

Helen Singer Kaplan

La nueva terapia sexual, 2

Tratamiento activo
de las disfunciones sexuales



Alianza editorial
El libro de bolsillo

Título original: *The New Sex Therapy: Active Treatment
of Sexual Dysfunctions*
Traducción de Alfonso Álvarez Villar

Primera edición: 1978
Tercera edición: 2014
Primera reimpresión: 2026

Diseño de colección: Estudio de Manuel Estrada con la colaboración de Roberto Turégano y Lynda Bozarth
Diseño de cubierta: Manuel Estrada
Fotografía de Amador Toril

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© 1974 by Helen Singer Kaplan M. C. Ph. D.
© Alianza Editorial, S. A., Madrid, 1978, 2026
Calle Valentín Beato, 21
28037 Madrid
www.alianzaeditorial.es

ISBN: 978-84-206-8745-2
Depósito legal: M. 5.839-2014
Printed in Spain

Si quiere recibir información periódica sobre las novedades de Alianza Editorial, envíe un correo electrónico a la dirección: alianzaeditorial@anaya.es

Índice

Área IV. Las disfunciones sexuales

- 17 A. Las disfunciones sexuales del varón
- 19 15. Disfunción de la erección (impotencia)
- 79 16. Eyaculación precoz
- 124 17. Eyaculación retardada
- 163 B. Las disfunciones sexuales de la mujer
- 201 18. Disfunción sexual general (frigidez)
- 224 19. Disfunción orgásmica
- 287 20. Vaginismo

Área V. Resultados

- 327 21. Los resultados de la terapia sexual

Área VI. Problemas clínicos especiales

- 383 22. Disfunciones sexuales en ambos miembros de la pareja
- 391 23. Disfunciones sexuales y trastornos psiquiátricos
- 439 24. Disfunciones sexuales y discordia conyugal, por Clifford J. Sager
- 469 Epílogo

Área IV

Las disfunciones sexuales

Los tramos sexuales cabe dividirlos en *variaciones* y *disfunciones*. Las variaciones sexuales, a las que se denomina también desviaciones y perversiones, se caracterizan por un funcionamiento sexual eficaz y placentero. Sin embargo, el objetivo y/o objeto sexual se desvían de la norma. Los hombres que practican cualquiera de las distintas variantes de la sexualidad pueden gozar de erecciones excelentes y de eyaculaciones controladas y agradables. Y la mujer sexualmente desviada puede excitarse fácilmente, lubricar y gozar de orgasmos múltiples. Sin embargo, la persona desviada se excita ante estímulos que no son excitantes para la mayor parte de las personas de nuestra sociedad: un miembro del mismo sexo, diversos objetivos inanimados, un niño o un animal. O bien podría excitarse al recibir castigos físicos, al mirar o exponer los genitales o al infligir daño. Las variaciones sexuales responden a menudo a diversas técnicas terapéuticas, sobre todo a los

métodos de *insight* y a los conductuales. No son accesibles, sin embargo, mediante la terapia sexual, y por esa razón no las discutiremos en este libro.

La terapia sexual se desarrolló específicamente con el fin de tratar las disfunciones sexuales, el otro tipo de trastorno sexual. En contraste con la persona desviada, el paciente disfuncional sufre de una respuesta sexual inadecuada y no goza del acto sexual.

Las disfunciones sexuales son trastornos psicossomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él. Pueden hallarse inhibidos tanto el componente vasocongestivo como el orgásmico de la respuesta sexual, conjunta o separadamente. En el varón esto produce tres síndromes disfuncionales: la *impotencia*, que es un trastorno de la erección, la *eyaculación retardada* y la *eyaculación precoz*, ambos problemas de control del orgasmo. Las disfunciones sexuales femeninas las podemos dividir en *vaginismo*, que es un espasmo del introito vaginal que impide la penetración, y otras dos disfunciones: la *disfunción sexual femenina general*, denominada corrientemente *frigidez*, y la *disfunción orgásmica*. La persona afectada por la primera no responde a la estimulación sexual, mientras que la mujer inhibida orgásmicamente se excita y tiene lubricación, pero tropieza con dificultades para alcanzar el orgasmo.

