

Impotencia sexual

Tratamiento de una forma frecuente en nuestro medio

Por los Dres.:

HÉCTOR WILTZ LANCÍS, JULIO FEJOO,

LUIS MUÑIZ Angulo y LUIS M. Trabanco León⁽¹⁴⁾

INTRODUCCION

Se llama impotencia a la falta de erección del pene para la realización de coito o a la eyaculación precocísima; impidiendo ambas anomalías la realización del acto sexual.

La impotencia es un síndrome y no una enfermedad; es muy frecuente en nuestro medio; siendo uno de los síndromes peor tratados por los médicos no psiquiatras y aún por algunos psiquiatras.

La erección y eyaculación se producen mediante una serie de reflejos. El reflejo es provocado por las sensaciones específicas de los nervios genitales, por las no específicas, eróticas, de los órganos de los sentidos o por representaciones psíquicas.

El centro reflejo inferior de la erección y eyaculación está en el "conus terminalis" compuesto por los tres últimos segmentos sacros y el coccígeo de la médula. Los estudios anatómicos realizados hasta hoy, hacen probable que el centro de la erección esté algo más alto que el de la eyaculación (el centro de la erección el S1-S3 y el de la eyaculación el S-3-S4).

Las lesiones puras del "conus terminalis" son raras y se caracterizan por:

- a) Incontinencia o retención de orina,
- b) Incontinencia de heces fecales,
- c) Impotencia.

Las lesiones circunscritas al centro génitoespinal (S1-S4) son aún más raras (pequeñas hemorragias, focos de esclerosis, traumatismos, etc.), produciéndose impotencia total.

La erección se debe a la repleción sanguínea de los cuerpos cavernosos del pene y cuerpos esponjosos de la uretra. Es un fenómeno de vasodilatación debido a las fibras parasimpáticas colinérgicas.

Los centros reflejos superiores están en el cerebro (centros subcorticales y la corteza cerebral, la mediadora entre el mundo externo y el individuo, el verdadero yo (ego) de los psiquiatras materialistas).

Evidentemente la forma frecuente de impotencia sexual se produce por inhibiciones de los mecanismos reflejos aludidos, por fenómenos psíquicos y, como consecuencia necesita un tratamiento adecuado (psicoterápico) que restablezca

14 Trabajo presentado en el Primer Congreso Médico y Estomatológico Mutualista, celebrado en La Habana en septiembre de 1965.

la normalidad fisiológica. Es nuestro tratamiento el que habremos de señalar en esta ponencia.

DIAGNOSTICO

La impotencia psíquica presenta caracteres que la diferencian de la orgánica. La orgánica será un síntoma más y no el fundamental, de una enfermedad capaz de producirla; además no será en los más de estos casos el motivo de consulta; será un síntoma fijo; no habrá erección en ninguna circunstancia.

La impotencia psíquica nos presentará una serie de características: generalmente un sujeto joven, cargado de ansiedad y con manifestaciones irregulares de su incapacidad, al menos en las primeras etapas de la evolución del síndrome; nos referirá que a veces con representaciones psíquicas tiene erecciones normales, que a veces *cuando no necesita* la erección, la tiene y que sin embargo al ir a practicar el coito ésta no aparece o se pierde si se había logrado con anterioridad. Otras veces nos referirá, un hombre casado ya hace varios años, que con su esposa no tiene problemas, pero al presentársele otro estímulo sexual más intenso, no ha tenido erección y al avanzar la inhibición ya no reacciona ni ante su esposa.

El diagnóstico resulta fácil; y cuando el paciente consulta primero al psiquiatra, lo que ocurre excepcionalmente, cabe que sea remitido a un clínico y a un urólogo que traten adecuadamente estos casos, desde el punto de vista de sus especialidades, para el pesquiasaje de causas orgánicas; si ambas manejan bien estos casos nos ayudarán mucho para nuestro tratamiento. Otras veces vienen remitidos por otros médicos no psiquiatras que han constatado la negatividad del examen somático del impotente.

Un análisis superficial de este tipo de impotencia nos señalan dos situaciones comunes y ansiógenas: 1) el deseo de quedar bien "como hombre" y 2) el temor a fracasar.

