

Tratamiento sexológico de la disfunción eréctil

Francisco Cabello Santamaría

Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP). Málaga. España.

RESUMEN

Salvo a quienes no tienen pareja, los problemas sexuales siempre afectan a más de una persona y la respuesta de la pareja va a jugar un papel importantísimo en la evolución del tratamiento, de ahí que toda disfunción sexual, y muy especialmente los trastornos de la erección, se deban evaluar y someter a tratamiento en pareja. Hasta la aparición de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5), la eficacia de la terapia sexual ha sido superior al resto de las intervenciones (fármacos u otros abordajes) en el tratamiento de la disfunción eréctil. Después de la aparición de los IPDE5, no sólo no ha perdido vigencia el tratamiento psicosexológico sino que se ha revaluado y se complementa en aquellos.

La intervención sexológica está conformada por un conjunto de estrategias de carácter psicoterapéutico que se emplean con los siguientes fines: tratamiento de la disfunción eréctil de carácter psicógeno; optimización del tratamiento con fármacos en la disfunción eréctil de origen orgánico; rehabilitación de la respuesta sexual en los casos donde el tratamiento farmacológico no surte efecto, y adaptación y optimización de la respuesta en enfermedades crónicas que imposibilitan la erección.

Las técnicas más usualmente empleadas para el tratamiento de la disfunción eréctil son: modelo de Masters y Jonson; modelo de Kaplan; modelo de Zwang; modelo de Hawton; autoayuda mediante biblioterapia, y otros (terapia de grupo, terapia de biorretroalimentación, terapias de crecimiento erótico, etc.).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), partiendo de la clásica terapia de Masters y Johnson, se han ido modificando algunas estrategias e integrando aspectos de otros autores, hasta desarrollar un modelo propio que consta de 2 niveles: simple y combinado.

En resumen, en el IASP, actualmente, iniciamos el tratamiento de la disfunción eréctil con el modelo de terapia combinada, dejando el modelo simple para los casos que tienen reparos en tomar medicación, disfunciones eréctiles psicógenas de corta evolución y contraindicaciones a los IPDE5.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Tratamiento sexológico. Terapia sexual simple. Terapia sexual combinada.

Correspondencia: Dr. F. Cabello Santamaría.
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.
Alameda Principal, 21, 2.º. 29001 Málaga. España.
Correo electrónico: fcabello@iasexologia.com

ABSTRACT

Sexology therapy in erectile dysfunction

Apart from those who do not have a partner, sexual problems always affect more than one person and the partner's response will play an important role in how treatment progresses, and is why all sexual dysfunctions, and very specially erection disorders, must be assessed and treated as a couple. Until the appearance of phosphodiesterase-5 (PDE-5) inhibitors, sexual therapy had been more effective than the rest of the interventions (drugs and other approaches) in the treatment of erectile dysfunction. After PDE-5 inhibitors became available, psycho-sexological therapy did not lose its validity; on the contrary, it has been re-assessed and complements them.

Sexological intervention consists of a group of psychotherapy strategies which are used for the following purposes: treatment of psychogenic erectile dysfunction; optimising of drug treatment used in organic erectile dysfunction; rehabilitation of the sexual response in those cases where pharmacological treatment has no effect; and adjusting and optimising the response in chronic diseases which make it impossible to have an erection.

The techniques most often employed in the treatment of erectile dysfunction are: Masters and Johnson model; Kaplan model; Zwang model; Hawton model; self-help using bibliotherapy; and others (group therapy, biofeedback therapy, erotic growth therapies, etc.).

The Andalusian Institute of Sexology and Psychology (IASP), starting from the classic Masters and Johnson therapy, has been modifying some strategies and integrating aspects from other authors, until developing its own model, which has two levels: single and combined.

In short, in the IASP we currently begin erectile dysfunction treatment with a combined therapy model, leaving the single model for those cases that have problems in taking medication, recently developed psychogenic erectile dysfunction and contraindications to PDE-5 inhibitors.

Key words: Erectile dysfunction. Sexology treatment. Single sexual therapy. Combined sex therapy.

