

## **La disfunción erectiva- aspectos médico-psicológicos**

**León Roberto Gindín**

### **Consideraciones generales**

Los trastornos de la erección constituyen las disfunciones sexuales más dolorosas que afectan a los hombres. Para la gran mayoría de nosotros, la erección es sinónimo de capacidad para practicar o disfrutar el acto sexual. Por eso, la pérdida de la erección es considerada como señal del fin de nuestra vida sexual y un estigma para la virilidad. La presencia de erecciones nos proporciona una especie de mensaje visible y palpable de nuestra excitación y disponibilidad para el coito. Pero todos sabemos que la erección es cada vez un fenómeno transitorio que así como se presenta, desaparece. Ésta es una de las razones para que los hombres vivamos nuestra virilidad, como una realidad muy condicionada.

Digamos de paso que el rol sexual masculino es un rol activo que crea ineludibles responsabilidades. En códigos no escritos, pero siempre presentes para nosotros, se espera que iniciemos sexualmente a las mujeres, que despertemos en ellas el deseo, que las hagamos madurar sexualmente y las hagamos gozar. Tantas obligaciones crean, cuando no se puede cumplir con todas ellas, sentimientos de culpa, de vergüenza por ser "inservibles".

Entonces, frente a un episodio de pérdida o de falta de erección, sumamos al propio problema la desazón por no poder responder a las exigencias de estos mandatos implícitos en nuestros códigos de funcionamiento hombre-mujer.

Por ello "no funcionó" es una expresión implacable con la que gran parte de nuestros pacientes definen este problema sexual.

Sin duda señalan con toda crudeza la problemática del hombre impotente. Según Helen Singer Kaplan, el uso del término *impotencia* es objetable, no sólo porque es peyorativo (implica falta de poder, inoperancia), sino también porque es inadecuado. En la medida en que la impotencia es un bloqueo de la erección del pene, el término más adecuado para definir este problema es el de "disfunción erectiva" (o sea alteración de la función de la erección). Desgraciadamente, el término "impotencia" es aún de uso generalizado. Por eso, por razones didácticas, para dar claridad al discurso, a veces se lo encontrará a lo largo de este trabajo.

Veamos al paciente medio que consulta por una disfunción eréctil: J.G. es un hombre bastante joven que viene solo, bastante deprimido y con el aspecto de un hombre vencido. Al ser interrogado por el motivo de su consulta, nos manifiesta que no funciona desde hace largo tiempo. Ya ha consultado a varios colegas, quienes, no habiendo encontrado causas orgánicas diagnosticables, han pretendido ayudarlo con algún medicamento o con "buenos consejos".

En general, los problemas sexuales masculinos son mucho más claros y evidentes que los femeninos. La ausencia o la debilidad de la capacidad eréctil del pene, la disminución en la consistencia o la duración de la erección, aparecen como problemas desesperantes, urgentes, que nos hacen sentir "impotentes" para todo.

El señor G. viene solo porque su dolor frente a esta incapacidad lo obliga a sentirse único responsable. Considera que el problema "es de él", que no es capaz de conseguir la erección y trata de que el médico le dé una solución "salvadora" para poder volver a su casa con el problema solucionado, gracias a la prescripción de algún medicamento mágico.

### **El problema del diagnóstico**

Frente a un caso de disfunción erectiva lo primero que nos planteamos es su etiología: si lo que le ocurre al paciente tiene que ver con una alteración orgánica o bien funcional de los mecanismos que producen la erección.

#### ***Causas orgánicas***

En el primer caso, trataremos de precisar qué factores orgánicos están influyendo para que no se produzca la erección. En el segundo (alteración funcional) incluimos todos los otros factores: psicológicos individuales, conflictos de la pareja o causas sociales que puedan afectarlo.

En general no hay causas orgánicas "en estado puro": un grado mayor o menor de compromiso psicológico siempre acompaña a los trastornos de la erección, aunque la causa sea orgánica en primera instancia.