La relación entre las disfunciones masculinas y femeninas

La disfunción eréctil (impotencia) en los hombres es análoga a la disfunción sexual general (frigidez) en las mujeres. Ambas condiciones se caracterizan por la inhi-

bición de la fase vasocongestiva local de la respuesta sexual. Los hombres impotentes son incapaces de reaccionar ante una estimulación erótica con erección. Su pene permanece flácido. En la mujer frígida, la vagina se mantiene constreñida y seca. En la frigidez y en la impotencia, la fase orgásmica de la respuesta sexual no se halla necesariamente bloqueada. En otras palabras, aunque es algo inusual, el hombre impotente puede eyacular con un pene flácido, y la mujer que no responde a la estimulación sexual puede alcanzar el clímax, aunque no lubrique. El tratamiento de las versiones masculinas y femeninas de esta disfunción es similar, en el sentido de que su objetivo consiste en fomentar una estimulación adecuada y al mismo tiempo producir un medio relajado y libre de presión que permita que el individuo se abandone a esa estimulación.

La eyaculación retardada es análoga a la disfunción orgásmica en la mujer. En ambos trastornos se da una inhibición específica del componente orgásmico de la respuesta sexual, aunque el componente vasocongestivo puede quedar indemne. La erección del pene en el eyaculador retardado y la hinchazón y lubricación vaginal en la mujer que carece de orgasmo pueden ser perfectamente normales. Es interesante anotar la diferencia en la frecuencia con la que esta condición se da en ambos sexos: la inhibición orgásmica es relativamente rara en los hombres, mientras que en las mujeres es el síntoma sexual más corriente.

El tratamiento de las versiones masculina y femenina del retardo orgásmico se basa en el mismo principio, a saber, la extinción gradual *in vivo* de la inhibición. En

ambos trastornos la estrategia terapéutica consiste en (1) aumentar al máximo los aspectos estimulantes de la situación sexual y, por tanto, incrementar la urgencia eyaculatoria y orgásmica; (2) conseguir paralelamente una disminución progresiva de la ansiedad asociada con la descarga orgásmica, y (3) distraer a la persona inhibida de su tendencia involuntaria a ejercer un control consciente sobre el reflejo orgásmico.

La eyaculación precoz es, naturalmente, el polo opuesto a la eyaculación retardada. En la primera se da una ausencia de control; en la segunda, un exceso de control sobre la respuesta eyaculadora. En esencia, el tratamiento de estas dos disfunciones avanza en direcciones opuestas. El objetivo del tratamiento del eyaculador precoz es enseñarle a centrar su atención en sus sensaciones eróticas. Por otro lado, y puesto que la eyaculación retardada consiste en un hipercontrol del reflejo, el tratamiento en este caso sigue la senda opuesta, intentando distraer al paciente de su tendencia a vigilarse el pene, a actuar de espectador, y permitir que el reflejo del orgasmo se dé con naturalidad.

No hay ninguna disfunción femenina que sea análoga a la eyaculación precoz. Algunas mujeres padecen una falta similar de control sobre la respuesta orgásmica, o quizá un umbral orgásmico tan bajo, que tienen el clímax con un estímulo que para la mayor parte de las mujeres no alcanzaría la cota mínima. A veces, estos orgasmos femeninos tan rápidos no son demasiado intensos ni placenteros, igual que los orgasmos reflejos del eyaculador precoz se suelen percibir como escasamente gratificantes. Sin embargo, las mujeres que alcanzan fácilmente

te el orgasmo y sus compañeros rara vez se quejan de esta condición, en marcado contraste con los eyaculadores precoces, que se sienten desgraciados por su falta de control. La diferencia es comprensible, porque la eyacuación en el varón, a menos que sea muy joven, pone prácticamente fin a la interacción sexual, mientras que el orgasmo femenino, especialmente en las mujeres que gozan de múltiples orgasmos, no pone ni mucho menos punto final a la actividad erótica.

Sección A

Las disfunciones sexuales del varón

Los tres síndromes disfuncionales masculinos –la disfunción eréctil, la eyaculación retardada y la precoz– afectan a distintos aspectos de la respuesta sexual, pero proceden probablemente de las mismas causas subyacentes o remotas. Las tres parece que se vinculan a algún tipo de conflicto sexual. Es imposible distinguir los tipos de conflictos intrapsíquicos profundos, maritales o de culpabilidad que producen impotencia en algunos pacientes de aquellos otros que se asocian con la eyaculación retardada en pacientes que, sin tener problemas de erección, no pueden eyacular, aunque reciban una estimulación prolongada e intensa. Cabe especular, sin embargo, que las causas inmediatas y los mecanismos de defensa empleados para manejar el conflicto subyacente involucrado en la patogénesis son específicos de los tres síndromes. En cualquier caso, empíricamente los tres síndromes responden a estrategias y a tácticas terapéuticas distintas. Por esa razón, las discutiremos separadamente en los próximos tres capítulos.