INTRODUCCIÓN

Salvo a quienes no tienen pareja, los problemas sexuales siempre afectan a más de una persona y la respuesta de la pareja va a jugar un papel importantísimo en la evolución del tratamiento, de ahí que toda disfunción sexual, y muy especialmente los trastornos de la erección, deban en la medida de lo posible evaluarse y someterse a tratamiento en pareja. De hecho, trabajos recientes demuestran que un tercio de los varones con erecciones adecuadas, proporcionadas por terapia farmacológica, no refieren tener relaciones satisfactorias debido a la respuesta de la compañera¹.

Hasta la aparición de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5), la eficacia de la terapia sexual ha sido superior al resto de las intervenciones (fármacos u otros abordajes) en el tratamiento de la disfunción eréctil, según los estudios de diversos autores^{2,3}, incluso cuando se compara con la administración de algunos fármacos⁴. En el caso concreto de la disfunción eréctil secundaria, el número de fracasos terapéuticos es de sólo un 26,2%⁵ y, tal como afirma McConhagy⁶, la terapia sexual es sumamente eficaz, y los fracasos terapéuticos se deben fundamentalmente a la falta de motivación y abandono de la terapia. En la práctica diaria se observa frecuentemente que los pacientes abandonan porque no observan erecciones al comienzo de la terapia.

La intervención sexológica esta conformada por un conjunto de estrategias de carácter psicoterapéutico que se emplean con los siguientes fines:

- Tratamiento de la disfunción eréctil de carácter psicógeno.
- Optimización del tratamiento con fármacos en la disfunción eréctil de origen orgánico.
- Rehabilitación de la respuesta sexual en los casos donde el tratamiento farmacológico no surte efecto.
- Adaptación y optimización de la respuesta en enfermedades crónicas que imposibilitan la erección.

Las técnicas más usualmente empleadas para el tratamiento de la disfunción eréctil son:

- Modelo de Masters y Johnson⁵.
- Modelo de Kaplan⁷.
- Modelo de Zwing⁸.
- Modelo de Hawton³.
- Autoayuda mediante biblioterapia.
- Otros (terapia de grupo, terapia de retroalimentación, terapias de crecimiento erótico, etc.).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP), partiendo de la clásica terapia de Masters y

Johnson⁵, se han ido modificando algunas estrategias e integrando aspectos de otros autores, hasta desarrollar un modelo propio que consta de 2 niveles: simple y combinado⁹.

Dicho modelo se ha evaluado de forma empírica. De tal forma, en el momento actual se puede afirmar que haciendo uso, en pareja, del modelo simple, el 66,7% de los pacientes supera el problema y si se emplea el modelo combinado la eficacia del tratamiento alcanza el 90%⁹.

MODELO SIMPLE DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SEXOLOGÍA Y PSICOLOGÍA

A continuación se enumeran los pasos que se siguen.

Erotización sensual

Prohibición del coito

Debido a que el paciente con disfunción eréctil generalmente acude a consulta apremiado por la urgencia (ha pasado mucho tiempo evitando hacer frente a la situación) y con altos niveles de ansiedad, es necesario prescribir alguna tarea de inmediato. Así, ya desde la primera sesión, se aconsejan tareas encaminadas a disminuir la ansiedad de ejecución y que permitan retomar un cierto nivel de erotismo. Para ello se prohíbe la realización del coito, tal como establecieron Masters y Johnson⁵, que tiene como finalidad hacer desaparecer la ansiedad a través de la disminución, o ausencia de lo que Beck y Barlow¹⁰ denominaron “demanda de ejecución”. La prohibición del coito facilita que el individuo no esté sometido a la presión del fracaso.

Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos

La mayoría de los terapeutas recomiendan en la primera sesión la “focalización sensorial I” de Masters y Johnson⁵. En el presente modelo la palabra focalización, de difícil retención y significado para algunos pacientes, se ha sustituido por erotización. Dicha erotización sólo se abordará en caso de que el paciente haya acudido a consulta con la pareja y se tenga una idea aproximada de cómo está la relación, ya que cuando la hostilidad es muy fuerte, comenzar desde el principio por este punto suele conducir al fracaso.