La situación es similar al insomnio psíquico, a la anorexia y a tantos otros síntomas en que se rompe la normal correlación de estímulos respuesta adecuada; pero por razones culturales, frente al síntoma que tratamos el paciente reacciona con mayor temor que frente a los otros.

Dos o tres noches de insomnio no producen, en nuestro medio, la ansiedad que dos o tres intentos de coito sin erección.

Por otra parte, al estar gobernadas estas funciones por el Sistema Nervioso Autónomo (involuntario) de nada vale el esfuerzo por dominar el síntoma y sí, aumenta la inhibición.

Por ejemplo, en condiciones normales no pensamos si al acostarnos por la noche dormiremos o no; automáticamente nos acostamos, realizamos nuestros hábitos preliminares al sueño, leer, pensar, etc., e insensiblemente nos quedamos dormidos; normalmente al ir a realizar un acto sexual no pensamos si vamos o no a tener erección; si ésta será suficientemente fuerte o no; empezamos nuestros hábitos sexuales y automática o insensiblemente se produce la erección y se mantiene hasta la eyaculación-orgasmo con que termina la realización del coito.

¿Qué sucede respecto a dormir y a la erección en condiciones psíquicas patológicas?

En el insomnio, desde que se acerca la hora de acostarse, el insomne empieza a temer que no va a quedarse dormido; se acuesta; da vueltas en la cama, aumenta su deseo de dormir y también su ansiedad por no conseguirlo; mira el reloj, aumenta

su agonía... *El temor a no dormirse lo mantiene despierto.* Similar es el caso del impotente; desde que va al acto sexual empieza a temer que no va a tener erección; que si la tiene ésta va a ser muy débil. . . que no va a quedar bien "como hombre"... Empieza a tener actividad sexual y empieza al mismo tiempo a escrutarse: si tiene el pene en erección o no; si la erección es débil... se esfuerza y cada vez la situación se torna peor; se rompe la armonía de la función sexual automática, surge la inhibición cortical, el fracaso y como una bola de nieve echada a rodar hacia abajo en un monte nevado, va creciendo, y la situación se ha tornado caótica.

La reflexología, base de la psiquiatría científica, nos explica estos fenómenos: por el grado de inhibición de las células nerviosas corticales se produce la violación de la llamada "ley de relación de fuerzas". La violación de esta ley fue observada al estudiar los reflejos condicionados en los perros en los estados de transición de la vigilia al sueño.

La fase normal se caracteriza porque los estímulos condicionados fuertes producen reacciones fuertes y los débiles, reacciones débiles.

La fase paradójica: un estímulo débil provoca una reacción fuerte (es el caso que funciona perfectamente con la esposa no deseada) y un estímulo fuerte no produce reacción (el mismo caso que al intentar un coito con una mujer muy deseada, fracasa).

Los animales salvajes no padecen de insomnio, ni de impotencia psíquica porque no tienen el nivel de desarrollo del hombre y al no haber alcanzado el nivel social humano, este no es fuente de inhibiciones corticales, las responsables del síndrome.

Los fenómenos de inhibición externa consisten en lo siguiente: si durante el dinamismo reflejo condicionado surge cualquier estimulación ajena (ruido, olor, representaciones desagradables., etc.) o aún, estímulos originados en los órganos internos, las reacciones condicionadas elaboradas se debilitan y se inhiben; por lo que explicamos anteriormente esa inhibición "primitiva" es fuente de otras inhibiciones estableciéndose la "inhibición condicionada"... repitiéndose los fracasos.

Lo que no debemos hacer:

Decía *Pavlov*: "usada adecuadamente la palabra, puede curar y matar". Probablemente el más formidable recurso terapéutico a nuestro alcance es la palabra, el segundo sistema de señales.

