# Disfunción sexual: consideraciones sobre asesoramiento psicopedagógico

José Jara Rascón[a], Enrique Lledó García[a], Esmeralda Alonso Sandoica[b], Gabriel Ogaya Pinies[a] y Carlos Hernández Fernández[a]

[a]*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*
[b]*Centro de Salud García Noblejas. Área 4. Madrid. España.*

## RESUMEN

El abordaje de la disfunción sexual no puede seguir siendo enfocado con un carácter exclusivamente mecanicista basado en la respuesta o no de agentes farmacológicos o de posibilidades de actuación quirúrgica. Aunque se ha demostrado que muchas de las consultas por disfunción eréctil o de alteraciones de la eyaculación obedecen a causas orgánicas, el estrés ocasionado por la propia disfunción unido a la falta de deseo, especialmente con relación al nivel de interés de la pareja, son factores que también se deben evaluar y sobre los que es imprescindible actuar de modo conjunto.

Frente a la solución de compromiso de ofertar a los pacientes que acuden a consultas de urología o de atención primaria una derivación a otro especialista en psicología, fragmentando así la asistencia, el presente artículo propone un abordaje integrador en el que, además de los aspectos somáticos y de posible daño endotelial o neurológico del paciente, se investiguen, de modo sencillo pero clarificador, aspectos de tipo psicológico o factores emocionales no siempre tenidos en cuenta, como el rol del espectador, las actitudes de evocación negativa o la ansiedad anticipatoria, que pueden estar contribuyendo a perpetuar una situación de permanente insatisfacción en las relaciones sexuales.

Asimismo, la presente revisión enfatiza el hecho de trabajar con las parejas. Actualmente, la capacidad de la mujer para expresar sus necesidades y su repercusión en los hombres es un hecho innegable, que no puede ser obviado si se quiere conseguir un adecuado enfoque clínico de estos problemas, ya que las disfunciones sexuales afectarán, más pronto o más tarde, a los dos miembros de la pareja interaccionando entre ambos y perpetuando las dificultades de relación existentes.

**Palabras clave:** Disfunción sexual. Asesoramiento. Terapia sexual.

## ABSTRACT

**Sexual dysfunction: considerations on psychological counseling**

The approach to sexual dysfunction should not focus exclusively on either pharmacological response or the possibilities of surgery. Although most sexual disorders have been demonstrated to have organic causes, the stress caused by the dysfunction, linked to the lack of desire, especially that related to the partner's loss of interest, must be also evaluated. Treating these factors together is essential.

Many patients attending urology or primary care consultations are offered an extra consultation with a psychologist, thus fragmenting healthcare. The present article proposes a comprehensive approach. In this approach, in addition to somatic features and possible endothelial or neurological damage, psychological and emotional factors that can tend to be overlooked, such as the spectator role, negative memory or anticipation anxiety, are also evaluated simply and clearly as these factors may contribute to maintaining a situation of permanent dissatisfaction with sexual relations.

The present review also emphasizes the need to work with both partners in a couple. Currently, women's ability to express their needs and the effects of dysfunction on men are undeniable and cannot be ignored if an appropriate clinical approach to these problems is to be provided. Indeed, sooner or later sexual dysfunction will affect both members of the couple, interacting between them and perpetuating the existing difficulties in the relationship.

**Key words:** Sexual dysfunction. Counseling. Sexual therapy.

**Correspondencia:** Dr. J. Jara Rascón.
Servicio de Urología. Hospital Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: josejara28@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Los factores psicológicos y emocionales tienen un impacto obvio sobre el funcionamiento sexual. Aunque es difícil distinguir qué disfunciones sexuales tienen una etiología exclusivamente psicógena, diferentes autores[1,2] han cifrado en un 20-30% las disfunciones eréctiles de origen exclusivamente psíquico, aunque el componente psicológico podría estar presente hasta en un 66% de pérdidas de potencia sexual consideradas de origen mixto[2]. La falta de autoestima, el aumento de las necesidades unido al envejecimiento y, en ocasiones, incluso el cambio de papeles dentro de la familia, al ser la mujer más joven o menos dependiente respecto del varón, a menudo modifican la percepción que cada persona tiene de sí misma y de su sexualidad. De hecho, con el paso de los años no es infrecuente que aparezcan la depresión, la ansiedad y los cambios de humor secundarios a cambios hormonales de tipo fisiológico. Estos factores pueden afectar al deseo y al funcionamiento sexual del paciente y de su pareja. Por el contrario, mejoras en la capacidad eréctil se han visto acompañadas de efectos beneficiosos psicosociales[3]. En cambio, también es posible que las parejas sexuales se sientan incómodas ante los cambios físicos producidos en el varón. Los sentimientos de pérdida, de culpabilidad, el resentimiento o incluso el miedo a que seguir manteniendo relaciones sexuales pueda ser perjudicial a partir de ciertas edades, desencadenando problemas coronarios o cardiovasculares, no son infrecuentes y dificultan el ajuste de los tratamientos disponibles. Por otro lado, se puede malinterpretar la reducción de la capacidad de iniciar una relación sexual como disminución del interés. Por todo ello, la comunicación parece un aspecto clave para superar este tipo de dificultades.