15. Disfunción de la erección (impotencia)

Epidemiología

La tasa de incidencia de la impotencia varía según la gravedad del síndrome. Las formas más benignas de la disfunción eréctil se dan con más frecuencia que las formas más graves. La impotencia secundaria, que puede no estar asociada con una patología significativa, es uno de los trastornos más usuales en los varones que hasta entonces habían funcionado bien, pero que de pronto se ven aquejados de dificultades sexuales. En efecto, se calcula que aproximadamente la mitad de la población masculina experimenta alguna vez episodios transitorios de impotencia, lo cual cae dentro de lo que se considera una conducta sexual normal. Por el contrario, la impotencia primaria, que es una forma grave y crónica de este trastorno en hombres que nunca han funcionado bien y que se considera indicativa de una patología importante, dista de ser frecuente.

Las dificultades de erección se pueden dar a todas las edades: en adolescentes que comienzan a explorar el mundo de la sexualidad, en varones que se hallan en la cumbre de su vigor sexual y en los septuagenarios que temen que los años les hayan desposeído de su virilidad. El índice de incidencia de la impotencia no parece que se halle afectado por la raza ni por factores socioeconómicos. La demanda de terapia sexual es tan acuciante en el gueto como en Park Avenue.

Definición y descripción

El uso del término impotencia es objetable, no sólo porque es peyorativo, sino porque también es inadecuado. En la medida en que la impotencia es simplemente un bloqueo de la erección del pene, el término más adecuado para esta condición debería ser el de «disfunción eréctil». Sin embargo, el término impotencia es de uso generalizado, y, por consiguiente, para evitar confusiones, lo utilizaremos aquí.

La impotencia se puede deber a factores físicos o psicológicos. La impotencia psicógena puede ir acompañada de una pérdida general de libido y de dificultades en la eyaculación, pero la patología esencial es el bloqueo del reflejo de la erección. Específicamente, los mecanismos reflejos vasculares son incapaces de bombear suficiente sangre a los senos cavernosos del pene para hacer que se haga firme y erecto. Aunque el impotente puede sentirse excitado en una situación sexual y desea hacer el amor, su pene no entra en erección. Los reflejos de la

eyaculación y de la erección son distintos, y por eso hay hombres impotentes que son capaces de eyacular a pesar de la flaccidez del pene.

La función de la erección se ve bloqueada en el momento en que el hombre es víctima de la ansiedad. Puesto que el aspecto concreto del acto sexual que produce ansiedad difiere de un paciente a otro, se da también una amplia gama de variantes en las manifestaciones de la impotencia. Algunos hombres no pueden alcanzar una erección durante las fases anteriores al acto. Otros alcanzan fácilmente la erección, pero la pierden y el pene se hace flácido en diversos puntos específicos del ciclo de respuesta sexual, por ejemplo, en el momento antes de la introducción, o después de ella, o durante el coito. Otros hombres son impotentes durante el coito, pero pueden mantener la erección durante la manipulación manual del pene o mediante el sexo oral. Algunos son capaces de lograr una erección mientras están vestidos, pero el pene se hace flácido tan pronto como se expone a la vista. Hay hombres que se excitan y tienen erecciones durante las fases anteriores al acto, cuando saben que no es posible el coito, pero pierden su potencia tan pronto como se ven en situaciones en las que el acto sexual no sólo es algo factible sino esperado. Algunos sólo pueden tener la erección si la mujer domina la situación sexual, mientras que otros se hacen, en cambio, impotentes si sus compañeras intentan asumir el control. Otro grupo es capaz de una erección parcial, pero no puede alcanzar una erección firme. Algunos sufren de una impotencia «total», esto es, no pueden conseguir ni siquiera una erección parcial con ningún compañero y en ninguna

circunstancia. Otros sufren una impotencia puramente situacional y sólo tienen dificultades en circunstancias específicas. Por ejemplo, pueden no tener ningún problema en contactos casuales, pero ser, en cambio, impotentes con sus mujeres. Por otro lado (y es un caso muy frecuente), hay individuos que son impotentes con sus amantes, a las que adoran, o con otras mujeres atractivas, pero, en cambio, funcionan bien con la esposa, a la que consideran torpe y aburrida, aunque se sientan cargados de cólera y amargura contra ellas.

Atendiendo a la pauta concreta de disfunción eréctil, los pacientes con disfunciones de este tipo se pueden dividir en dos categorías clínicas. Los pacientes que sufren de impotencia primaria nunca han sido potentes con ninguna mujer, aunque pueden obtener buenas erecciones masturbándose e incluso erecciones espontáneas en otras situaciones. Los pacientes con impotencia secundaria funcionaban bien hasta la aparición de su disfunción. En general se piensa que el pronóstico, tanto para el tratamiento como para la remisión espontánea, se relaciona directamente con la duración del síntoma. El pronóstico es también mucho mejor para la impotencia secundaria que para la impotencia primaria, que suele estar vinculada a trastornos psiquiátricos o anomalías endocrinas graves.

