

Disfunción eréctil de causa psicológica

Lic. Ps. Rosana Pombo
Postgrado en Psicoterapia Cognitiva
Sexóloga clínica
Directora Centro Plenus

La función sexual normal es un proceso biopsicosocial y depende de la coordinación de factores psicológicos, endocrinos, vasculares y neurológicos (Levine 2000). Implica varias fases como el deseo sexual, la excitación y el orgasmo. Cuando una de ellas o varias están alteradas hablamos de disfunción sexual.

Cuando en el varón se ve afectada la respuesta de excitación hablamos de la *disfunción eréctil*, esta se puede definir como la dificultad o incapacidad para lograr y/o mantener una erección suficientemente firme como para iniciar, mantener y terminar el coito. Esto significa que las dificultades transitorias, ocasionales, esporádicas de la erección, causadas por el cansancio, el estrés pasajero, el alcohol, la falta de motivación ocasional, no necesariamente corresponden a una disfunción eréctil, ya que el descanso, la tranquilidad, la eliminación del alcohol, el momento adecuado, la pareja y el estado de ánimo apropiados, hace posible la recuperación total. En nuestra cultura occidental, no se tiene presente que un trastorno episódico en la erección es normal, y no implica disfunción sexual ni trastorno alguno, sino que el problema muchas veces comienza a construirse a raíz de la interpretación negativa y catastrófica que le adjudicamos al hecho.

La disfunción eréctil puede obedecer a causas psicológicas (muy frecuentes en hombres jóvenes), biológicas o mixtas. Independientemente de la etiología toda DE va a tener una repercusión psicológica agregada que colabora como factor de mantenimiento (Moncada, Cabello; 2006).

Los factores psicológicos participan en un número significativo de casos de DE, solos o en combinación con causas orgánicas, (Ackerman 1995; Althof 2002; Rosen 2001). Según estudios de Farré, Laceras (1998) encontraron la siguiente distribución: 37% orgánicos, 33% mixtos y 30% “psicógenos puros”. Merman (1988), en un estudio con 406 hombres con DE: etiología orgánica 28,8%, psicógena 39,7%, mixta 25,1%. DE psicógena pura entre 10 y 30% para Korenman (1998), y entre el 20 al 30% para Hanash (1997).

Aydin, 2001: estudio de 115 hombres con DE: etiología orgánica 43%, psicógena 43% y mixta 19%.

% por edad DE orgánica & DE psicógena

Centro para la Investigación de las Disfunciones Sexuales de Buenos Aires (Crespo y col., 1987). 1.823 pacientes.

Edad	Causa biológica (% de pacientes)	Causa psicológica
18 a 35a	30%	70%
36 a 50a	52%	48%
Más de 50a	85%	15%

¿Cuándo hablamos de DE psicógena?:

Cuando no hay alteración orgánica que genere la DE se habla de DE funcional o psicógena.

Según **Rosen (2001)**, la DE psicógena es la incapacidad persistente para lograr y mantener una erección satisfactoriamente para el rendimiento sexual debida predominante o exclusivamente a factores psicológicos o interpersonales.

Diferenciación entre DE Orgánica y Psicógena (Vargas Delaunoy, 2002)

Características	DE Orgánica	DE Psicológica
Edad:	> 50 años	< 40 años
Comienzo:	Insidioso, progresivo	Repentino, agudo
Desencadenante:	Múltiples circunstancias	Situación concreta
Erecciones espontáneas	Ausentes	Presentes
Libido y orgasmo	Normales	Con problemas

Diferenciación entre DE Orgánica y Psicógena (Rodríguez, Gonzalvo, Pascual, Rioja; 2002)

Características	DE Orgánica	DE Psicológica
Evolución:	> 1 año	< 1 año
Aparición:	Permanente	Situacional
Curso:	Constante, deterioro progresivo	Variable, períodos buenos y malos
Erección extracoital:	Pobre	Rígida

Diferenciación entre DE Orgánica y Psicógena

Características	DE Orgánica	DE Psicológica
Problemas psicosexuales:	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja:	Secundarios	Desde el inicio
Ansiedad y miedo	Secundarios	Primarios
Desarrollo psicosexual:	Normal	Con problemas

Son precisos los **estímulos eróticos psicológicos** centrales para favorecer la erección. Los factores psicológicos pueden inhibir a nivel central la respuesta eréctil. Diferentes causas psicológicas pueden producir una incapacidad para iniciar los eventos hemodinámicos que conducen a la rigidez peneana.