Sin embargo, una de las barreras más frecuentes que impiden un asesoramiento sobre la sexualidad es la creencia, por parte del personal sanitario, de que no se tienen los conocimientos teóricos necesarios para proporcionar información precisa sobre sexualidad. Esta apreciación subjetiva puede ser absolutamente realista pero fácilmente solucionable, ya que hay abundante literatura científica al respecto, totalmente accesible, por lo que esta excusa no debería ser utilizada por más tiempo como motivo para no atender a estos pacientes. En segundo lugar, la incomodidad a la hora de tratar temas de índole sexual aducida por algunos profesionales puede ser otra barrera que impida abordar este tipo de cuestiones. Si ése es el caso, se debería indagar a nivel personal cuál puede ser la causa para ello ya que, en definitiva, estamos hablando de un problema más de salud. Los pacientes suelen notar cuándo un médico se siente incómodo o no está acostumbrado a tratar estos temas, y pueden reaccionar rehuyendo también el diálogo o reteniendo información importante. Por tanto, si no se puede controlar esa sensación de incomodidad, lo más ético sería remitir a los pacientes que lo deseen a otro profesional capacitado para proporcionar asesoramiento sobre sexualidad, evitando minimizar el problema o la broma fácil que, finalmente, suele conducir al abandono o la denegación de asistencia. Por último, también se puede estar simplemente inseguro sobre la metodología a seguir para que las cuestiones de sexualidad puedan ser enfocadas de forma que encajen como una parte más de la evaluación asistencial. Como posible solución, autores como Lefebvre[4] ofrecen diversas sugerencias, denominadas "afirmaciones puente", que pueden servir para introducir el tema. Una de ellas sería utilizar expresiones como "algunas personas en situación similar a la suya experimentan problemas en el funcionamiento sexual. ¿Ha tenido usted alguna dificultad de este tipo recientemente?". Preguntas formuladas de esta manera indican a los pacientes que pueden comentar libremente cuestiones de índole sexual. También se puede dejar abierta la posibilidad de iniciar el diálogo sobre este tema en otra ocasión si el paciente así lo expresa.

En definitiva, la necesidad no sólo de mostrar receptividad ante un posible problema de disfunción sexual, sino de incluir un abordaje psicopedagógico, y no sólo psicológico, sobre este tipo de problemas parece hoy en día inexcusable. Anteriormente se asumía que las actitudes de simple consejo *(advice)* podían ser suficientes en la práctica asistencial, pero actualmente se postula, como un enfoque de mayor calidad, el de las actitudes de asesoramiento *(counseling)*, en las que la implicación de los profesionales sea mayor. Con esta última denominación se quiere indicar el proceso de informar, modificar conductas inapropiadas y reforzar las conductas deseadas monitorizando el progreso a largo plazo[5], intentando favorecer así la resolución de un problema que requiere una intervención más activa que la del simple consejo en una consulta.

En el presente artículo se proporcionan sugerencias para encauzar la comunicación de modo claro y directo con los pacientes sobre cuestiones de carácter sexual después de identificar posibles factores psicológicos coadyuvantes al desarrollo de su situación. La mayor o menor implicación en asegurar el seguimiento de las conductas propuestas para asegurar su efectividad queda supeditado, como es lógico, a la decisión y posibilidades de cada profesional.

## DISFUNCIONES

La disfunción sexual no es un concepto estático. En toda alteración de este estilo pueden intervenir factores predisponentes, factores precipitantes y factores mantenedores[6]. Aunque algunos autores clasifican las disfunciones sexuales como primarias, sin causa conocida, o secundarias, de tipo adquirido, parece más interesante, para buscar posibles orientaciones terapéuticas, el abordaje de esta patología basándose en la fase del ciclo de respuesta sexual que se considere más afectado: deseo, excitación, orgasmo o resolución (tabla 1). No se debería ser excesivamente rígido en esta apreciación ya que, en no pocos casos, pueden encontrarse alteraciones en las que la disfunción es, en realidad, mixta al interconectarse varios de los factores involucrados en cada una de las fases de la respuesta sexual. Por otra parte, no es infrecuente que aun funcionando bien los 3 primeros aspectos enumerados, en la última fase, denominada de resolución, sean los sentimientos subjetivos los responsables de que la experiencia global se considere decepcionante o negativa, al entrar en juego valoraciones individuales de culpa o de sentirse instrumentalizado como un objeto, lo que merecerá un enfoque distinto.