De todos los pacientes que consultan por disfunciones de la erección, entre 20 y 40 de cada 100 tienen problemas orgánicos. Constituyen un grupo importante, por lo que el tener en cuenta siempre esta eventualidad evita errores en el diagnóstico y fracasos en los tratamientos psicológicos.

A medida que el hombre avanza en edad, los problemas orgánicos adquieren mayor importancia, y es así que en los mayores de 60 años las causas orgánicas de disfunción erectiva superan, estadísticamente, a las causas psicológicas.

De estas causas orgánicas, los problemas *vasculares* constituyen la parte más importante de la etiología. Hasta hace pocos años se pensaba que la mayoría de los casos de impotencia de origen vascular se debía a una obliteración de las arterias del pene, por cuanto la erección requería un aporte sustancial y rápido de sangre en los cuerpos cavernosos que no podía efectuarse si las arterias total o parcialmente estaban obstruidas.

Hoy en día se demostró que la causa más importante y frecuente de insuficiencia eréctil de origen vascular corresponde al sistema venoso.

La sangre impulsada por las arterias del pene no puede retenerse en él porque fallan las venas o hay una comunicación anómala (fístula) entre arteria y vena que hace que ésta "robe" la sangre que debiera ir a los cuerpos cavernosos del pene. Se produce un fenómeno similar al del neumático pinchado. Cuanto más sangre (aire) se agrega en el pene (neumático), más rápidamente tiende a irse. Son los casos típicos de erección inestable. La erección aparece, se pierde, vuelve a aparecer con mayor o menor intensidad y aun se pierde estando el pene dentro de la vagina.

Estas lesiones se pueden descubrir con los estudios de cavernosografía y cavernosimetría descritos anteriormente, y pueden resolverse por caminos quirúrgicos y no quirúrgicos.

Los casos menos frecuentes de obstrucciones arteriales de la irrigación del pene se demuestran con estudios de fluxometría y tensiometría por efecto Doppler, complementados por arteriografías selectivas. La solución de estos problemas es generalmente quirúrgica.

Otro grupo de causas orgánicas de la disfunción erectiva son las *neuroológicas*. Consisten fundamentalmente en alteraciones en los nervios que llevan y traen informaciones entre los órganos sexuales y el sistema nervioso central. Los trastornos neurológicos de los nervios periféricos o de la médula espinal provocados por la diabetes, el alcohol o enfermedades neurológicas, son la causa más frecuente de este tipo de impotencia. Para su correcto diagnóstico se utiliza el estudio de los potenciales evocados de los nervios que facilitan la erección y el estudio de su velocidad de conducción.

Las causas *hormonales* son mucho más raras y responden generalmente a una severa alteración del sistema de glándulas endocrinas: la falta de testosterona o el exceso de prolactina son las principales responsables. Se detectan mediante análisis clínicos adecuados.

Las causas *medicamentosas* deben ser descartadas por medio de un correcto interrogatorio al paciente.

El *abuso alcohólico* es otra causa importante de disfunciones erectivas.

También hay causas *urológicas* (patología local de los órganos sexuales). Así la fimosis y la parafimosis (estrechamiento del prepucio), los problemas que acarrea un frenillo corto o ciertos problemas prostáticos que producen dolor, son algunas veces la causa de alteraciones en la erección que deben ser corregidas quirúrgicamente.

Si por medio del interrogatorio, la revisión clínica y los estudios correspondientes, logramos descartar totalmente la existencia de causas orgánicas, concluimos que el origen de la disfunción erectiva es funcional o psicológica.

## Los problemas funcionales

La impotencia funcional es, sin duda, la más frecuente. Kaplan afirma que en el 85% de los pacientes con disfunción erectiva ésta es de origen funcional.

Básicamente se trata de inhibiciones emocionales que bloquean o interfieren los impulsos cerebrales que controlan los centros medulares que rigen la erección.