Según **Moncada, Cabello (2006)**, la DE genera un **impacto psicoemocional**¹ sobre el varón y su pareja. A la rigidez del pene se le atribuye un papel determinante y fundamental en la calidad de la erección. Tanto el varón como la mujer correlacionan la dureza del pene con el disfrute, la satisfacción y la confianza. En un estudio cualitativo de estos autores se preguntaba a los pacientes qué atributos buscaban en un tratamiento para la De, el 90% buscaba erecciones duras y prolongadas, que las lograran siempre que las necesitaran y que pudieran satisfacer a sus parejas para recuperar la autoconfianza. Los pacientes que no logran o pierden la erección durante la relación sexual experimentan un grado de estrés que puede ir de severo a moderado, debido a la sensación de frustración, el desánimo, los sentimientos de desesperación e importante grado de preocupación.

Muchos pacientes se sienten tan traumatizados por las experiencias de fracaso en la erección que incurren en conductas negadoras y evitativas sin lograr tomar ninguna medida para solucionarlo. Sólo un 18% consulta al médico y un 33% lo comparte con su pareja. Esto conduce a una gran resistencia a afrontar el problema y al retraso en la consulta y el tratamiento.

La pérdida de la firmeza erectiva influye en la frecuencia de las relaciones sexuales, llevando muchas veces a una disminución progresiva que va en relación a la peoría de la disfunción, y cuando estas se producen suelen ser insatisfactorias para ambos. Los que padecen una pérdida severa de la erección pueden llegar a renunciar a su vida sexual. Esto conlleva a una pérdida progresiva de la intimidad, junto con el descenso del deseo sexual, el interés por el contacto físico amoroso y el deterioro paulatino del vínculo de la pareja.

La pérdida de la rigidez va generando dudas sobre la respuesta erectiva, así como menor satisfacción en la pareja, quien demanda explicaciones, realiza reproches, se siente insegura, no deseada, aumentando progresivamente la ansiedad por el desempeño en el varón, el temor al fracaso, aspectos que en sí mismos llegan a convertirse en la causa del problema y a colaborar en el mantenimiento del mismo.

La autoestima, confianza y satisfacción en el varón están directamente relacionados con la satisfacción de la pareja.

Según **Abraham y Porto (1979)**, el proceso que explicaría el trastorno en la erección sería el siguiente: la demanda de ejecución por parte de la pareja haría que el varón fuera a la relación sexual con una predisposición negativa, con percepción de falta de control sobre su respuesta sexual y resultados. Estaría concentrado, no en los estímulos eróticos- necesarios para la excitación y la erección- sino en las consecuencias negativas como la imposibilidad de lograr o mantener la erección y el coito, lo cual aumentaría la ansiedad desencadenando la ausencia o pérdida de la erección y por lo tanto tenderá a

¹ Moncada, I; Cabello, F (2006): "Sildenafil y calidad de la erección: correlatos funcionales y emocionales en los varones con disfunción eréctil y sus parejas". En Revista de Sexología Integral, Vol 3, Abril-Junio 2006.

evitar la relación sexual. Sin embargo los varones que han tenido experiencias sexuales positivas, ante la demanda sexual de la pareja tienen expectativas de erección adecuada, positiva predisposición, la atención centrada en los estímulos y sensaciones eróticas, una respuesta sexual sin problemas y tendencia a buscar y aceptar las relaciones sexuales. Según este esquema, la demanda de relaciones sexuales junto con la preocupación y las dudas por el desempeño harán que el varón experimente un incremento de su ansiedad y un bloqueo de su respuesta erectiva conformándose un círculo vicioso.

El aumento de la rigidez mejora el estado psicológico, el estado de ánimo, la autoconfianza, mejorando la frecuencia, el deseo de intimidad, la satisfacción sexual propia y de la pareja, la autoestima de ambos, la confianza, la convivencia, el vínculo y la calidad de vida.

Según **Farré y Laceras (2002)**, el individuo con DE experimenta un “cataclismo cognitivo” por lo cual:

- Percibe las situaciones sexuales como amenazas.
- Subestima el nivel de excitación alcanzado
- Pierde la percepción de control sobre la respuesta erectiva
- Presenta abundante creencias erróneas.

Aaron Beck (1979), el padre de la Psicología cognitiva, postula que los pensamientos negativos (automáticos) y las creencias disfuncionales determinan una forma distorsionada de interpretar la realidad lo cual se traducirá en un comportamiento disfuncional y desadaptativo. En relación a la DE, los individuos interpretarían el evento como un problema y responderían frente a él con ansiedad, generando un esquema de funcionamiento circular y disfuncional.

Algunas de las **distorsiones cognitivas** que experimentan estos pacientes:

- "No he conseguido una erección. "Nunca lo lograré". "Siempre fracasaré".
- "Como no puedo satisfacer a mi pareja me dejará por otro hombre".
- "Si no logro una erección, entonces no soy un hombre de verdad".

Algunas de sus **creencias erróneas**:

- "Debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad".
- "Debo lograr tener una buena RS. De lo contrario sería insoportable y no sería un hombre de verdad".

