunda opción más elegida.

Otros datos se remiten a la antigüedad en la profesión, habiendo participado el 45 % hasta 5 años de antigüedad, el 25 % hasta 10 años y el 30 % más de 10 años.

Un dato a destacar para pensar y que se verá reflejado en el análisis posterior es la resistencia a contestar la encuesta que se manifestó en el 5% de la población.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos recolectado será realizado ítem por ítem, siguiendo la estructura de la encuesta. En él, daremos una breve descripción del objetivo buscado y de lo resultante, fundamentando aquello que se mostró como más significativo (para ello nos servirá de ayuda la utilización de gráficos), como también incluiremos posibles interrogantes que se desprenden de las diferentes direcciones que toman las respuestas obtenidas.

### Item I

Por cuestiones de precisión, damos una definición acotada de la DE en su aspecto conductual, buscando una redefinición por parte del encuestado, como así también correlacionar con otros ítems que indagan sobre las posibles etiologías. Con este fin, intentamos no corresponder a ninguna escuela, dando la alternativa de otra opción libre para aquellos que no se sintieran representados por las propuestas dadas.

Cabe destacar que el 57 % de la muestra la define como un *síntoma* que puede ser de causa orgánica y psicológica, seguido por el 32,5 % que la considera como un *trastorno psicossomático*. Solo el 4 % la da como un síntoma de causa psicológica.

Así se manifiesta desde el primer ítem, la inclusión tanto en la definición como en la etiología, de una apertura hacia la integración de lo orgánico y psicológico.



### Items II y III

Los dos intentan indagar sobre los conceptos entre el tiempo en que el paciente manifiesta la incapacidad eréctil y la cantidad de episodios ocurridos, con la posibilidad de diagnosticar la existencia o no, de disfunción, trastorno, síntoma, enfermedad, etc.

Del lapso de tiempo, las respuestas de “hasta seis meses a indeterminado”, no presentan diferencias significativas. Solo el 5% responde “hasta dos meses”.

En cuanto a la cantidad de episodios que deben ocurrir, el porcentaje mayor fue del 42,5 % que corresponde cuando hay fallos en la erección en más de un 25 % de los intentos. Seguido por el 30 % cuando hay fallos en el 50% de los intentos, ninguno contestó en episodios aislados, y el 7,5 se expresó como indefinido.

Cabe mencionar las diferencias en relación con la variable “indefinido o indeterminado” para uno y otro ítems ¿Se consideraría más significativo para definir la disfunción la cantidad de episodios ocurridos, que el tiempo que el paciente sostiene esta incapacidad?

