

ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN SEXOLOGÍA

En sexología se aborda el problema de la disfunción eréctil (DE) integrando aspectos biológicos, psicológicos y socioeducativos, teniendo como referencia la salud sexual de la persona.

Tradicionalmente, los factores etiológicos de la DE se han clasificado como orgánicos, psicógenos o mixtos, lo que llevó a que se hablara de disfunciones eréctiles orgánicas, psicógenas o mixtas. Ésta es una forma de clasificar que nos resulta relativamente útil para organizar nuestra intervención, si bien es absolutamente arbitraria. Estrictamente, un pene que no responde con una erección a una estimulación “eficaz” puede ser consecuencia de lo que denominamos factores orgánicos, ahora bien, todo problema de DE es “psicorgánico”, estando afectado **todo** el conjunto del hombre (física y psicológicamente) y, si la tiene, su pareja y la relación entre ambos. Además, existen aspectos socioeducativos que inciden en la conducta sexual y que tienen una importancia considerable en la vivencia del encuentro sexual. Son estas consideraciones las que han llevado a que en el grupo de trabajo sobre salud sexual de la OMS (PAHO-WHO, 2000) se propusiera el término genérico **problema** frente al de **patología** para referirse tanto a la DE como al resto de disfunciones sexuales.

EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DESDE LA SEXOLOGÍA

A partir de la queja por DE el proceso de evaluación tiene como objetivo la identificación lo más precisa posible de su etiología, realizando el diagnóstico diferencial entre los factores orgánicos y psicógenos, y estableciendo la relevancia de los mismos para desarrollar una terapia eficaz.

Puesto que los aspectos más generales de la entrevista inicial son abordados en el documento troncal, ponemos énfasis en los aspectos más propios de la perspectiva sexológica de intervención.

Manifestaciones clínicas, no específicas, que pueden ayudar a detectar la Disfunción Eréctil

Un primer elemento de la evaluación lo constituye la identificación de las manifestaciones clínicas del problema de la DE. Asociados a la DE pueden apare-

cer trastornos psicosomáticos muy diversos que suelen ser motivo frecuente de reiteradas consultas ambulatorias en servicios de atención primaria y/o psicológicos (cefalea, malestar impreciso, lumbalgia, trastornos digestivos, estrés, ansiedad, depresión, etc.). Estos trastornos puede presentarlos el hombre –con DE–, su pareja o ambos.

Paciente y/o pareja consulta por disfunción eréctil

Cuando es el propio hombre con DE, su pareja o son ambos conjuntamente quienes consultan al respecto, uno de los focos de atención de nuestra entrevista es llegar a establecer, o descartar, el diagnóstico de la disfunción.

En este punto es una clave esencial de la intervención no hacer equivalentes **motivo de consulta** (la queja que nos presentan) y **diagnóstico**. Con frecuencia, las parejas desplazan otros conflictos a la esfera de lo genital, manifestando el hombre dificultades en la erección cuando la causa primaria es, por ejemplo, una falta de deseo o un problema de pareja. Otras veces en el hombre coexiste la DE con otras disfunciones tales como bajo deseo sexual, eyaculación precoz, eyaculación retardada, etc., o bien con disfunciones en su pareja, como pueden ser deseo sexual hipoactivo, anorgasmia, etc. Es por ello fundamental establecer el diagnóstico principal y qué problemas son meras consecuencias de éste.

Factores psicógenos

La intervención eficaz resolviendo el problema de la DE pasa por identificar su etiología, que suele ser el resultado de la interacción de múltiples factores.

Con respecto a las causas psicógenas (psicológicas y/o sociales) de la DE, una de las claves de la organización de la terapia sexual es su consideración con criterios de temporalidad. Así distinguimos:

- **Factores psicógenos predisponentes.** La presencia de estos factores puede facilitar la aparición de episodios de DE. Entre los más comunes, podemos citar:
 - Mensajes antisexuales en la infancia.

Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil

Documentos de especialidades:

Sexología

- Ambiente familiar problemático.
 - Información sexual inadecuada. Falsas creencias sexuales.
 - Primeras experiencias sexuales inadecuadas o problemáticas.
 - Inseguridad temprana en el papel sexual.
 - Miedo al compromiso. Miedo a la intimidad.
 - Personalidad ansiosa.
 - Baja autoestima.
- **Factores psicógenos precipitantes.** La aparición de estos factores puede suponer un episodio de DE. Además, la suma de factores predisponentes puede agudizar el episodio. Entre los más frecuentes, podemos citar:
 - Alteración general en la relación.
 - Disfunción sexual en la pareja.
 - Infidelidad de la pareja.
 - Pareja exigente.
 - Expectativas no razonables.
 - Fracaso fortuito previo.
 - Experiencia sexual traumática.
 - Reacción a causas orgánicas.
 - Aumento de ansiedad generalizada.
 - Depresión.
 - **Factores psicógenos mantenedores.** La presencia de estos factores contribuye a que la DE se instaure como respuesta automática ante el estímulo sexual. En cualquier caso, el componente psicógeno siempre está presente como factor mantenedor de la DE. Pueden actuar como factores psicológicos mantenedores, por estar siempre presentes:
 - Miedo a: la relación sexual, fracasar, no responder, perder la erección, penetrar, etc.
 - Ansiedad ante la idea o la posibilidad real de un coito.