Antes de explicar su correcto uso mencionaremos algo de su incorrecta utilización: primero, no debe "somatizarse el síntoma" diciéndole al paciente que su impotencia es por "debilidad hormonal", "decaimiento", "insuficiencia testicular" o tantas otras cosas inadecuadas que se le dicen a estos pacientes; porque si el trastorno no es muy superficial no cederá a la terapéutica de placebos basada en la "debilidad" que se le diagnosticó y entonces el médico no sabrá qué decir ante el fracaso y lógicamente el resultado será el empeoramiento del paciente. El urólogo no debe echarle la culpa a una próstata congestionada, frecuente en los jóvenes, y que después de un tratamiento correcto de la prostatitis seguirá la impotencia en muchos casos; otras veces se hace responsable al verumontánium y se dan "toques" en él, lo que constituye una resurrección de la técnica de Asuero de "tocar el trigémino". Tampoco deben usarse hormonas innecesarias y placebos si no saben usarse potencializados con la

palabra. Ejemplo de una hormona mal usada y la misma liien usada.

Del primero: el paciente que cree que su trastorno es debido a debilidad recibe la prescripción de testosterona; regresa a su médico y le dice que continúa igual; entonces éste perplejo, le comunica que no sabe lo que tiene, que vaya a ver al urólogo, etc. Bien usada la palabra sería: al regresar el paciente comunicarle a su médico que no ha tenido mejoría con la testosterona, éste le dice lleno de confianza, firmeza y autoridad: “¡Me alegro! eso era precisamente lo que yo quería confirmar. . . no hay ninguna debilidad porque de haberla habido yo le proporcioné más cantidad de testosterona que la que producen los testículos normales; hubieran hecho reaccionar normalmente a un castrado ; ahora sé que su problema es una inhibición nerviosa; es algo molesto y hasta un poco rebelde, ¡pero no tiene importancia! ¡Se cura seguro, seguro!

Lo *que debemos hacer*: (técnica del tratamiento).

Quien primero sistematizó un procedimiento psicoterápico para la impotencia sexual basado en el enfoque que hemos mencionado fue el doctor José A. Bustamante, quien hubo de presentarlo en el Congreso Internacional de Psicoterapia, Leyden, Holanda, 5 a 8 de septiembre de 1951. A su procedimiento le llamó “entrenamiento analizado”. Nuestro proceder es similar con algunas modificaciones y queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento por sus valiosas orientaciones.

Primera entrevista: En esta sesión psieeterápica oímos atentamente al paciente y lo estimulamos a que nos relate su autobiografía haciendo especial énfasis en todo lo relacionado con la esfera sexual; nos vamos fijando en sus errores de

concepto; en sus racionalizaciones; en los factores negativos de las relaciones con otros médicos; en fin facilitamos su catarsis y vamos planificando la psicoterapia de ese caso de acuerdo con su nivel intelectual, sus falsos conceptos. . . en fin, las circunstancias individuales de “ese caso” porque evidentemente no hay dos casos iguales. Al final de la sesión, hablamos para apoyar y sugestionar al paciente; y recomendamos como la primera medida terapéutica en esa primera etapa del tratamiento: “*reposo sexual absoluto*” explicándole al impotente que no sólo no debe tener relaciones íntimas con mujeres, sino que no debe permitir que se produzca erección del pene de ninguna manera; evitando todo tipo de relación sexual y aún de “representaciones mnémicas” para que se produzca un reposo completo de toda la función sexual.

Nuestro apoyo en esa primera sesión tiene que ser grande; asegurándole *que se cura seguro* que nos deje a nosotros guiarlo; que vaya poco a poco y con multitud de ejemplos acordes a su caso e inteligencia (psicoterapia racional) ayudamos al paciente... por ejemplo, es conveniente hacerles resaltar como él sí puede, ya que en determinadas circunstancias (cuando no la necesita) ha tenido erecciones; lo que demuestra que están presentes todos los factores necesarios para conseguirla y que sólo se opone a ella una inhibición psíquica; explicándole también sobre el mecanismo de las inhibiciones; el ejemplo del dormir ya señalado nos ha resultado muy útil para estos casos. Además del reposo prescribiremos psicofármacos ansiolíticos y puede usarse además alguna medicación vitamínica y reconstituyentes, como placebos, señalándole al paciente que es para el fortalecimiento de su sistema nervioso ya que no tenemos duda que su

sistema genital, sexual, *no necesita nada*. Citamos al paciente para la próxima semana. Este sistema es humo con sesiones semanales y cuando las circunstancias lo exigen; aún quincenales.