## DISFUNCIÓN DEL DESEO

Los hombres con poco interés en el sexo tienen pocos pensamientos sexuales y pocas fantasías de ese tipo. Rara vez inician la actividad sexual y suelen resistirse a las insinuaciones de su pareja. Encuentran pocos estímulos excitantes y experimentan poca frustración respecto a su falta de interés, al menos hasta que la pareja insista en el tema[7]. Los factores de salud, entre ellos medicaciones de tipo psicotropo, pueden también influir negativamente en el desarrollo del deseo sexual. La falta de entendimiento conyugal puede dar lugar similarmente a discrepancias de deseo entre los miembros de la pareja, tanto si estas discrepancias se verbalizan, lo que permitirá posibles reajustes entre ambos, como si no se verbalizan, lo que suele ser reflejo de una relación más deteriorada. En este último caso, la situación puede agravarse, requiriendo de modo más claro la intervención de una ayuda externa para poder solucionar los conflictos. Éstos, de modo latente, pueden estar condicionando el desinterés sexual, "como la pescadilla que se muerde la cola" –siguiendo un símil gastronómico–, probablemente como resultado de la falta de sintonía entre ambos miembros de la pareja.

De hecho, una de las expresiones de desafecto de un hombre por una mujer no raramente es la falta de interés sexual. De este modo no verbalizado se está expresando la infravaloración que siente hacia ella. Por el contrario, no siempre la falta de deseo en mantener relaciones sexuales debe entenderse como el resultado de problemas afectivos. Cuando los hombres, interrogados expresamente sobre su actividad coital, refieren disminución del deseo, habrá que determinar si ello supone para el sujeto individual algún tipo de prioridad. Algunos hombres, absorbidos por otras actividades, no están interesados en el sexo ni con su pareja actual ni con cualquier otra pareja hipotética. En estos casos, el personal sanitario no debería crear un problema donde no lo hay, ya que el déficit de la actividad sexual sólo debe ser entendido como patología si repercute de alguna manera en la percepción de calidad de vida de la persona que lo presenta.

**TABLA 1. Evaluación de la fase del ciclo de respuesta sexual afectada**

| **Fases de la respuesta fisiológica sexual** |
|---|
| Deseo |
| Excitación/incapacidad para la erección |
| Orgasmo/eyaculación |
| Resolución/autoevaluación de sentimientos |

## DISFUNCIÓN DE LA EXCITACIÓN

En la etapa de la juventud o durante la primera parte de la vida adulta, la excitación sexual, demostrada mediante la aparición de la erección, se alcanza fácil y rápidamente aun con una estimulación mínima. En cambio, con el paso de los años y el envejecimiento progresivo, de modo cada vez más frecuente el contacto físico se va convirtiendo en un nexo necesario entre el deseo y la erección. Se suele decir que es una constante que cuanto mayor es la edad de un hombre, mayor es la necesidad de estimulación. Como la erección es un fenómeno intrínsecamente vascular, todo aquello que disminuya el flujo sanguíneo peneano puede afectar negativamente a la aparición fisiológica de la erección. En la madurez, quizás las erecciones sean de menor duración o de intensidad alternante. Si, en esta fase, la pareja se muestra hiperdemandante o el varón, en vez de buscar asistencia médica, empieza a desarrollar sentimientos de pérdida de autoestima, la recuperación se hará más dificultosa y, posiblemente, sea preciso reparar no sólo el daño endotelial sino también el afectivo-emocional.

Dicho de un modo sencillo, la disfunción en la fase de excitación comporta la imposibilidad de obtener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual deseada. Aunque esta imposibilidad puede ser

temporal y en sí sea intrascendente, las reacciones emocionales desarrolladas frente a dicha dificultad temporal pueden originar una disfunción eréctil perpetuada.