#### **Item IV**

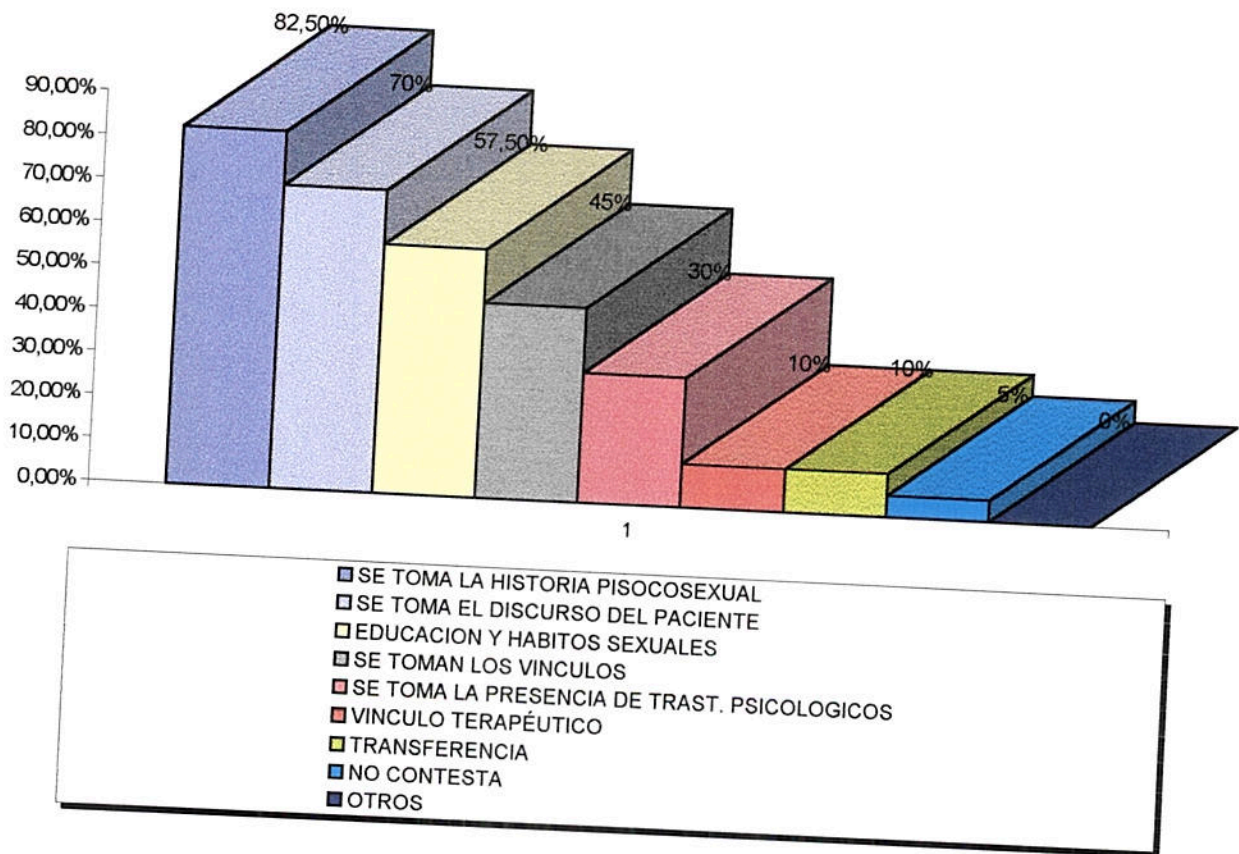
Aquí nos abocamos a explorar el proceso diagnóstico que el Psicólogo realiza, incluyendo las técnicas, recursos, el tiempo que le dedica, y los elementos que de él extrae para elaborar el diagnóstico y las estrategias terapéuticas a seguir.

El primer punto se dirige a las técnicas, según los datos extraídos, las más utilizadas ante la problemática planteada serían: la Interconsulta médica (87,5 %), las Entrevistas (77,5 %), seguidas por la elaboración de un Proceso psicodiagnóstico (35 %). Las técnicas especialmente diseñadas como los cuestionarios sexológicos obtuvieron bajo porcentaje, lo que podría pensarse como poca aceptación o discriminación por diferencias escolásticas, o falta de actualización respecto de estas nuevas técnicas. Dentro de la categoría de Otras se incluyeron: escucha del discurso y apelar a la interdisciplina.

Entramos en el segundo punto, en donde se considera el tiempo utilizado para el diagnóstico, que las categorías más elegidas son: Más de tres sesiones con el 40%, e Indefinido con el 30%. Es decir, que la mayoría de los psicólogos encuestados le dedican a la tarea diagnóstica más de tres sesiones, o acuerdan un tiempo de diagnóstico variable según el paciente y su motivo de consulta.

El tercer punto trata los elementos que ayudan al discernimiento del diagnóstico. Como recurso graficaremos las respuestas obtenidas.





Teniendo en cuenta que la Entrevista es el instrumento que se utiliza con mayor frecuencia entre los psicólogos, resulta concordante que los porcentajes obtenidos de los elementos significativos a la hora del diagnóstico sean los anteriormente expuestos. Es decir, se focaliza a nivel psicológico individual, y en un segundo plano los aspectos conductuales y diádicos (relaciones interpersonales).

### Ítem V y VI

El objetivo es conocer cuales creen que son las causas etiológicas en una doble dimensión (orgánico y psicológico), fundamentándose en una manera más precisa en el ítem VI, ya que requiere de una reflexión sobre una información más acabada que de cuenta de los posibles predominios frente a las distintas categorías para analizar.