Ha de tenerse en cuenta que es difícil hacer responsable de los masajes y caricias a una mujer cuyo marido presenta una disfunción eréctil de larga evolución y la ha evitado durante años, generándole inseguridad y hostilidad, por lo cual es probable que no se encuentre en absoluto motivada para la erotización y exprese toda su hostilidad a través de los ejercicios, boicoteando en cierta medida la terapia.

Se debe remarcar que antes de proceder a realizar la erotización hay que tener la seguridad de que hay un nivel de motivación adecuado por parte de ambos miembros de la pareja, pues si se comienzan los ejercicios y no conducen a buen fin, debido a una escasa colaboración, se habrá desperdiciado una herramienta cuya eficacia no es la misma en segundas vueltas.

Una vez que por la evaluación se sabe de la motivación para realizar las tareas, se inicia la erotización, concretamente el apartado de *revitalización y descubrimiento de mapas eróticos*, consistente en la puesta en práctica de masaje sensitivo, recorriendo y explorando todo el cuerpo.

Por experiencia clínica propia y a diferencia de otros autores, se ha determinado como tiempo idóneo dedicar 15 min al masaje por cada miembro de la pareja. En los casos en que se sospeche que alguno de los 2 va algo forzado, es conveniente reducir el tiempo a 10 min. Hay que tener presente que más vale no llegar que pasarse. Masters y Johnson⁵ decían: “Cinco minutos de recompensa valen mucho más que media hora de sufrimiento”.

En general, comenzará él dándole un masaje a ella, quien se permitirá indicarle la manera que más le gusta y los recorridos que debe seguir, siempre sin tocar los genitales. Una vez transcurridos los 15 min, comenzará ella a darle el masaje a él. A diferencia de la situación anterior donde ella dirigía, en este caso, salvo algún problema que pudiera aparecer, la mujer repartirá el tiempo dedicando 5 min a acariciar cuello y cara, otros 5 al tronco y los últimos 5 a las piernas. Pese a tratarse de un masaje de marcado carácter erótico, se insiste en la idea que él debe relajarse durante el masaje.

Usando la estrategia de la *intención paradójica*, se le pide al paciente que no se excite sino que se relaje, concentrándose en todo momento en el punto en que le tocan. No debe pensar en si tiene o no tiene erección, entre otras cosas porque de tenerla no puede pasar a la penetración, pero hay que recalcar la idea que no es importante que se excite sino que se relaje y se pregunte a sí mismo mientras le van acariciando “¿qué siento donde me tocan?”

En este punto, el autor recomienda el vídeo *Técnicas para superar los problemas sexuales* (M30M Producciones Audiovisuales & Instituto Andaluz de Sexología y Psicología)¹¹ elaborado ex profeso para explicar las distintas formas de tocar y las tareas que tienen que llevar a cabo.

La frecuencia de ejercicios entre sesiones debe ser variable, dependiendo de las características de la pareja, pero de forma general se insiste en que lo mejor es hacer las tareas con la mayor frecuencia posible, estableciendo entre un paso y otro de la terapia un míni-

mo de unas 2 semanas, o el equivalente de haber hecho la erotización al menos 7 veces.

Autoestimulación

Por otro lado, se aconseja al individuo que se autoestímule (es usual en terapia usar el término *autoestimulación*, ya que en nuestra cultura la palabra masturbación suele ir asociada a la culpa por transgresión de normas religiosas).

Como algunas personas son reticentes al sexo en solitario, es necesario argumentar que es un proceso de rehabilitación temporal, en el sentido de favorecer la vascularización del pene y tonificar la musculatura genital. Antes de aconsejar al paciente que se masturbe, se le explica detenidamente el fenómeno de la autoobservación, ya que es común que el paciente con disfunción eréctil se masturbe para comprobar si es capaz de obtener la erección. Con ello, al principio de la evolución, la erección se consigue con normalidad, pero el paso del tiempo va haciendo que disminuya la respuesta y la misma ansiedad movilizadora ante la pareja, se exprese en solitario bloqueando la erección.