- “Debo conseguir rápidamente una erección en toda relación sexual”
- El deber del hombre es satisfacer a la mujer a como dé lugar.
- El tamaño y firmeza del pene son determinantes en la satisfacción de la mujer.
- La penetración es la parte favorita del acto sexual para las mujeres, lo demás es secundario.
- El hombre siempre desea y está listo para el sexo.
- Con la edad todos los hombres pierden la potencia de sus erecciones”.

Según el modelo cognitivo de Beck las percepciones sobre las situaciones influyen en el modo de reaccionar (emociones y comportamientos). La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales). Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una **distorsión del pensamiento** que influye en el estado de ánimo y en la conducta.

Modelo Cognitivo de Beck:

Situación	Pensamientos automáticos	Reacción
RS	→ “No voy a poder”	→ Ansiedad
Coito	“Voy a perder la erección”	Ansiedad
DE	“He vuelto a fracasar”	Ansiedad

Albert Ellis, desde su modelo de Terapia Racional Emotiva, afirma que no son los acontecimientos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, es el propio sujeto, y su valoración personal sobre esos eventos, responsable de esas consecuencias.

Terapia Racional Emotiva, A. Ellis:

Modelo A-B-C del funcionamiento psicológico:

A-----	B -----	C
Acontecimiento	"Belief": Creencia sobre A	Consecuencias
RS	“Debo lograr una erección potente”	Ansiedad
RS	“No debo fracasar”	Temor al fracaso
RS	“Nunca lograré un buen desempeño”	Evitación
DE	“No me puede pasar esto a mí”	Ansiedad
DE	“Nunca podré complacerla”	Depresión
DE	“Soy un desastre como hombre”	“No puedo tener una relación”

¿Cómo solucionar la DE?

El manejo de las causas:

La resolución de la DE de causa psicógena, radica en atender los aspectos subjetivos (causas) del paciente. Estas causas no son fácilmente accesibles por su cognición, no logra ser conciente de las mismas, por lo tanto no puede trabajar sobre ellas posibilitando generar un cambio.

- El paciente siente, sufre, experimenta impotencia y frustración, pero no sabe cómo manejarlo.
- Tiene dificultades, no solo en reconocer y aceptar que tiene un problema sexual, sino en verbalizarlo y trasformarlo en un pedido de ayuda.
- Está muy focalizado en el problema de erección concreto, es decir en el aspecto conductual de la DE, no logra considerar las emociones y cogniciones negativas que dan causa y colaboran en mantener el problema.

- Tiende a relacionarlo con aspectos orgánicos. Intenta buscar explicaciones y soluciones externas sin involucrar su subjetividad.
- Cree que si soluciona su DE aliviará sus angustias y ansiedades.

Las condiciones subjetivas son individuales y determinan la vulnerabilidad para la DE. Según su historia y características personales cada varón contará o no con medios para enfrentar y superar situaciones ansiogénicas o depresivas que podrían generar una disfunción sexual.

El conocimiento de la psicopatología asociada y de otros factores psicosociales relacionados, tendrá una importante repercusión en el pronóstico de los casos.²

Uno de los objetivos centrales del equipo terapéutico junto con el paciente, será trabajar en la toma de conciencia de las mismas y corregirlas, a través de diversas estrategias, en pos de recuperar la función normal de la respuesta erectiva.

Enfoque terapéutico:

- Abordaje interdisciplinario. (Psicólogo sexólogo en equipo con Médico sexólogo, Psiquiatra, Urólogo, etc.)
- Descartar etiología orgánica con estudios pertinentes.
- Psicoterapia sexual (CC) breve y focalizada centrada en:
 - Psicoeducación. Educación sexual.
 - Toma de conciencia de las causas.
 - Identificación de las distorsiones cognitivas.
 - Estrategias de afrontamiento:
 - Reestructuración cognitiva.
 - Desensibilización sistemática.
 - Manejo de la ansiedad. Relajación.
 - Terapia sexual de Masters y Johnson.
 - Entrenamiento del piso pélvico.
 - Eliminación del temor al fracaso.
 - Incremento de los factores estimulantes eróticos.
 - Entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y de interacción sexual.
 - Favorecer el reestablecimiento de la confianza sexual.
 - Aprender a controlar las recaídas.

² Farré y Lasheras, (1998): “La disfunción eréctil: aspectos psicopatológicos”. Barcelona. España.

- Participación de la pareja. Atender al vínculo.

Múltiples investigaciones afirman que en la actualidad el enfoque interdisciplinario (médico-psicológico) junto con la participación de la pareja, es uno de los protocolos de tratamiento de la DE psicógena que arroja mejores resultados a corto plazo y con menor índice de recaídas.