La relación entre las dificultades psicopatológicas y erectivas no está del todo clara. Es patente, sin embargo, que mientras los problemas de impotencia pueden estar asociados con trastornos psicopatológicos graves en algunos casos, muchos hombres que padecen de este trastorno parecen por lo demás psicológicamente sanos.

Reacciones ante la impotencia

No existe ninguna otra condición médica que sea potencialmente tan frustrante, humillante y traumatizante como la impotencia. En casi todas las culturas y grupos socioeconómicos, gran parte de la autoestima varonil se basa en la erección. Por consiguiente, una de las secuencias comunes de la impotencia es una depresión secundaria. Sin embargo, la depresión puede ser también causa de impotencia, en cuyo caso habría que aliviar primero aquélla antes de poder iniciar el tratamiento. Por tanto, es importante en tales casos establecer desde el comienzo si el impotente deprimido sufre de una depresión primaria, causa de su impotencia, o de una depresión secundaria que es una reacción a su impotencia. En resumen, el médico necesita averiguar si la disfunción eréctil surgió antes del desarrollo de la depresión o viceversa.

Existe una relación recíproca similar entre las dificultades erectivas y las desavenencias conyugales. Como es obvio, la impotencia puede ejercer un efecto muy negativo sobre el matrimonio, pero también podría ser producto de una relación destructora. En la planificación del tratamiento es importante distinguir entre causa y efecto. Hay mujeres que «castran» a sus maridos comportándose de una manera destructiva en situaciones sexuales como expresión de su hostilidad. Otras se sienten profundamente enamoradas y son capaces de expresar su amor con libertad, pero se sienten rechazadas y amenazadas por la impotencia del marido. Es frecuente que tales mujeres intenten recuperar la confianza perdi-

da exigiendo a sus maridos que funcionen sexualmente, lo cual crea un medio sexual tenso que sólo sirve para exacerbar el problema.

Finalmente, algunos de los hombres que practican cualquiera de las variantes sexuales (conducta a la que a veces se llama desviada o perversa) lo hacen porque son impotentes en situaciones heterosexuales «normales». Estos hombres sólo pueden alcanzar una erección cuando ven, por ejemplo, desnudarse a una chica, o exponiendo sus penes, o vistiéndose con ropas de mujer*.

Las causas de la disfunción eréctil

Causas físicas

Los complejos mecanismos hormonales, vasculares y neurológicos que median en la erección son vulnerables a diversos agentes físicos. Por lo tanto, a menos que la dificultad sea claramente situacional (lo cual dejaría fuera de dudas la integridad fisiológica y anatómica de estos mecanismos), todo paciente impotente debería ser sometido a un chequeo neurológico y médico antes de iniciar un tratamiento psicológico. La impotencia puede ser debida a un amplio espectro de factores físicos. Entre los más frecuentes hay que contar la tensión y la fatiga, la

* Esto no es cierto de todos los hombres que prefieren «variantes» sexuales. Algunos son también potentes en situaciones heterosexuales. Sin embargo, se sienten más excitados por ciertos fetiches y/o experimentan menos ansiedad en situaciones sexuales «variantes».

diabetes temprana no diagnosticada, un nivel bajo de andrógenos, una enfermedad debilitadora no específica, ciertos problemas hepáticos y el uso y abuso de narcóticos, de alcohol y de una medicación a base de estrógenos y de parasimpaticolíticos. Ciertas enfermedades neurológicas (como, por ejemplo, la esclerosis múltiple o los tumores, que bloquean la parte inferior de la médula), la enfermedad de Peyronie (que afecta al pene), ciertos tipos de intervenciones de la próstata y problemas endocrinológicos que disminuyen el nivel de andrógenos pueden también contar entre las causas.

Causas psicológicas

Antes se pensaba que la impotencia era siempre indicio de una psicopatología subyacente profunda. El descubrimiento reciente de que ciertos factores de acción más inmediata, como, por ejemplo, la ansiedad ante la ejecución del acto, son a menudo causa de disfunciones sexuales representa un avance muy importante en este campo. Sin embargo, no debemos descartar la hipótesis de que puedan existir causas más profundas. Las dificultades intrapsíquicas inconscientes y diádicas son también muy importantes en la génesis de la impotencia, y a menudo se esconden detrás de las tensiones más manifiestas.

A medida que se han ido identificando los distintos factores etiológicos, sus descubridores creyeron siempre haber encontrado la causa única. Por ejemplo, los psicoanalistas creen que la angustia de castración inconsciente es la causa única de la impotencia, mientras que