Uno de los objetivos de la autoestimulación es mantener al paciente activado y potenciarle el deseo. De hecho, se recomienda la autoestimulación en solitario, con la mayor frecuencia que pueda sin que llegue a suponerle una carga. Al mismo tiempo, se le aconsejan lecturas eróticas y, en casos concretos, se puede permitir la visualización de películas pornográficas (valorar previamente pues en algunos casos sólo sirven para acomplejar al paciente).

En esta fase, se le instruye también para que practique las fantasías eróticas, concentrándose en ello al menos 3 veces al día. A pacientes con dificultades para fantasear se les entrena en la elaboración de fantasías.

Comunicación sexual

Para obtener buenos resultados es imprescindible una comunicación fluida, al menos, en lo relativo a la sexualidad.

Es común en parejas disfuncionales desconocer por completo las preferencias en materia sexual del otro, por eso, ya en esta primera fase de la terapia, se va a recomendar que cada día dediquen un tiempo preestablecido para hablar de sexualidad. Concretamente, el proceso se dividirá en 3 fases:

1. *Expectativas sexuales*. Comentarán la sexualidad ideal de cada uno, previamente en la consulta se les dan unas normas básicas de comunicación (p. ej., un paquete terapéutico a modo del *Minnesota couple communication program*)¹².

2. *Negociación.* En este apartado negociarán las demandas mínimas necesarias para tener una sexualidad satisfactoria por parte de cada miembro de la pareja.

3. *Elaboración de fantasías.* Una vez realizados los pasos anteriores, se recomienda la elaboración de fantasías sexuales conjuntas y, si les apetece, se les recomienda la elaboración de distintos escenarios donde llevar a cabo la práctica de los ejercicios de erotización.

Toda la intervención terapéutica va acompañada de un proceso permanente de educación de la sexualidad y reestructuración cognitiva de las ideas irracionales del paciente y la pareja. Además, en esta fase se hace necesario promover las habilidades de negociación en pareja, para lo cual se manejan las propuestas de L'Abate¹³, ya que si no reina la armonía, difícilmente funcionará la terapia sexual.

Erotización genital

Una vez que la pareja ha superado el paso anterior y el paciente se relaja o bien se excita sin estar excesivamente pendiente de la erección, es recomendable pasar a la siguiente fase, es decir, a la erotización genital, que consta de 2 apartados:

Erotización genital concentrándose en el tacto

La erotización genital incluye acariciar los genitales, pero advirtiendo que las caricias no se harán de forma diferente a como se acaricia el resto del cuerpo y, aunque aparezcan erecciones, se habrá de obviar el coito.

En este apartado se pide al paciente que dedique todavía 5 sesiones concentrándose en el punto en que le tocan. Es importante resaltarle, de nuevo, que cuando su pareja le toque el pene, debe estar centrado en las sensaciones que experimenta, intentando relajarse mientras le acarician. Una vez más se le informa que no se espera que obtenga una erección, sino que el objetivo consiste en encontrarse cómodo mientras su pareja le acaricia.

Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas

Pasadas 5 sesiones de erotización genital concentrándose en el tacto, se solicita al paciente que intente evocar fantasías eróticas. Las fantasías que previamente habrán comentado en pareja y analizado en consulta para escoger la más apropiada.

La finalidad de esta estrategia es generar “distracción cognitiva” en el sentido propuesto por Barlow y Beck¹⁰, para que el paciente no esté pensando durante las caricias “no puedo”, “soy incapaz de erectar”, etc.

En algunas ocasiones, especialmente cuando la pareja del paciente tiene una sexualidad saludable y se

ha sentido abandonada durante todo el tiempo de evolución de la disfunción, se puede permitir, en caso de que ella se excite, que él la estimule hasta llegar al orgasmo. Con esto favorecemos que se sienta premiada y él perciba que es capaz de satisfacer a su pareja.

Curiosamente, cuando esto acontece sin que hubiera pasado con anterioridad a lo largo del proceso, el paciente suele sentirse muy excitado, apreciando la sensualidad de la pareja. A causa de esto, suele ser un momento en el que obtiene erecciones adecuadas para la penetración⁹. Por tanto, se ha de insistir en la necesidad de no proceder al coito bajo ningún concepto.