Las tres opciones fueron elegidas, con ausencia de grandes diferencias en los porcentajes, manifestando la presencia de las variantes como posible etiología. Así es que el 92,5% sostiene que la etiología de la DE. se debe a causas mixtas, pero también el 80% se inclina por contestar como causas orgánicas y psicológicas.

Respecto del ítem VI llama la atención como asciende el porcentaje de respuestas no contestadas hasta el 30% de la población encuestada, pudiendo estar relacionado con su especificidad.

Debido a que estas preguntas se derivan del cuestionario sexológico para el diagnóstico de la DE. de León Guindin, podemos inferir aquellas hipótesis que fueron consideradas en forma correcta. Encontrando un mayor grado de aciertos para cada una de las consignas propuestas, por ejemplo:

—Edad 60% predominantemente orgánica, 19%p. Psicológica y 22% no contesta.

\_Presencia de erección nocturna 59% predominantemente psicológica, 11% p. orgánica y 28% no contesta

\_Masturbación 62% predominantemente psicológico, 8% p. Orgánica y 30% no contesta.

Estas entre algunas de las consignas solicitadas nos manifiestan una buena información, sin dejar de lado aquellas que quedaron sin resolver sumadas a las que se respondieron incorrectamente lo que hace pensar en la necesidad de una permanente actualización.

### **Item VII**

Con este ítem apuntamos a la percepción que el psicólogo tiene sobre “quién o quiénes” serían los profesionales más capacitados para tratar a estos pacientes.

El 82% opta por el Psicólogo y el 70% por el Sexólogo, seguido por el Urólogo con el 55% y el 27% con el Médico Clínico.

Estos porcentajes, nos hacen pensar en la orientación psicológica del tratamiento sin dejar de considerar las posibles variables orgánicas existentes dependiendo del caso, como así también la responsabilidad que va implicada en la elección del Psicólogo como aquel profesional que asumiría la tarea del diagnóstico y tratamiento de la problemática, lo que nos vuelve una vez más a cuestionarnos en nuestra formación.

### **Item VIII**

Va dirigido a la modalidad del tratamiento. El 72,5% apunta a dirimir sobre las causas remotas (historia psicosexual, conflicto de identidad, trauma temprano de la infancia, etc.) y las causas inmediatas (ansiedad, temor al fracaso, lucha de poder en la pareja, etc. ). El 12,5% se aboca únicamente al tratamiento de las causas inmediatas, y el 2,5% solamente al estudio de las causas remotas.

En la realización del tratamiento terapéutico, encontramos que el 52,5% incluiría a la pareja aunque no como condición permanente del mismo, el 35% lo realizaría solo con la persona afectada mientras que el 7,5% integraría la pareja como modalidad terapéutica.

### **Item IX**

Se intenta observar la conducta del psicólogo frente al paciente que puede presentar un cuadro de disfunción sin un diagnóstico previo.

El 82,5% lo derivaría al médico (clínico o urólogo), el 12,5% realizaría un proceso diagnóstico sin recurrir a esta estrategia.

### **Item X y XI**

En estos ítems se pretendía averiguar sobre la posibilidad del uso simultáneo de tratamiento psicológico y tratamientos médicos con técnicas paliativas a nivel orgánico.

El 65% de los encuestados No conoce tratamientos médicos para la disfunción eréctil, sin embargo un 75% considera válido la simultaneidad de ambos tratamientos. Esta contradicción podría pensarse como una actitud de compromiso hacia la apertura al trabajo en equipos interdisciplinarios a la espera de ser cumplimentada. Los

tratamientos médicos más citados son los medicamentos (Viagra), prótesis penianas y los sistemas de vacío.

## **Item XII**

A través de esta compleja tabla de categorías que versan sobre los diferentes factores que influyen sobre la respuesta sexual eréctil, quisimos sondear sobre el grado en que aquellos son considerados motivadores o coadyuvantes de la misma. Por otro lado, éste último ítem, nos sirve como control de las respuestas obtenidas anteriormente, en el sentido que puede darnos una orientación centrada en los factores psicológicos como más significativos, una visión inclinada hacia lo orgánico o un enfoque que integraría ambos, como así también nos da una visión general de los conocimientos poseídos por los profesionales sobre esta temática.