- Vulnerabilidad del hombre hacia la actitud de la pareja con respecto a la DE.
- Sentimientos de culpa.
- Déficit de comunicación con la pareja.
- Juego erótico escaso.
- Falta de percepción de las sensaciones sexuales: desconectarse de la excitación, e incluso del deseo sexual, al situarse como espectador de sí mismo durante el juego sexual (rol de espectador).
- Inseguridad, que pronto va extendiéndose a otros ámbitos de la vida del hombre.

La intervención sobre los **factores mantenedores**, mediante apoyo sexológico es fundamental puesto que la acción tanto sobre los factores **psicógenos predisponentes** y **precipitantes** como sobre las **causas orgánicas**, puede no ser eficaz o no serlo a medio y largo plazo, apareciendo las recaídas. Para evitarlas, es clave atender a los **factores psicógenos mantenedores**, que pueden llegar a ser la causa única que sostiene la DE, cuando los otros factores están resueltos y persiste el problema.

Diagnóstico diferencial

Es sustancial conocer la entidad de los factores orgánicos para realizar una terapia sexual encaminada a restaurar la función eréctil. Necesitamos determinar cuál es el peso del factor orgánico, y si precisamos abordarlo para resolver la DE. La entrevista continúa siendo el instrumento que nos facilita estas respuestas. Si la DE es **situacional**, es decir:

- Si la ausencia o pérdida de erección no ocurre en todas las ocasiones en que el hombre tiene relaciones sexuales, y/o
- Si hay erección cuando se masturba, y/o
- En los casos en que el hombre mantiene relaciones con más de una pareja, si la DE ocurre con alguna o algunas parejas solamente, y/o
- Si presenta erecciones postsueño, al despertarse, y/o
- Si presenta erecciones nocturnas (durante fases REM del sueño).

Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil

Documentos de especialidades:

Sexología

En este caso, salvo que refiera despertarse en ocasiones y haberlo verificado, podemos necesitar recurrir a elementos diagnósticos tales como la prueba de los sellos o equivalente, registros poligráficos de tumescencia nocturna peneana o Rigiscan.

Entonces abordaremos la terapia sexual de la DE centrados en los elementos psicógenos y relacionales que puedan estar presentes.

Si no podemos descartar la relevancia del factor orgánico, lo abordamos junto con los factores psicógenos siempre presentes. Para ello:

Si presenta el hombre un trastorno del deseo (DSI) y éste es nuestro diagnóstico principal, siendo la DE simultánea o secundaria al deseo sexual inhibido (DSI), podemos necesitar profundizar en la evaluación endocrinológica, lo que requiere determinación de perfil hormonal (básicamente: testosterona, PRL, LH y hormonas tiroideas) y en su caso, derivarle al endocrino. Habitualmente, el especialista aborda estrictamente la patología endocrinológica, por lo que el paciente o la pareja continúan requiriendo el apoyo, orientación o terapia sexual simultáneas o subsecuentes.

Si nuestro diagnóstico es de DE y no existe falta de deseo sexual recurrimos a la prueba con fármacos (sildenafil, apomorfina, etc.). Si en respuesta a fármacos no se restaura la erección, consideraremos en función de la historia clínica del paciente, la derivación a otro/s especialista/s para conjuntamente profundizar en el diagnóstico y tratamiento.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION ERÉCTIL DESDE LA SEXOLOGÍA

La terapia sexual es una forma especializada de psicoterapia. La esencia del enfoque sexoterapéutico es la integración. La integración implica el uso tanto de los recursos médicos (esencialmente la farmacoterapia) como la psicoterapia. La psicoterapia integra enfoques cognitivo-conductuales y psicodinámicos.

El sexólogo clínico (o terapeuta sexual) en función de su formación de base, médico o psicólogo, y de su formación especializada en sexología, utiliza más o menos ampliamente el conjunto de recursos disponibles. Hay que considerar que los psicólogos-sexólogos, por ley, no tienen acceso a recursos farmacológicos ni quirúrgicos, inherentes a una formación médica. Por otro lado, los médicos-sexólogos, en muchas ocasiones, carecen de una formación amplia

en psicoterapia por lo que podría resultar ineficaz su intervención en DE cuando obedece a causas psicológicas más profundas.

La terapia sexual de la disfunción eréctil se resume en:

- **Intervención psicológica con el paciente.** Abordando factores predisponentes, precipitantes y mantenedores a través de la reestructuración cognitiva, de la terapia de insight, y de otras modalidades de intervención según la orientación clínica del terapeuta.
- **Intervención en la relación de pareja (si se precisa).** Abordando problemas de relación, mejora de la comunicación, conflicto de roles, etc.
- **Intervención con la pareja (si se precisa).** Vivencia subjetiva del problema, grado de implicación, mecanismos saboteadores, etc.