En las parejas con una sexualidad disfuncional o simplemente con actitudes sexuales negativas, es mejor que ambos realicen las tareas por igual para facilitar la respuesta sexual de ella. Por tanto, deben dedicarse exclusivamente a acariciar sin llegar más lejos.

Erotización orgásmica

A continuación, si el paciente se va sintiendo cómodo, no está evitando los ejercicios y se está incrementando su nivel de deseo, se pasa a la denominada erotización orgásmica. Consta de 3 fases:

Caricias compartidas

Consiste en pedir a la pareja que tras realizar unos 5 min de erotización sensual y genital, es decir, primero caricias por todo el cuerpo y después incluyendo los genitales, inicien un proceso más natural de caricias compartidas con la finalidad de conseguir un cierto nivel de excitación. Sería como reproducir una relación sexual espontánea pero con la prohibición del coito.

Si la excitabilidad es elevada y se alcanza la erección de forma constante, teniendo el paciente ganas de continuar, se debe pedir a ella que estimule los genitales hasta conseguir la erección. Cuando pase un momento con el pene erecto, debe disminuir el estímulo para que la erección se pierda. La finalidad de esta estrategia es acostumar al individuo a afrontar la detumescencia y, al mismo tiempo, apreciar la capacidad de recuperación, facilitando que el paciente no se demoralice cuando el pene entra en declive (similar a la “técnica fastidiosa” de Masters y Johnson⁵).

Autoestimulación delante de la pareja

Si las tareas anteriores han evolucionado de forma adecuada y el paciente recupera la erección fácilmente cuando su pareja retoma las caricias, es el momento de pedirle que él comience a autoestimularse hasta conseguir la erección mientras ella le acaricia cualquier parte del cuerpo.

Una vez conseguida la erección, el paciente debe de parar hasta que la erección desaparezca, entonces comenzará de nuevo repitiendo el proceso en 3 ocasiones. Al cuarto intento, si le apetece, el paciente puede seguir estimulándose hasta alcanzar el orgasmo.

Rozamiento genital. Esta tarea se entremezcla con las anteriores, de forma que a lo largo de los ejercicios, deben dedicar unos minutos, cuando hay erección, al rozamiento de los genitales. Tras autoestimularse, el varón rozará sus genitales contra los labios menores y clítoris de la mujer. A continuación, él adoptará una posición pasiva y será ella, quien cogiendo el pene, lo roce con sus genitales en cabalgada (se advierte que bajo ningún concepto se debe intentar la penetración).

Llegado este momento, se permitirá alcanzar el orgasmo pero sin penetración. Se pretende que el paciente se familiarice con la erección delante de su pareja, acontecimiento que no ocurría anteriormente, sin el miedo de un posible fracaso.

Capacitación para el coito

Tras unas 7 sesiones, cuya eficacia es mayor cuanto más seguidas sean, partiendo de la denominada erotización orgásmica, se debe continuar con la capacitación para el coito, que consta de los siguientes pasos:

Penetración inmóvil con autoestimulación

Al individuo que fácilmente obtiene la erección por caricias de su compañera o autoestimulación, se le pide que, una vez conseguida la erección, su pareja se introduzca el pene en la vagina, estando sentada encima con las rodillas situadas junto al costado, un poco por debajo de los pezones del varón (en cabalgada). Es importante que sea ella, porque tal como referían Masters y Johnson⁵, el paciente inseguro, mientras busca la entrada vaginal, se agobia y pierde la erección. Una vez el pene dentro, el paciente se queda inmóvil hasta que desaparezca la erección. Llegados a este punto, debe comenzar a autoestimularse de nuevo, compartiendo la masturbación con ella y cuando aparezca la erección se procede de nuevo a que ella introduzca el pene en la vagina.

Los ejercicios se finalizan con la masturbación del paciente delante de su pareja, dándole la opción de estimularla a ella hasta el orgasmo, o bien que sea ella quien se estimule a sí misma.

Estrategia del "cartero"

Denominada así porque el autor hace referencia cuando explica la tarea a sus pacientes a una famosa

escena erótica de la película *El cartero siempre llama dos veces*.