Segunda entrevista:

En ésta entra la palabra con toda su potencia terapéutica a actuar a plenitud: comenzamos por explicarle al paciente que deducimos de la entrevista anterior que él, como la mayoría de los hombres de nuestra cultura, a pesar de reconocerle preparación e inteligencia, tiene muchos falsos conceptos sexuales debido a nuestra antihigiénica educación en estos aspectos. Enumeraremos los principales errores, verdaderas “representaciones inhibitorias” que hemos encontrado en estos pacientes y nuestra forma de desinhibirlos.

a) *Masturbación:* Un gran porcentaje de impotentes culpan a la masturbación de su mal; y la *masturbación es una práctica normal, universal e inócua* siempre usamos la frase que le oímos al profesor Rodolfo J. Guiral en nuestros años de estudiante: “el pene no tiene cerebro, ni ojos para saber si está en una vagina o en una mano”. . . nosotros hemos dicho que algún día habrá que “hacer un homenaje de desagravio a la masturbación” ya que injustamente se le hace aparecer como causa de oligofrenias, esquizofrenias, impotencias, tuberculosis y muchas enfermedades... siendo *consecuencia y no causa* en muchos impotentes, esquizofrénicos y otras psicosis. El esquizofrénico autista pierde las normales inhibiciones y la practica públicamente; el impotente, cuyo acercamiento sexual a la mujer se torna molesto, se refugia, como “válvula de escape” en su propia mano. . . Con relación a la masturbación los condicionamientos

negativos empiezan en la niñez generalmente debido a los padres quienes a su vez tuvieron conflictos masturbatorios.

b) *Tamaño de los genitales externos:* Muchos impotentes creen tener el pene pequeño y ser esta la causa de su deficiencia. El informe del urólogo comunicando normalidad nos ayuda a convencer a estos pacientes, haciéndoles comprender que las diferencias de tamaño, dentro de los límites normales, tienen el mismo significado que las diferencias de tamaño de los pies o manos; y que, si no se preocupan por el tamaño del zapato que calzan, tampoco las dimensiones del pene deben preocuparle. Además la vagina es elástica y se adapta a esas diferencias.

c) *Homosexualidad:* Este tema preocupa a casi todos los impotentes. Cuando han fracasado las inadecuadas terapéuticas que usan con estos pacientes ellos buscan en sus conflictos “olvidados” la causa de su problema; de ahí que temen a que la homosexualidad sea la responsable de su impotencia. Estos pacientes a veces están en gran ansiedad y hay que hacer grandes esfuerzos psicoterápicos para convencerlos. Es frecuente y está dentro de lo normal que en la niñez se tengan prácticas homosexuales; en las edades en las cuales es normal que los grupos de niños sean del mismo sexo; tanto es así que en esa época de “las pandillas”, “los amiguitos inseparables” ... etc., los niños que tienden a reunirse con los grupos de niñas que juegan entonces a “las casitas” y a las “cocinitas”, son llamados “mariquitas” y entre ellos la frecuencia de homosexuales es muy grande.

Cuando el psicoterapeuta explica al paciente este tema en forma convincente, disminuye considerablemente la ansiedad del impotente.

d) *Incesto*: El terror al incesto es uno de los caracteres de nuestra cultura; cuando nos relatan que tal o más cual padre tenía relaciones sexuales con la hija nos produce una reacción agresiva hacia el incestuoso tan desmesurada que evidentemente no reaccionamos como médicos ante cualquier manifestación patológica. Es indudable que el temor a nuestras propias tendencias incestuosas es la fuente de energía de esa desmesurada reacción que hemos citado. Las reprimidas tendencias incestuosas se manifiestan a veces en sueños, en representaciones oníricas... etc. y siempre producen ansiedad y culpabilidad, tomando frecuentemente esta culpabilidad los pacientes, como causa de su actual incompetencia; algo así como un "castigo".