## DISFUNCIÓN DEL ORGASMO

El orgasmo es un fenómeno neurofisiológico, de carácter placentero, que suele acompañar y coincidir habitualmente con la eyaculación en el varón. Se pueden encontrar situaciones de orgasmo sin eyaculación cuando sin tener lugar la expulsión espermática se consigue llegar a una situación de clímax durante una relación sexual, siendo un buen ejemplo de esto las sensaciones relatadas por algunos pacientes a los que se ha realizado una prostatectomía radical[8]. En general, en el ser humano el papel de los estímulos visuales y evocativos, el recuerdo del placer vivido que tienen una generación cortical, así como la predeterminación de la realización de un objetivo sexual (corteza frontal y prefrontal), parecen ser parte de los factores involucrados en la puesta en marcha de este complejo proceso psicosomático. El orgasmo, por tanto, parece un fenómeno complejo que incluye cambios en los genitales externos, el tono muscular esfinteriano, la activación de movimientos de contracción involuntaria en el suelo pélvico, cambios cardiocirculatorios y respiratorios. Subjetivamente, se ha descrito como ondas de placer, centradas en el área genital[9,10].

Aunque la eyaculación precoz se ha encuadrado dentro de las disfunciones orgásmicas, la disociación más acentuada entre erección y sensación de placer corresponde a la anorgasmia, que suele ir unida a la ausencia de eyaculación. Los hombres que sufren esta disfunción suelen proporcionar a la pareja una estimulación coital adecuada, tal vez válida para múltiples orgasmos femeninos, pero son incapaces de alcanzar el propio clímax durante el coito. Como explicación se ha postulado que en cuanto un hombre está inquieto por su erección, puede disociarse de su sensación corporal. El hecho de observarse a sí mismo lo sitúa en la posición de un espectador en vez de ser el protagonista de la acción sexual y el estrés que le genera su inseguridad podría ser el responsable de la ausencia de liberación de endorfinas desde el área límbica. Masters y Johnson[11] lo describen como "el rol del espectador". En este contexto, el varón al centrar su atención en lo que debería pasar o lo que no está pasando, se convierte en incapaz de concentrarse en los estímulos placenteros que está recibiendo.

Por otra parte, diversos fármacos, además de enfermedades como la diabetes o la esclerosis múltiple, pueden ser también causa de la pérdida de la eyaculación. Concretamente, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que son utilizados como antidepresivos, incluyendo en este grupo la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina u otros antidepresivos como la clomipramina pueden estar involucrados en la aparición de alteraciones de eyaculación. Este hecho, como expresión del envejecimiento, puede acompañar a la disfunción eréctil y, secundariamente, afectar también la relación de pareja debiendo explicarse a las mujeres de estos hombres ya en la etapa de senectud, que ello no implica una disminución en el afecto mutuo sino una manifestación más del declive fisiológico que puede aparecer con la edad.

## DISFUNCIÓN DE LA FASE DE RESOLUCIÓN

Los factores de contribución en gran parte de la impotencia de origen psicológico se encuentran en las vulnerabilidades de la personalidad del hombre, como la pasividad, el pesimismo, el perfeccionismo, la hostilidad o la aprensión al rechazo. No obstante, el factor precipitante de la impotencia de aparición reciente con frecuencia son las dudas que tiene el hombre después de haber experimentado una dificultad temporal. Los hombres adaptables y con parejas tranquilizadoras pueden aceptar el fracaso ocasional. Los hombres y las parejas que reaccionan con una postura de rechazo absoluto alientan la perpetuación del fracaso.

A otro nivel, el hombre que entiende la relación sexual como un deber de obligado cumplimiento para con su cónyuge, o piensa que su pareja se lo exige a destiempo y no se siente capaz de cumplir será psicológicamente vulnerable al desarrollo de una disfunción sexual. En estos casos, el placer que normalmente proporciona la relación sexual se sustituye por un sentimiento de ansiedad referido a si el pene estará lo suficientemente rígido para la penetración o si la erección durará lo suficiente, y estos pensamientos serán la preocupación primordial que mantendrá la mente ocupada durante la relación. Además, cuanto mayor sea la edad del varón es esperable que su capacidad de concentración sea menor. Por eso, posiblemente este tipo de valoraciones negativas o de preocupaciones pueden ser más lesivas aun en hombres de mayor edad en los que, además, la autoestima se ve lesionada por factores coadyuvantes con mayor facilidad. Goleman[12] menciona el término "secuestro de la mente" para referirse a la influencia de experiencias anteriores sobre la actividad presente. Según este autor, las mentes secuestradas registran la memoria en busca de experiencias similares que tuvieron consecuencias negativas en el pasado, lo que refuerza los sentimientos y la conducta de lucha o huida. Este hecho, aplicado a la esfe-

ra sexual, explicaría la puesta en marcha de mecanismos de represión emocional que pueden ser muy difíciles de identificar por la pareja o el médico consultado.