Se trata de que el paciente se autoestime hasta alcanzar la erección mientras ella se encuentra en decúbito supino al borde de una superficie alta, por ejemplo una mesa, o bien puede estar al borde de la cama mientras él se apoya con las rodillas en el suelo. En esa situación, él está masturbándose en la cercanía de los genitales de ella. Cuando tiene erección se roza y, sin dejar de frotarse, introduce el pene. Una vez dentro lo retira inmediatamente para seguir autoestimulándose.

Tras varios empujes intravaginales se debe apartar de nuevo y sin tocarse, esperar a que la erección desaparezca para comenzar otra vez. La finalidad, al igual que en la penetración inmóvil, es acostumbrar al individuo a perder la erección sin miedo y así se le hace saber.

Si se ha alcanzado esta fase con éxito el pronóstico es muy favorable, especialmente si en la relación de pareja hay buena armonía.

El entrenamiento debe seguir durante todo 1 mes, para asentar la respuesta. No obstante, en este momento se debe ser más permisivo con los horarios de las tareas, con el fin de dejar más espacio a la espontaneidad.

Coito libre

Transcurrido 1 mes practicando con éxito las tareas anteriores, se recomienda acentuar los ejercicios durante la penetración. Se solicita que durante la penetración inmóvil, aumenten los empujes intravaginales pero a un ritmo lento.

En todo caso, el orgasmo no debe producirse con la penetración, esto quiere decir que cuando el placer sea intenso, próximo a la eyaculación, el pene debe ser retirado para alcanzar el orgasmo con caricias y juegos.

En este punto, parece lógico permitir la realización espontánea del coito una vez conseguida la penetración, pero el número de recaídas es mayor con respecto a seguir con pautas terapéuticas (muy parecidas de hecho a una relación natural) que le quitan al paciente responsabilidad y, por tanto, demanda de ejecución, lo que permite que afiance los hábitos conseguidos.

Salvo pacientes con personalidad obsesiva, fieles cumplidores de las prescripciones, es común que en mitad de esta fase, muchas parejas dejen de respetar las propuestas y de forma natural vayan acoplándose a una relación saludable. A otras, tras 1 mes de realizar estas prácticas, se les da permiso para que procedan a una relación espontánea, pero practicando la penetración inmóvil al menos una vez cada 2 semanas durante 6 meses.

MODELO COMBINADO DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SEXOLOGÍA Y PSICOLOGÍA

Desde la práctica clínica se entiende que en toda disfunción eréctil, independientemente de la causa originaria, como factor mantenedor de la disfunción se va a encontrar un fuerte componente psicológico que puede dificultar el tratamiento.

De la misma manera, se tiene constancia de que cuando la pareja no colabora o no se siente integrada en el proceso terapéutico, la adherencia al tratamiento farmacológico disminuye, siendo frecuentes los abandonos de la medicación. Incluso tratamientos farmacológicos efectivos para la erección, como las inyecciones intracavernosas, son abandonados por el paciente cuando la pareja no colabora^{1,14}. Por tanto, el tratamiento de la disfunción eréctil debe hacerse siempre que sea posible en pareja, lo que favorecerá una respuesta más adecuada además de evitar futuros abandonos, e independientemente de la etiología de la disfunción.

En todo caso, la razón fundamental para la utilización de un tratamiento combinado (fármacos + terapia sexual) parte de la ansiedad de ejecución que experimenta el paciente con disfunción eréctil (miedo al fracaso, etc.), que en ocasiones conlleva una desaparición del deseo, imprescindible para que funcionen los IPDE. Además, la ansiedad aumenta el tono adrenérgico, con lo cual el flujo sanguíneo en el pene decrece.

Según demuestra el modelo de Beck y Barlow¹⁰, uno de los elementos generadores de ansiedad anticipatoria, es el miedo al fracaso, lo que estos autores denominan “demanda de ejecución” por parte de la pareja. Esto significa que cuando aparece una disfunción eréctil, la pareja va a presionar para que el paciente ejecute una respuesta sexual adecuada y esta demanda va a propiciar un mayor nivel de ansiedad. Por tanto, cuando la pareja colabora, disminuye la “demanda de ejecución” (aspecto fundamental sobre el que se interviene en terapia sexual), elemento facilitador de la respuesta sexual y, de ahí, que la terapia sexual en pareja, combinada con IPDE, pueda incrementar la eficacia del fármaco, así como el fármaco puede incrementar la eficacia de la terapia sexual.