Masters y Johnson han hecho una clasificación, y distinguen impotencia *primaria* y *secundaria*.

Hablamos de *impotencia primaria* de origen psicógeno cuando un hombre nunca ha podido lograr o mantener una erección que le sirviera para realizar el coito. Entre los factores que provocan esta disfunción primaria, se citan: la familia, en especial las influencias maternas negativas, influencias y vivencias religiosas intensas que interfieren en el desarrollo psicosexual, experiencias tempranas homosexuales o con prostitutas, que dejan una huella psíquica importante. A veces la dinámica psicológica que lleva a esta disfunción es sumamente compleja e intervienen muchos y variados factores en su producción.

Independientemente de la causa específica de la disfunción, Masters y Johnson señalaron que hay ciertas características que casi siempre están presentes en los hombres que sufren impotencia primaria: temor al sexo y una excesiva sensibilidad a influencias psicológicas desconocidas que no afectan en absoluto a otros hombres.

Estamos ante una *disfunción erectiva secundaria* cuando el hombre ha tenido al menos una relación sexual buena, pero en el momento de la consulta se encuentra incapacitado para realizarla por ausencia de la erección.

Generalmente este hombre tuvo éxito en su primer coito y le ha ido muy bien en el acto sexual muchísimas veces, pero un día fracasa y no logra la erección. Obviamente, un solo fracaso no significa nada; todos los hombres hemos fracasado más de una vez en nuestras relaciones sexuales por cansancio o problemas psicológicos circunstanciales. Pero algunos hombres a partir de este fracaso comienzan a sentir ansiedad en cuanto a su rendimiento sexual y la satisfacción que no logran darle a su mujer. Se establece un círculo vicioso que incluye el temor del rechazo de su compañera, culpa sobre el fracaso del encuentro sexual, mayor ansiedad y anticipación del fracaso. Se establece entonces una impotencia psicógena secundaria. Según la mayoría de los autores, *sólo se puede diagnosticar una disfunción erectiva cuando las fallas superan el 25% del total de los intentos*.

También le sucede a veces a los hombres mayores, que la presión social les hace sentir que su vida sexual tiende a acabarse por un fracaso circunstancial. A pesar de ser sanos y poder tener relaciones sexuales, nuestra sociedad no tolera bien la actividad sexual en la tercera edad, y en cierto modo se obliga a los ancianos a renunciar a la sexualidad (por ejemplo tildándolos de "viejos verdes").

Las disfunciones erectivas secundarias pueden tomar aspectos parciales, y es así que Meyer las clasifica en *selectivas* (posibilidad de tener relaciones con unas mujeres y no con otras) y *situacionales* (posibilidad de relaciones en algunos climas o situaciones y en otros no, por ejemplo con la pareja habitual pero fuera del hogar).

### **Factores psicológicos que intervienen en la producción de la disfunción erectiva**

Con el advenimiento de los nuevos conceptos en sexualidad se dejaron de lado las creencias de que una impotencia era siempre indicador de graves y profundas perturbaciones psicológicas. Hoy se piensa que ciertos factores de acción inmediata, como por ejemplo la ansiedad que despierta en ciertos individuos la ejecución del acto sexual o el miedo a fallar, son la causa más importante y frecuente de estos problemas.

Por supuesto que también existen las llamadas *causas psicológicas profundas*. Los problemas intrapsíquicos inconscientes, que generalmente se basan en conflictos edípicos no resueltos acompañados de temor y culpa, explican algunas disfunciones erectivas. Hombres con depresiones crónicas o agudas, sentimientos de desvalidez y hostilidad reprimidos, son más susceptibles de sufrir estas disfunciones eréctiles que otros, más saludables emocionalmente.