Como una modalidad de organización, respetaremos la estructura de las tres categorías dadas, mostrando en cada una ellas los factores que obtuvieron mayores porcentajes.

**Poco influyente:** Viudez, Nacimiento de hijos y Divorcio. Estos factores si bien pueden desencadenar crisis en la persona y en las familias no se los considera directamente relacionados como causales de la DE.

**Influyente:** Largas jornadas laborales, Desempleo, Educación religiosa estricta, Tabaquismo, Angustia, Causas endocrinas, Estados maníacos, Conflicto de identidad, Drogadicción, Terapéutica antihipertensivas, Iatrogenias quirúrgicas, Edad y Divorcio. Aquí se pueden observar las tres áreas (social, orgánico y psíquica), como desencadenantes o sostenedoras del trastorno.

**Muy influyente:** Diabetes, Disminución de aporte arterial, Fuga venosa, Lesiones de los cuerpos cavernosos, Estados depresivos, Terapéuticas cardioactivas, Temor al fracaso y Relación de pareja conflictiva. Aparecen con más preponderancia aquellos factores ligados a lo orgánico, mientras que el Temor al fracaso y la Relación de pareja conflictiva se encuentran implicados en respuestas dadas en las otras categorías (ansiedad, divorcio).

Los factores orgánicos obtuvieron el mayor porcentaje en respuestas no contestadas, como Neuropatías, Insuficiencia renal y Terapéutica psicoactivas no fueron incluidas en ninguna de estas categorías debido a su especificidad. Esto puede deberse a que no se remiten a nuestra área de estudio y por ende no ser de frecuente manejo.

Otro análisis que se puede realizar en base a éstos datos es dividirlos en las áreas psicológico, orgánico y social exponiéndolos en orden decreciente de mayor a menor grado de influencia, traducidos en porcentajes:

**Psicológicos:** Temor al fracaso  
Estados depresivos  
Angustia  
Relación de pareja conflictiva  
Educación religiosa estricta  
Conflicto de identidad  
Estados maníacos  
Divorcio

**Orgánicos:** Disminución de aporte arterial  
Lesiones de los cuerpos cavernosos  
Fuga venosa  
Diabetes  
Drogadicción  
Iatrogenias quirúrgicas  
Terapéutica antihipertensivas  
Causas endocrinas  
Edad

**Social:** Largas jornadas laborales  
Desempleo

### *A modo de reflexión*

Podemos observar la apertura del psicólogo hacia la presencia de hipótesis que incluyan variables orgánicas en la posible etiología del trastorno. Sin embargo, la falta de recursos específicos como mencionábamos anteriormente, hacen que el psicólogo no cuente con los instrumentos necesarios que harían al diagnóstico más eficiente y al tratamiento más eficaz, donde en la etiología de la mayoría de los casos se da por la confluencia de factores psíquicos, orgánicos y sociales.

Otra inquietud que nos deja la lectura de los datos recolectados es, hasta que punto el psicólogo clínico está capacitado para trabajar en el área de las disfunciones sexuales cuando no ha recibido una formación específica y se autoelige como el profesional apto para tratar la problemática (Ver ítems VII – XII). La diferencia entre el Psicólogo Clínico cuando ha recibido una formación específica y cuando la carece, se podría ver en la Entrevista con la Lic. Bartolucci (por los recursos que posee) y por datos obtenidos de la encuesta en tanto la actualización respecto del tema.

La conducta de compromiso asumida al contestar la encuesta, da cuenta del ejercicio de análisis sobre la propia praxis profesional, lo que conlleva a un aprendizaje del rol que debe ser permanente, superando las resistencias al cambio y las defensas personales frente a la temática de la sexualidad, para muchos todavía vigente.

**CONSIDERACIONES FINALES**

## CONSIDERACIONES FINALES

Son muchos los determinantes que pueden producir la disfunción sexual eréctil. La respuesta de erección es muy vulnerable a ciertas enfermedades y fármacos, por tanto la etiología orgánica interviene en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes, situación que es tenida en cuenta por la mayoría de los psicólogos que participaron en la encuesta.