En cambio, en el caso de ciertas neurosis sexuales, la búsqueda de la felicidad, inherente a todo ser humano, se desvía de modo compulsivo hacia una búsqueda directa del placer. De este modo, según Viktor Frankl[13], en lugar de que el placer sea un efecto del encuentro afectivo con otra persona, se convierte en el objetivo primordial de una intención forzada. Así, según este autor, el placer se convierte en el único cometido y objeto de la atención. En la medida en que la persona neurótica se preocupa por el placer, pierde de vista el fundamento de éste y el efecto placentero ya no puede tener lugar. Se podría decir que cuanto más se preocupa por el placer, más lo pierde. De hecho, en el paciente obsesionado por el placer sexual se pierde la oportunidad de encontrarse con otro ser humano y amarlo. Sin embargo, puesto que estamos hablando de una relación interpersonal, ambos hechos, realización y encuentro, son los que precisamente podrían dar al hombre un consistente fundamento de felicidad y placer.

## EVALUACIÓN INICIAL

Puesto que las dificultades en la relación sexual son frecuentes en personas que padecen diabetes, cardiopatías, arteriosclerosis periférica, alteraciones tiroideas, esclerosis múltiple, enfermedades neurológicas o alcoholismo crónico, entre otras patologías, debería ser importante para todos los especialistas, así como para los médicos de atención primaria, saber detectar la existencia de este problema y calibrar su impacto en la calidad de vida subjetiva de cada paciente. En un estudio realizado a supervivientes de accidentes cerebrovasculares, se indagó si se les había ofrecido asesoramiento sobre cuestiones de índole sexual, encontrándose que sólo 1 de las 51 personas encuestadas respondió afirmativamente[14]. Este dato, junto con otros estudios con resultados similares realizados con enfermos de diabetes[15] o con pacientes con esclerosis múltiple[16], ponen de manifiesto la dificultad que, al parecer, muchos médicos encuentran para empezar a comentar cuestiones que se consideran tan personales e íntimas que pueden dificultar un asesoramiento abierto y efectivo.

En estos casos, además de apoyar la entrevista clínica con las "afirmaciones puente" ya comentadas, se puede desarrollar un abordaje inicial estandarizado para situar de modo completo el contexto de la vida sexual del paciente (tabla 2). Dicho abordaje debería incluir una valoración total de cualquier preocupación de tipo sexual, antecedentes médicos (incluidas las medicaciones que puedan contribuir al daño de la función sexual), antecedentes psiquiátricos (p. ej., crisis de depresión o ansiedad), consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas o adictivas, información sobre el tipo de relaciones que se mantienen (pareja estable, intercambios sexuales múltiples, frecuencia de las relaciones: continuadas o esporádicas), antecedentes de haber sufrido posibles abusos sexuales, información sexual, experiencias frustrantes y, en general, cualquier factor estresante psicosocial (p. ej., divorcio, pérdida de pareja con duelo no resuelto, malos tratos sufridos en una anterior relación) que, en opinión del médico consultado, puedan afectar el funcionamiento sexual.

**TABLA 2. Factores precipitantes o coadyuvantes de la disfunción sexual**

| |
|---|
| *Sobre el deseo* |
| Fármacos psicotropos, hormonales |
| Conflictos de pareja |
| Causas de desmotivación |
| *Sobre la excitación* |
| Patologías orgánicas condicionantes de disfunción eréctil |
| Inculpación por parte de la pareja |
| Fármacos antihipertensivos |
| Hábitos tóxicos (tabaquismo, adicciones) |
| *Sobre el orgasmo/eyaculación* |
| Rol del espectador |
| Patologías orgánicas condicionantes de alteraciones de la eyaculación |
| Fármacos psicotropos, bloqueadores alfa |
| *Sobre la fase de resolución* |
| Actitudes de evocación negativa |
| Desvinculación afectiva interpersonal |
| Sentimientos de frustración |

Simplificando lo mencionado, Hartmann[17] condensa las causas de disfunción eréctil de posible origen psicógeno en 3 categorías: factores inmediatos (posible "ansiedad de ejecución"), acontecimientos vitales traumáticos recientes y antecedentes de traumas sexuales lejanos vividos en la infancia o adolescencia. Por "ansiedad de ejecución" se entiende la angustia al fracaso ocasionada por una autoimpuesta obligación de rendimiento sexual o la exigencia de la pareja de alcanzar diversos "estándares de calidad" durante la relación basándose en ideas prefijadas, como alcanzar el orgasmo simultáneamente entre ambos miembros de la pareja, mantener la erección durante un tiempo previsto y definido, o ser capaz de reanudar la actividad coital en un tiempo excesivamente breve después de una eyaculación. Estas exigencias llevarán al sujeto a la autoobservación, provocando ansiedad y, en cier-

tos casos, facilitando una tendencia a la evitación del acto sexual.