En esta línea, varios autores han demostrado que la asociación de psicoterapia con algún fármaco o aparato de vacío, mejora la eficacia global del tratamiento; por eso cada día, más autores están propugnando el empleo de terapias combinadas¹⁵⁻¹⁸.

En el IASP el tratamiento de elección para la disfunción eréctil consiste en el empleo del modelo anteriormente descrito junto con IPDE5.

Erotización sensual

Se llevará a cabo tal como se ha descrito anteriormente en el apartado de “terapia sexual”, es decir, en esta fase no se emplea la medicación.

Erotización genital con fármacos

En esta fase, especialmente en pacientes de larga evolución y también en aquellos con una relación de pareja conflictiva, se añade un IPDE5. Se remarca la prohibición del coito, con el objetivo de familiarizar a la pareja con las erecciones en un proceso de comunicación y erotización. En el transcurso de 2 semanas (3 como máximo), el paciente debe hacer las tareas al menos 7 veces.

Erotización orgásmica con fármacos

Los ejercicios se realizarán de igual manera que en el modelo descrito anteriormente, pero tomando IPDE5. El paciente debe realizar las tareas correspondientes, es decir, caricias compartidas, autoestimulación delante de la pareja y rozamiento genital.

Se le permitirá alcanzar el orgasmo pero sin penetración. Se pretende que el paciente se familiarice con la erección delante de su pareja y tome confianza. Por otro lado, se asume que la anulación de la ansiedad de ejecución, al no tener que enfrentarse al coito, va a facilitar la excitación y, por tanto, la liberación de óxido nítrico y disminución del tono adrenérgico, permitiendo la actuación del IPDE5.

Capacitación para el coito con fármacos

Una vez superados los pasos anteriores se utiliza la penetración inmóvil. En esta situación, se practica intensamente la intención paradójica al pedirle al paciente que se mantenga quieto dentro de la vagina hasta que el pene pierda la erección, para cuando esto ocurra comenzar de nuevo la estimulación. El IPDE5 dificultará la detumescencia y el pene no bajará, y el sujeto experimentará una agradable sensación de control.

A continuación se le pide que se mueva lentamente dentro de la vagina pero no se le permite la eyaculación dentro (así no tiene la percepción de estar en una relación coital habitual que le puede desencadenar el miedo al fracaso). Estas tareas se alternan con el empleo de la “estrategia del cartero”⁹.

Coito libre sin fármacos

Tras 7 sesiones de ejercicios se permite el coito libre. Una vez llegado este punto, se le retira el fármaco tras

explicarle que con el entrenamiento seguido no va a necesitar más medicación.

Durante los 6 primeros meses tras el tratamiento se recomienda que practiquen la capacitación para el coito 2 veces al mes como mínimo.

Esta estrategia persigue que la sistemática seguida tenga un efecto "curativo" definitivo, sin necesidad de tener que seguir usando fármacos para conseguir la erección. Obviamente, en pacientes con lesiones orgánicas, el fármaco va a seguir siendo necesario pero si no se ha seguido este proceso, es probable que las dudas ante la respuesta, la demanda de ejecución y, en suma, el miedo al fracaso dificulten la acción del medicamento. Además la secuencia de ejercicios facilita el proceso de comunicación y un mejor entendimiento en pareja facilitando la adherencia a la medicación⁹.

Recientemente se ha evaluado este modelo de forma empírica y se ha puesto de manifiesto que la terapia combinada ha resultado ser más eficaz que el tratamiento farmacológico y la terapia sexual como estrategias aisladas. Así, el 90% de los pacientes sigue con erecciones adecuadas 1 mes después de haber terminado la intervención terapéutica⁹. Además el nivel de abandonos de los distintos tipos de intervención es mucho menor con la terapia combinada (el 23% de los abandonos corresponden a terapia farmacológica, el 69% a terapia sexual y el 8% a terapia combinada).