La teoría psicoanalítica (que evalúa estos conflictos profundos) afirma que los conflictos edípicos habitualmente van acompañados de sentimientos incestuosos y de culpabilidad. Cuando no son resueltos satisfactoriamente se evocan cada vez que se intentan relaciones sexuales y la erección es imposible o dificultosa. La impotencia actuaría, entonces, como una defensa contra la ansiedad que surge del reavivamiento de los sentimientos edípicos. Kaplan cuestiona este concepto psicoanalítico y propone pensar la impotencia como el concomitante fisiológico de la ansiedad, cualquiera sea su origen e independiente de éste, cuando fracasan las defensas psíquicas del paciente para contenerla.

En los últimos años otros autores también opinan que es necesario pensar que los factores inmediatos o *causas próximas* son los más importantes en la génesis de estas disfunciones erectivas. *Es por ello que en la mayoría de los casos es posible la resolución del problema por medio de las terapias sexuales, que como sabemos se dirigen a esas causas inmediatas o próximas.*

El temor al fracaso se multiplica porque heredamos un sistema de creencias según el cual un hombre nunca debe fracasar. Si sumamos a esto el consiguiente temor al abandono por parte de la compañera, tenemos las causas más importantes y frecuentes de la impotencia masculina.

Por ello, el restablecimiento de la autoestima sexual es un objetivo muy importante en los nuevos tratamientos de esta disfunción.

La excitación sexual y la erección sólo son posibles si el hombre logra concentrarse en los estímulos excitantes. Se bloquea o inhibe cuando aparecen pensamientos no sexuales o antisexuales (problemas de negocios, temor, vergüenza, etcétera). La excesiva preocupación por el éxito en la relación, el temor al ridículo o a hacer "un mal papel", genera *ansiedad por el desempeño sexual*. El hombre comienza entonces a observarse antes y durante la escena sexual, deja de concentrarse en el placer que puede recibir y se concentra en su desempeño. La ansiedad aumenta y la erección que podría aparecer, se bloquea.

"No puedo fracasar esta vez."

"¡Qué frustración si no consigo mantener una erección con esta flaca!"

"No le puedo fallar a mi compañera."

"No puedo soportar otro fracaso."

"Soy una persona decadente que está condenada a fracasar siempre en el futuro."

En cada nuevo intento estos pensamientos van ocupando cada vez más espacio y terminan por "ahogar" al ansioso.

### **La depresión y la impotencia sexual**

La disfunción erectiva produce, muy frecuentemente, una considerable depresión reactiva en quienes la padecen.

Cuando un hombre no puede tener relaciones sexuales porque no consigue tener una erección, aparecen en él sentimientos de minusvalía, su autoestima baja cada vez más, se deprime.

Ahora bien, por otro lado, en personas que sufren de depresión endógena motivada por otros conflictos psíquicos, uno de los síntomas de su padecimiento suele ser la falta de erección. Por eso, muchas veces se hace difícil saber con precisión dónde está el origen del problema: si la impotencia provocó la depresión o viceversa. El sexólogo, repitámoslo, debe prestar especial atención al diagnóstico de estos casos, y para ello debe tener amplios conocimientos psicológicos. Sólo de esa manera podrá encarar el tratamiento adecuado.

También se debe tener cuidado con el abuso de las medicaciones antidepresivas, pues pueden provocar efectos secundarios perjudiciales para la sexualidad.

## **La eyaculación precoz y la disfunción erectiva**

En algunos casos la impotencia se presenta como consecuencia de un largo proceso, en el cual la eyaculación precoz es el síntoma dominante. La evolución típica es la siguiente:

J.F. eyacula desde siempre en forma prematura y su esposa tolera esta situación pensando que más adelante se corregirá. A medida que el tiempo pasa y nada mejora, la mujer comienza a quejarse cada vez más.