Se ha mencionado que, con frecuencia, los profesionales de la salud evitan preguntar sobre aspectos que consideran demasiado personales porque temen incomodar al paciente[18]. Sin embargo, puede que en el fondo sea el propio profesional el que se siente incómodo y proyecte su incomodidad sobre los pacientes a su cargo, evitando así temas que considera difíciles o embarazosos. La realidad es que obtener información detallada acerca de los diferentes aspectos de la vida de un paciente debería permitir al médico desarrollar un cuadro más completo de cómo influye su enfermedad en su estilo de vida y valorar más adecuadamente la necesidad o no de las diferentes alternativas de tratamiento disponibles.

Como directrices prácticas para proporcionar un asesoramiento inicial sobre sexualidad, Annon[19] propuso el denominado modelo PLISSIT, que se desarrolla a través de 4 etapas básicas: permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva. En esta esquemática propuesta, el primer paso sería validar las preocupaciones del paciente sobre el tema. De este modo se estaría dando al paciente el "permiso" para manifestar con franqueza sus inquietudes sentando una base de confianza para abordar el tema sexual si así lo desea. En una segunda fase se pasaría a proporcionar información objetiva, desmitificando ideas preconcebidas de carácter erróneo sobre la actividad sexual. Así, los pacientes pueden procesar la información e incorporarla a su vida, de forma que a cada uno le resulte compatible con sus creencias familiares o valores morales. Esta información puede ser proporcionada verbalmente o utilizando ayudas de folletos o material escrito que pueda ser consultado cuando el paciente lo desee. Al dar información es importante no dar por sentado que el paciente ya comprende algunos hechos, su situación basal o el impacto de su enfermedad sobre el funcionamiento sexual. Más bien se hace necesario evaluar la capacidad mental o el estatus sociocultural del que se parte para dar de modo correcto la información que cada paciente de modo previsible pueda asimilar.

En cuanto a las "sugerencias específicas", siguiendo con el modelo de asesoramiento propuesto, se postula que éstas deben ser detalladas e incluir tanto posibilidades de actuación farmacológica como la orientación psicológica o posibles recomendaciones de cambios de estilo de vida, favoreciendo la adquisición de hábitos de conducta saludable, física y mentalmente. Es útil que, siempre que resulte posible, la pareja también participe en la conversación para llegar a comprender mejor las expectativas tanto del paciente como de la propia pareja, favoreciendo así dar un mensaje apropiado e inteligible para ambos, que sea asumible por las 2 partes, ya que la actividad sexual suele ser fundamentalmente interrelacional.

Por último, la posibilidad de terapia intensiva, en el tipo de asesoramiento de Annon, estaría indicada en pacientes cuyo estado sexual no sea posible aliviar con información básica ni con sugerencias específicas. Dentro de este apartado de pacientes, si se determina que la dificultad sexual se debe sobre todo a factores psicológicos, de carácter emocional o a una neurosis sexual, se debería enviar al paciente a un profesional capacitado para proporcionar psicoterapia específica. Algunos casos requerirán un abordaje en el que varios especialistas deban aportar su competencia profesional de modo conjunto para proporcionar un abordaje multidisciplinar que permita a estos pacientes salir de su disfunción sexual.

## ENFOQUES DE ASESORAMIENTO SEXUAL

El asesoramiento psicopedagógico sexual difiere de la terapia sexual. El enfoque de estos problemas abordado desde el asesoramiento ofrece a las parejas que pueden cooperar la información, la orientación y el seguimiento que necesitan. La terapia, en cambio, parte de postulados distintos, implica asistencia para parejas que no son capaces de cambiar sin una intervención terapéutica especializada. Los terapeutas trabajan con parejas que dicen que quieren cambiar pero que se resisten al cambio o plantean dificultades al trabajar con ellas por otros motivos. En esos casos, en una primera fase, la relajación es una clave muy importante en la preparación del estado de ánimo para la actividad sexual. Gran parte del tiempo de algunas consultas programadas sobre este tema se debe dedicar a tratar las maneras en que las parejas pueden potenciar la intimidad, incluso algo tan básico como aumentar la cortesía en algunos casos debe ser enseñado, simultáneamente al aprendizaje de relajarse juntos.