La satisfacción de los pacientes ha resultado mayor, con diferencias significativas, para quienes se han sometido a terapia combinada. Se entiende que la seguridad aportada por el fármaco, más el entrenamiento y mejora de las habilidades sensoriales proporcionados por la terapia sexual, son responsables de este resultado. El mismo resultado es aplicable a la frecuencia de relaciones sexuales, que aumenta de forma importante tras la intervención con terapia combinada, dato que refleja de alguna manera la seguridad y el bienestar aportados por ambas intervenciones, aunque la terapia farmacológica también facilita un incremento de la frecuencia sexual.

La evitación, variable considerada de especial relevancia que hace que el paciente busque recursos para no tener que enfrentarse sexualmente a la pareja, disminuye claramente en quienes siguen la terapia combinada.

Aparte de la evitación, la ansiedad ha mejorado con todas las intervenciones, y se han obtenido mejores puntuaciones con la terapia combinada. Es de destacar que la ansiedad genital medida con el SAI-E¹⁹ (Sexual Arousal Inventory Expanded), variable que mejor refleja el miedo al fracaso eréctil, con la terapia combinada mejoró con diferencias significativas respecto al resto de las intervenciones.

En resumen, en el IASP, actualmente, iniciamos el tratamiento de la disfunción eréctil con el modelo de terapia combinada, dejando el modelo simple para los casos que tienen reparos en tomar medicación, disfunciones eréctiles psicógenas de corta evolución y contraindicaciones a los IPDE5.

AGRADECIMIENTO

A Bayer HealthCare. Bayer Schering Pharma. Química Farmacéutica Bayer (Barcelona. España) por su ayuda en este trabajo de revisión.

Bibliografía

1. Pallas J, Levine SB, Althof SE, Risen CB. A study using viagra in a mental health practice. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:41-50.
2. Kockott G, Dittmar F, Nusselt L. Systematic desensitization of erectile impotence: a controlled study. *Arch Sex Beh.* 1975;4:493-500.
3. Hawton K. *Terapia sexual.* Barcelona: Doyma; 1985.
4. Baum N, Randrup E, Junot D, Hass S. Prostaglandin E1 versus sex therapy in the management of psychogenic erectile dysfunction. *Int J Imp Res.* 2000;12:191-4.
5. Masters W, Johnson V. *Incompatibilidad sexual humana.* Buenos Aires: Interamérica; 1970.
6. Mcconhagy N. *Disfunción y desviación sexual.* En: Bellack AS, Versen M, editores. *Manual práctico de evaluación de conducta.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 1990. p. 531-75.
7. Kaplan HS. *The new sex therapy - Active treatment of sexual dysfunctions.* New York: Times Book Co.; 1974.
8. Zwang G. *Sexologie.* París: Masson; 1985.
9. Cabello-Santamaría F. *Disfunción eréctil: Un abordaje integral.* Psimática: Madrid; 2004.
10. Beck JG, Barlow DH. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Beh Res Ther.* 1986;24:9-17.
11. M30M, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. *Técnicas para superar los problemas sexuales.* Málaga: IASP; 2002.
12. Miller S, Nunnally E, Wackman D. *The Minnesota couples communication training program.* Bloomington: Instructor's Manual; 1971.
13. L'Abate L. *Systematic family therapy.* New York: Brunner Mazel; 1986.
14. Jannini EA, Lenzi A, Wagner G. New perspectives in the pharmacotherapy of erectile dysfunction. *Drugs.* 2003;6:1165-72.
15. Kaplan SA, Reis RB, Kohn JJ, Shabsigh R, Te AE. Combination therapy using oral alpha-blockers and intracavernosal injection in men with erectile dysfunction. *Urol.* 1998;52:739-43.
16. Zorogniotti AW. Experience with buccal phentolamine mesylate for impotence. *Int J Imp Res.* 1994;6:37-41.
17. Moul JV, Mcleod DG. Negative pressure devices in the explanted penile prosthesis population. *J Urol.* 1989;142:729-31.
18. Perelman M. Integrating sildenafil: its impact on sex therapy. *Sex Dys Med.* 2000;4:98-104.
19. Hoon EF, Hoon PW, Wicze J. An inventory for the measurement of sexual arousal. *Arch Sex Behav.* 1976;5:208-15.