J., frente a las quejas repetidas y consciente de su problema, internaliza la situación. Se observa como un mal amante y recurre a toda clase de técnicas para retardar la eyaculación. Entonces borra de su mente las sensaciones placenteras que la relación le provoca. Lo que logra con esto es un bloqueo de su compromiso emocional con la situación. A pesar de todo sigue sin poder controlar su eyaculación, igual que en el pasado. Se siente mal y no quiere volver a fracasar, por lo que comienza a evitar el coito. Un día su mujer lo busca y J. descubre que no logra tener una erección. Ahora tiene dos problemas con su sexualidad: por el momento es totalmente incapaz de llevar adelante una relación sexual, pues está afectado por una impotencia psicógena.

Sin embargo, en estos casos hay que tratar principalmente la eyaculación precoz y no la impotencia. Ésta revierte sola y mejora con el tratamiento del primer síntoma.

Por eso (digámoslo una vez más) resulta esencial un diagnóstico preciso.

## **El alcohol y la impotencia psicógena**

Para algunas personas el alcohol es una figura importante, a veces imprescindible en su mundo relacional: tragos en los almuerzos de trabajo, vino con las comidas, brindis en reuniones de negocios donde el alcohol corre libremente. A pesar de este consumo, muy superior al aconsejable, generalmente estos hombres no tienen problemas en su funcionamiento sexual durante muchos años. Hasta que un incidente, en el cual hay grandes cantidades de alcohol involucradas, logra alterar todo.

En medio de una libación alcohólica, R.T. discute con su esposa por un tema trivial y la situación se hace tensa. Entonces decide reparar el conflicto haciendo el amor con ella. Van a la cama y, por primera vez, la erección falla. Tres días más tarde R. decide reparar la situación frustrante con un buen coito. Decide relajarse con unos cuantos tragos, pues se encuentra muy tenso y pesado. Ha comido mucho. Cuando van a la cama, la erección falla una vez más. Se ha instalado una impotencia psicógena secundaria, fabricada con ayuda del alcohol por el propio R. Es el momento de pedir ayuda. Si no, la impotencia ayudará a generar, además, un alcoholismo grave.

El alcoholismo grave produce lesiones importantes del tipo de las impotencias orgánicas de origen neurológico.

## **Causas diádicas, o de la relación de pareja, de la impotencia masculina**

Siempre hemos podido apreciar, en la práctica clínica, que cuando en el tratamiento de la disfunción erectiva podemos incluir a la pareja, el pronóstico sobre el resultado mejora sensiblemente.

En efecto, los factores diádicos, y en especial las interacciones destructivas de la pareja, juegan un papel crucial en la génesis de esta disfunción sexual.

Es por todos conocida la imagen de Trifón y Sisebuta, donde se ven las interacciones destructivas de una mujer "castradora" y de su víctima, un hombre impotente.

A continuación ofrecemos una enumeración, aunque incompleta, de causas diádicas en la producción de la disfunción erectiva.

- a) Algunas mujeres insisten en que sus compañeros *tienen* que satisfacerlas sexualmente y ejercen una presión exorbitante sobre ellos.
- b) Algunos hombres que encuentran a sus compañeras cada vez menos excitantes, pueden perder interés en ellas a pesar de tener una historia de fuerte atracción mutua.
- c) Algunas mujeres no son muy entusiastas con el sexo y evitan practicarlo o excitar "demasiado" a sus compañeros cuando tienen relaciones sexuales.
- d) La falta de comunicación de un hombre con su compañera le impide señalarle a ésta el mejor modo de excitarlo o satisfacerlo. Esto se refiere especialmente a los deseos masculinos de novedades y variedad que no comunican, por vergüenza, a sus compañeras.
- e) Un hombre puede tener consciente o inconscientemente deseos homosexuales y por lo tanto ser incapaz de excitarse con una mujer.
- f) La hostilidad y las luchas por el poder entre los miembros de la pareja pueden bloquear la erección.
- g) La falta de información sexual puede interferir, evitando que la pareja practique posiciones o actividades sexuales nuevas que pueden renovar y mantener el interés por el sexo.