La mayoría de los casos, en cambio, sólo necesitan orientación psicopedagógica formal de pareja, y únicamente deberían ser remitidos a un orientador familiar cuando los problemas de relación exceden los objetivos y las posibilidades de la práctica médica. De hecho, la mayor parte de las parejas que consultan sólo necesitan alguien especializado que se preocupe por su salud sexual. Los urólogos con dedicación preferencial en andrología pueden aprender las nociones elementales de la orientación psicopedagógica sexual (tabla 3). Para ello se debe discernir en primer lugar qué parejas pueden ser atendidas eficazmente en una consulta y cuáles necesitan la atención de un orienta-

**TABLA 3. Enfoque de asesoramiento psicológico sexual**

| Evaluación de problemas detectados | Pautas de orientación pedagógica |
|---|---|
| Incomunicación de pareja | Recuperar el diálogo previamente a iniciar la relación sexual |
| Actitud sexual del "todo o nada" | Terapia de aproximación progresiva |
| Eyaculación precoz | Detener y recomenzar la actividad sexual |
| Ansiedad anticipatoria | Volcar la atención en la pareja y no sobre el proceso sexual |

dor familiar. Algunas deberían empezar por decir lo que sienten, lo que les gusta y lo que no les gusta, perdonarse a sí mismas o pedir perdón. Todo esto, quizás exceda lo que se puede hacer en una consulta, pero será básico si se quiere avanzar en la recuperación del entendimiento y la confianza entre los miembros de la pareja. En algunos casos, que pueden llegar incluso a entrar dentro del concepto de familias disfuncionales, la aceptación de una necesidad de ayuda externa será el obligado primer paso de una posible terapia eficaz.

Una situación diferente es la que se plantea ante el hombre que acude a consulta sin que sea posible que su pareja asista y en la que, a través de la historia clínica, detectamos la actitud de una pareja no colaboradora o no motivada para la actividad sexual. En estos casos puede ser necesario enseñar a nuestros pacientes cómo pueden pedir a su pareja lo que quieren, cómo pueden preguntar cómo, sin exigencias, y cómo pueden saber lo que quieren ellas dentro de los parámetros de lo que es posible. Según Jones[7], los hombres con frecuencia juegan con una gran desventaja en los encuentros sexuales: lo único que saben pedir es "todo". El sexo entonces es visto como una escalera. Si el hombre coloca el pie en el primer peldaño espera llegar arriba del todo todas las veces. Para conseguir que la pareja trabaje con él, debe aprender a pedir ayuda y a estar dispuesto a quedarse en ocasiones a mitad del camino. Esto puede ser molesto, ya que nadie promete que vaya a funcionar perfectamente desde la primera vez, pero puede ser la manera de recomponer una relación deteriorada.

Los hombres con disfunción eréctil psicogénica deben aprender un nuevo concepto. Lo que hicieron en el pasado, lo que hicieron con otras parejas o cuando eran más jóvenes ahora puede que no funcione o, al menos, no sistemáticamente. Los conceptos que el urólogo puede enseñar a los hombres incluyen ayudarles a dividir el sexo en fases razonables asumiendo el placer de cada momento y evitando la anticipación. Esto es especialmente válido en los consejos sobre la eyaculación precoz. En la ya clásica obra de Helen Kaplan, *How to Overcome Premature Ejaulation*[20], se hace especial énfasis en la relajación y en la toma de conciencia del hombre del momento en que eyaculará. Se explica así que los hombres con esta alteración deben concentrarse en su sensación hasta lograr un mayor control sobre ella. Las parejas que reaccionan de modo abrupto o se muestran inflexibles ante este problema dificultan mucho más el tratamiento y, en ocasiones, puede que sea necesario remitirlos a un psicoterapeuta especializado en terapia sexual.