El tratarle también este tema en las sesiones psicoterápicas del inicio del tratamiento, ayuda también al buen éxito terapéutico.

e) *Pseudo perversiones*: También preocupan mucho a estos pacientes ciertos impulsos sexuales que no son precisamente la realización del coito normal. En sueños y pensamientos... y aun han tenido prácticas de "felatio" "cunilingus" "coito anal" ... etc., manifestaciones exhibicionistas y voyeristas... Todas estas tendencias en "intensidad adecuada" están dentro de límites normales; recordemos que en psiquiatría el problema es de cantidad y que todos tenemos en dosis mínimas los síntomas neuróticos y aún psicóticos. Ante un síntoma tan importante e inexplicable para el paciente muchas cosas normales son tomadas por éste como causa, empeorándose la situación y apareciendo a menudo molestas ideas obsesivas.

Es conveniente que aún cuando el paciente no nos haya manifestado con

conflictos en relación con los temas que acabamos de mencionar; le expliquemos adecuadamente todos ellos; pues como este es un tratamiento de psicoterapia breve la "transferencia" o "empatía entre pacientes y psicoterapeutas no llega a niveles profundos y precisamente cuando esos conflictos son más intensos tienen mayor dificultad en exponerse siendo a veces no conscientes y teniendo el paciente grandes resistencias que se rompen exponiendo, en forma general, lo anteriormente tratado. . . algo así como "poner la yagua antes que caiga la gotera"; este recurso psicoterápico es muy útil y es usado en psicoterapia infantil. Además, cuando destruimos falsos conceptos de un paciente antes que él los haya manifestado, tiene mejor efecto para él que entonces no piensa que tratamos de engañarlo en su beneficio pues nosotros no sabíamos su conflicto.

Al final de esta segunda entrevista le indicamos que vuelva a la tercera en compañía de su esposa o mujer con la que tiene o puede tener habituales contactos sexuales.

Tercera entrevista: En esta sesión, el psicoterapeuta tiene delante al paciente y a la mujer con quien éste mantiene relaciones sexuales. La impotencia del hombre produce, reactivamente, ciertos síntomas en la mujer que la constata. Frecuentemente la mujer piensa que ella ha dejado de gustarle; que el tiene otra mujer.. reacciona a veces agresivamente y otras veces deprimiéndose; ambas actitudes empeoran la situación del paciente.

Por lo tanto, en esta sesión empezamos por explicarle a ella el mecanismo del síntoma del hombre adaptándonos, desde luego, al cociente intelectual y cultural de ella; nuestra experiencia nos enseña que

las mujeres establecen rápida empatía' con el psicoterapeuta y que cooperan muy bien al tratamiento siguiendo nuestras indicaciones.

Entonces plantearemos lo esencial del tratamiento: indicamos que ellos van a tener una serie de contactos sexuales periódicos *como tratamiento*, en los cuales él no va a tener erección; será un acercamiento sexual como cualquiera, *pero sin erección...* que cuando haya transcurrido un tiempo prudencial (alrededor de treinta minutos) se terminó el contacto sexual terapéutico que repetimos; *ha de buscarse sin erección.* . . . entre dos contactos sexuales debe colocarse la sesión psicoterápica 4ta. y siguiente; en las sesiones se escucha al paciente; se le resuelven las dudas que pueda presentar; se le apoya y se asegura que no haya tenido erección y que se alegre de ese hecho puesto que está dentro de la técnica correcta del tratamiento; que la erección (curación) ocurrirá, espontáneamente, después de un número de intentos en los cuales él vaya dispuesto a fracasar; por razones obvias no debe precisársele al paciente el número de fracasos buscados sobre los cuales construirá su triunfo, ¿cómo ocurre la curación?, ¿cómo desaparece la inhibición?

En los contactos que hemos indicado, no hay temor a fracasar puesto que la falta de erección en ellos no es fracaso, ya que constituye nuestra indicación, es nuestro objetivo "la no erección"; por otra parte, no hay deseos de quedar bien "como hombre"; puesto que la mujer, nuestra cooperadora ya lo sabe; eso es lo que espera y es nuestra aliada en el tratamiento. Al desaparecer esas dos fuentes inhibitorias se restablece el normal funcionamiento reflejo y surge triunfante la erección.

Es conveniente que en dos o tres sesiones psicoterápicas posteriores se prepare al

paciente para prevenir la ulterior aparición del síndrome; esta tarea no es difícil por los conocimientos que ha adquirido a través del tratamiento y lo fundamental es que no tenga una actitud de "buscar la erección" sino de *jar y esperar* que esta aparezca; que evite situaciones en las cuales "tenga la obligación de tener erección"... en otras palabras, que deje la erección a los mecanismos automáticos reflejos que la determinan y que no trate voluntariamente de constatarla.