La incapacidad de la erección suficiente para realizar el coito, es puesta en franco primer plano en las tramas que se tejen en los sucesos de la sexualidad. Pero situarla solo como una manifestación clínica – descriptiva constatable, aplana la riqueza de una posible diferenciación dinámica de sus vertientes y/o variantes, que al ser analizadas metapsicológicamente nos brinda una teorización de las posiciones subjetivas discernidas para cada caso.

Vemos entonces como se produce el entrecruzamiento de factores de distintos orígenes y sea cual sea la etiología del proceso, presenta el paciente una notable alteración psicológica que puede reflejarse en su relación familiar, laboral y social. Por esto es necesario un diagnóstico preciso, que oriente el tratamiento a seguir y con un pronóstico que sea consecuente con estas consideraciones.

En la actualidad, y a pesar de las sofisticadas técnicas diagnósticas desarrolladas, tanto el marco teórico leído como los resultados obtenidos de la administración de las encuestas, nos muestran como la Entrevista semidirigida (desde el rol del Psicólogo), Anamnesis e Historia clínica (incluido en el enfoque médico), siguen ocupando un lugar de preferencia, como así también la Interconsulta médica para discriminar la presencia de alteraciones a nivel orgánico. Un posible estudio a seguir, sería observar la cooperación del trabajo diario entre el Urólogo y el Psicólogo.

Cabe agregar a esta complejidad que “La dinámica de ésta interacción patógena entre los componentes intrínsecos y experienciales de la sexualidad cabe apreciarla si repasamos algunas características específicas de la sexualidad humana y también de la matriz social que modela su expresión.”<sup>19</sup>

Si bien es preciso derivar lo que no está inmerso en nuestra competencia, no debemos olvidar, como futuros profesionales, que la dualidad mente - cuerpo inscrita en la profesión del psicólogo, se visualiza claramente en el estudio y tratamiento de la sexualidad del adulto, donde la falta de formación sistemática en nuestra currícula respecto de este tema y la dificultad de acceder a la biología del otro, nos hace pensar en una posible escisión de la mirada del profesional, en los recursos técnicos y en el conocimiento especialmente significativo. A su vez esta falta y necesidad, cuando somos concientes de ella, nos abre las puertas al trabajo en equipos interdisciplinarios, que podrían estar integrados particularmente para esta problemática por un Urólogo, un Psicólogo y un Terapeuta Sexual.

---

<sup>19</sup> Kaplan, Helen. La nueva terapia sexual. Pág. 212 .Tomo 1. Editorial Alianza 1994

Se hace necesario entonces, repensar la formación recibida y la actitud frente a ésta problemática en la praxis profesional, los espacios ocupados con un rol que se va modificando, específicamente como ¿psicólogos clínicos o terapeutas sexuales?, clarificar estas inquietudes y el surgimiento de otras, promueve el fenómeno de aprendizaje como transformación en la convivencia con otros, en su realidad biológica - psíquica y social.

## BIBLIOGRAFIA

- **Bartolucci, Elda.** “Las disfunciones sexuales”. Instituto de Educación Sexual.
- **Desprats – Péquignot Catherine.** “La psicopatología de la vida sexual”. Edit. Amorrortu, Buenos Aires. 1994.
- **DSM IV.** Brevario.
- **Gindin, León Roberto.** “El Rugido. Potencia Masculina: mitos, problemas y soluciones. Edit. Planeta, Buenos Aires. 1996.
- **Gindin, León Roberto.** “La nueva sexualidad del varón”. Edit. Planeta, Buenos Aires.
- **Kaplan Singer Helen.** “La nueva terapia sexual”. Tomo 1y 2. Edit. Alianza, Madrid. 1974.
- **Masters y Johnson.** “Incompatibilidad Sexual Humana”. Edit. Intermédica.
- **Mc. Cary.** “Sexualidad Humana”. Edit. El Manual Moderno, México. 1983.
- **Pomerol Monsen y Arrondo Arrondo.** “Práctica Andrológica”. Edit. Mason – Salvat. Medicina. Barcelona. 1994.
- **Página de Internet.** Estrategias e Intervención de las Disfunciones Sexuales.