En cambio, algunos casos como los que sugieren la existencia de una neurosis sexual precisan un enfoque psicopedagógico distinto. En estas situaciones, la causa de fondo que puede estar haciendo fracasar la relación sexual puede ser la ansiedad anticipatoria. Lo típico y característico de este proceso es la provocación en el paciente de aquello que teme. El miedo al fracaso se convierte en realidad. Por el contrario, según afirma Víktor Frankl[21], la intención excesiva de lograr algo, unida a un miedo exacerbado por no conseguirlo, paraliza la consecución de aquello que se desea. Así, cuanto más se empeña un hombre en demostrar su potencia sexual, o una mujer en su capacidad para sentir un orgasmo, menos posibilidades tienen de éxito. Según este psiquiatra, el placer es un efecto o un producto secundario de la acción sexual y se puede destruir o malograr si se pretende convertir en un fin en sí mismo. Por eso, se aconseja a los pacientes que vuelquen la atención del acto sexual no sobre sí mismos sino sobre su pareja. Así, la intención del acto no debería estar reducida a una autoobservación sino que más bien debe volcarse fuera de sí, sobre la persona con la que se comparte ese momento. Es lo que se ha llamado desarrollo de una "intención paradójica". Este concepto significa que el placer deseado aparecerá, paradójicamente, cuando no se busque de modo directo. Siguiendo con esta misma metodología, se ha propuesto aprovechar la capacidad específicamente humana de distanciarse de sí mismo, haciendo que el paciente vea parte de su problema como algo cómico. Esta capacidad es una característica inherente al sentido del humor, y se intenta utilizar como un recurso para que el paciente desdramatice su situación y aprenda a eliminar la angustia que la relación sexual le puede estar produciendo. Por eso se ha dicho que el neurótico que aprende a reírse de sí mismo puede estar en camino de recuperar el control sobre su neurosis.

En definitiva, aunque a través de la terapia sexual se enseña a los pacientes más tensos a relajarse, se ayuda a los más inhibidos a tomar iniciativas y se intenta involucrar a las parejas en el acto sexual, a la larga, sin embargo, el propio paciente deberá centrarse en lo

que se dice a sí mismo para recuperar el sentido del acto sexual, motivar la excitación y reconducir las conductas de cooperación, negándose inútiles autoexigencias. El asesoramiento psicopedagógico adecuado podrá ayudarle a contrarrestar sus conceptos internos negativos o poco realistas y sustituirlos por otros que generen confianza en lugar de ansiedad.

## Bibliografía


1. Arrondo JL. Contribución al estudio de los factores etiopatogénicos en la disfunción eréctil de origen orgánico. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza; 1991.
2. Hanash KA. Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. J Urol. 1997;157:2135-38.
3. Mulhall J, Althof SE, Brock GB, Goldstein I, Jünemann KP, Kirby M. Erectile dysfunction: follow-up of answer to treatment in the clinical practice. J Sex Med. 2007;4:448-64.
4. Lefebvre K. Performing sexual evaluation on the person with disability or illness. En: Sipski ML, Alexander CJ, editors. Sexual function in people with disability and chronic illness. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers; 1997. p. 165-73.
5. Cabezas Peña MC. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. El Médico. 2005;9-12-05:25-44.
6. Cabello F. Aspectos psicológicos de la disfunción eréctil. Rev Int Androl. 2008;6:210-3.
7. Jones WJ. Orientación psicopedagógica para hombres con disfunción sexual. AUA Update Series (ed esp). 1998;23:13-8.
8. Martinez-Salamanca JI, Jara J, Moncada I, García-Burgos J, Hernández C. Orgasmo y su impacto en la calidad de vida después de prostatectomía radical. Actas Urol Esp. 2004;28:756-60.
9. Koeman M, Van Driel MF, Schultz WC, Mensink HJ. Orgasm after radical prostatectomy. Br J Urol. 1996;77:861-4.
10. Newman HF, Reiss H, Northup J. Physical basis of emission ejaculation and orgasm in the male. Urology. 1982;19:341-50.
11. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co.; 1970. p. 65.
12. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books; 1995. p. 13.
13. Frankl VE. La psicoterapia al alcance de todos. 7.ª ed. Barcelona: Herder Editorial; 2003. p. 14.
14. Sjogren K. Sexuality alter stroke with hemiplejía, II. Scand J Rehab Med. 1983;15:63-9.
15. Alonso-Sandoica E, Sánchez MD. Impotencia en pacientes diabéticos: detección de prevalencia e implicaciones socio-sanitaria. Aten Primaria. 1997;20:435-9.
16. McCabe MP, McDonald E, Deeks AA, Vowels L, Cobain M. The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. J Sex Res. 1996;33:241-8.
17. Hartmann U. Erectile dysfunction: psycological causes, diagnosis and therapy. Therapeutische Umschau. 1998;55:352-6.
18. Aisen ML, Sanders AS. La disfunción sexual en la enfermedad neurológica: mecanismos de la enfermedad y enfoques de asesoramiento. AUA Update Series (ed esp). 1998;35:35-40.
19. Annon JS. The behavioral treatment of sexual problems. Brief therapy. New York: Harper and Row; 1976. p. 43-119.
20. Kaplan HS. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner & Mazel; 1989.
21. Frankl VE. The pleasure principle and sexual neurosis. Int J Sexology. 1952;5:128-30. Citado en V Frankl. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder Editorial; 2004. p. 144.