Las prescripciones de tareas a realizar sólo con la pareja constituyen un recurso inherente a la terapia sexual. En cuanto a la DE, los ejercicios realizados en la intimidad (el paciente sólo o con su pareja) van encaminados, siguiendo las premisas de la desensibilización sistemática en vivo, a facilitarles el acercamiento al estímulo ansiógeno en las condiciones más favorables y con el menor grado de angustia. Los ejercicios sugeridos siempre deben ser específicos para cada paciente, de forma que le supongan una mejora en su desempeño sexual y en su bienestar psicosexual.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DEL CASO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL

¿Cuándo deberían derivarse a sexología los pacientes con disfunción eréctil?

1. Cuando el profesional (no-terapeuta sexual) percibe que hay conflicto psicológico y/o de pareja como componente único o con un peso relevante en la etiología de la DE.
2. Cuando habiendo abordado los componentes orgánicos que subyacen en la falta de erección, el problema de la DE no mejora. Esta es la vía de derivación por parte de médicos generales y especialistas.

Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil

Documentos de especialidades:

Sexología

3. Cuando habiendo abordado los componentes psicológicos y/o psicopatológicos presentes en ese hombre que presenta una DE, el problema de la DE no mejora. Ésta es la vía de derivación por parte de psicólogos y psiquiatras que no son sexólogos.

Los sexólogos, ¿cuándo, y a quién, derivamos los pacientes con disfunción eréctil?

Puesto que el conjunto de los sexólogos es diverso en cuanto a su curriculum de formación de base (médicos y/o psicólogos), la derivación se produce en relación con estas diferencias.

Derivación al urólogo/andrólogo experto en disfunción eréctil

En el caso de los psicólogos-sexólogos

Es sustancial conocer el origen orgánico del problema para derivar al especialista competente. En muchos de estos casos es muy recomendable trabajar en colaboración para abordar el apoyo sexológico necesario para paliar el malestar suscitado. ¿Cuándo se plantea la derivación?

- Cuando no puede descartarse la contribución de algún factor orgánico a la DE y no se detectan causas psicológicas y/o relacionales.
- Cuando iniciado el tratamiento, no se obtiene la respuesta esperada y no se atribuye a resistencias en el proceso.
- Cuando se requiere el uso de fármacos como instrumento diagnóstico de la DE.
- Cuando se requiere el uso de fármacos para el tratamiento.
- Cuando se requiere el uso de cirugía (prótesis) para el tratamiento.

Debe considerarse que, en muchos casos, el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico, aunque es eficaz en conseguir la erección, no resuelve el “problema de la DE” del paciente o la pareja, por lo que deben coexistir el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico y el sexológico para resolver el problema.

En el caso de los médicos-sexólogos

En función de la especialización médica de base, como criterio general, se deriva al urólogo-andrólogo experto en DE para que directamente:

- Profundice en la evaluación diagnóstica de los casos que lo requieran, realizando o bien coordinando, la puesta en marcha de técnicas diagnósticas muy diversas, tales como: Test de drogas vasoactivas intracavernosas, Eco-Doppler, registro de erección nocturna, cavernosometría-cavernosografía, potenciales evocados somatosensitivos, electromiografía, biotesiometría peneana, arteriografía de pudenda interna, etc.
- Aplique o coordine a otros especialistas en la utilización de recursos terapéuticos tales como estimulador de raíces sacras, prótesis de pene, etc.

Derivación a otros especialistas

En el caso de los psicólogos-sexólogos

- Cuando se requiere el uso de psicofármacos, en casos en los que la DE se acompaña de estados depresivos, ansiedad, etc.

Es esencial considerar que la derivación no supone el abandono del paciente sino la colaboración entre profesionales para conjuntamente realizar la intervención más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrás Valls, J. J. La disfunción eréctil desde la sexología. En A. Allona Almagro (coordinador): Asistencia integral en la disfunción eréctil. Saned, Madrid, 2001.
2. Borrás Valls, J. J. y Pérez Conchillo, M. Formación de especialistas en sexología. Información Psicológica 1999;69:50-54.
3. DOGV Núm. 494, 26/12/1986 p. 5385 Artículo tercero del DECRETO 149/1986, de 24 de noviembre de 1986, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad en la Comunidad Valenciana. (3067) .
4. DOGV Núm. 570, 21/04/1987 p.1891Artículo segundo, ORDEN de 31 de Marzo de 1987, de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que se regulan los centros de Planificación Familiar de la Comunidad Valenciana (87/0934).
5. Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS). Sexología. Código deontológico. 2ª ed. Valencia, 1996.
6. Hawton, K. Terapia sexual. Doyma, Barcelona, 1988.
7. Kaplan, H.S. Evaluación de los trastornos sexuales. Aspectos médicos y psicológicos. Grijalbo, Barcelona, 1985.
8. Pan American Health Organization (PAHO)–World Health Organization (WHO). Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation. Antigua Guatemala. Guatemala, 2000.