Como hemos señalado anteriormente, la impotencia sexual es el resultado de una excitación sexual dolorosa, de modo que es inevitable pensar que la mujer se halla en una posición privilegiada para poder infligir ese daño. Por ello es importante modificar las interacciones eróticamente destructivas entre el impotente y su *partenaire*.

"Pero", dice Kaplan, "no siempre la mujer es el «malo de la película». Cuando se satisfacen sus propias necesidades psicosexuales y ella se siente segura respecto de su capacidad de



atraer la atención como mujer, incluso la más castradora puede transformarse en una sacerdotisa generosa de la diosa del amor."

### **"Puedo con una y no con otras"**

Este apartado también podría llamarse "puedo con otras y no con una". Es un problema relativamente frecuente.

Puede haber muchas variantes. Los dos casos típicos son:

a) Señor casado que intenta tener relaciones con una compañera de trabajo de muchos años y falla en repetidos intentos con ella. En cambio con su mujer todo anda a las mil maravillas.

b) Es el caso del señor, también casado, que no puede mantener relaciones sexuales con su mujer y cuando intenta hacerlo con prostitutas o con mujeres que no le interesan afectivamente, le va muy bien.

Lo habitual en el primer caso es que principios morales, culpas inconscientes y además dificultades para establecer un compromiso emocional con alguien que ve en su trabajo casi todos los días, aumenten la ansiedad, y la erección que requiere una situación distendida no se produce. En cambio, con su mujer que lo conoce bien no hay exigencia ni debe rendir examen.

En el segundo caso los conflictos de la pareja no se han hablado ni están resueltos. Cuando van a la cama él falla por causa de su hostilidad reprimida; su señora, con su desinterés y falta de estímulo, colabora con esa situación.

En cambio con una prostituta o una amiga se siente comprendido, es adecuadamente estimulado y el conflicto que determina la pérdida de la erección no se produce. Entonces su desempeño sexual es óptimo o al menos el que él esperaba lograr.

### **Causas sociales de importancia para la aparición de una disfunción erectiva**

El mundo que nos rodea, con sus conflictos y contradicciones, no es ajeno, en función de la historia personal individual, a la aparición de disfunciones erectivas.

Veamos algunos de estos factores sociales cuya incidencia en la producción de problemas erectivos es significativa:

a) *Presión externa para la obtención del éxito.* Hay una correlación bastante directa entre los problemas erectivos y la presión social que se ejerce sobre un hombre "libre" para que tenga éxito en la empresa de satisfacer con su pene a sus compañeras femeninas.

"Debo demostrarle a mi compañera (y a los otros) qué gran amante soy. De lo contrario, no sirvo para nada." Este pensamiento nos es familiar a muchos. Alguna vez, al menos, hemos sentido el peso y aceptado el rigor de estas presiones.

b) *Puritanismo, religiosidad y culpa.* Aunque cada vez ocurre con menos frecuencia, existen todavía personas que viven el sexo como algo "pecaminoso" o "maligno", y en virtud de sus "inmoralidades" piensan que el placer sexual es una situación inmerecida o indeseable. Obviamente, es muy difícil conciliar un pensamiento religioso estricto, por lo general muy poco permisivo y generador de sentimientos de culpa, con la búsqueda y goce del placer que puede brindar la sexualidad.

c) *Ignorancia y desinformación.* A pesar de que los tiempos están cambiando y la información sexual está disponible para la mayoría de la población, hemos observado que muchos hombres manejan información falsa o fantasías con aparentes visos de verdad acerca de su sexualidad. No saber nada sobre los cambios fisiológicos que la edad produce en la respuesta sexual o sobre la existencia del período refractario o la necesidad de ser estimulado adecuadamente para que se produzca la erección, provoca innumerables temores, ansiedades, fantasías, que a veces conducen a fallas en la erección.