El sexólogo argentino doctor Miguel Sixto Mosqueira, señala una técnica psicoterápica para estos casos, similar a la nuestra y de su trabajo, "la impotencia sexual masculina", tomamos los siguientes párrafos:

"Una de las buenas técnicas para curar al impotente con angustia expectante, es con el planteamiento de los tres pasos (la mujer debe ser informada de lo que buscamos)".

Primer paso: prohibir absolutamente el concubito.

Segundo paso: transcurrida una semana de esta prohibición "absoluta" se le autorizará a hacer un juego de novios, serios y respetuosos. Algunas caricias urbanas, nada de mamas, no genitales... La mujer ya informada, nos está ayudando.

Tercer paso: transcurrida otra semana puede ahora avanzar un poco en sus indiscreciones, pero no se autoriza de "ninguna manera" al acto sexual.

Van pasando las horas, días, semanas. . . el individuo va perdiendo su angustia expectante porque nada se espera de él, al contrario, la mujer se lo impide. La libido de ambos va exacerbándose hasta que llega el momento en que se manda el consejo del médico al demonio; "Las trompetas de Jérico suenan" y la pared se desploma.

Casuística:

1.	—Total	de casos	50
2.	—Edades:		
	de 18 a 25 años	20	40%
	de 25 a 35	15	30%
	de 35 a 45 „,	10	20%
	de 45 a 55 „,	5	10%
3.	—Resultados:		
	Curados	42	84%
	No curados	8	16%

Entre los casos no curados por nosotros hay dos de ellos que fueron curados por otros colegas que siguieron esos casos; y por el interés que tienen vamos sintéticamente a relatarlos:

Caso No. 1: Displástico por parto distócico con extraordinaria fealdad. Discreto déficit intelectual. Hijo único sobreprotegido. 24 años. Remitido por el doctor Landa Bacallao, con quien tenía gran simpatía y de quien evidentemente no quería separarse ya que el mencionado colega representaba mejor que nosotros la figura paterna; además confesamos que teníamos cierta actitud de “rechazo al paciente”; después de cinco sesiones abandonó el tratamiento sin mejoría; lo continuó con el doctor Landa, quien nos relató sus progresos y su curación con técnicas terapéuticas similar a la nuestra.

Caso No. 2: Campesino de evidente déficit intelectual y muy poca cultura; 44 años; no pudimos hacer empatía con él; tenía rasgos esquizoparauoides; abandonó el tratamiento a la tercera consulta; consultó posteriormente al doctor J. López Valdés, quien hubo de curarlo con 4 aplicaciones de electroshocks; posteriormente este paciente ha tenido en los últimos cinco años, cuatro veces la impotencia; él recurre

entonces al Servicio de Psiquiatría de la Quinta para que le apliquen las “corrientes” que él interpreta como “cargas” y con tres aplicaciones resuelve su situación. Es interesante destacar que siempre buscaba al doctor López Valdés; pero en su último ingreso ya el doctor López Valdés no trabajaba en el Servicio y fue atendido por nosotros sin que esta eventualidad alterara los resultados. Es posible que en este caso sea “un equivalente depresivo” pero queremos dejar señalado que no se constatan otras manifestaciones pertenecientes al cuadro depresivo; más bien luce una “somatización histérica” y que los choques eléctricos modifican las inhibiciones corticales.

Separando estos dos casos el porcentaje de los no curados baja al 12%.

El resto de los casos no curados (6) todos de la Quinta de Dependientes, interpretamos que se han producido por las circunstancias de la Consulta Externa de nuestra Institución; poco tiempo para cada paciente.. . dificultad en conseguir los turnos. . . demora de los mismos . . . cansancio del psicoterapeuta. . . etc., etc., etc., aunque es posible que alguno de ellos tenga trastornos más profundos de su personalidad (esquizoides) que dificulte el “insight” o (inside).

4. —Duración del tratamiento:

a) Casos no curados (8)

Caso del Dr. Landa: abandonó nuestro tratamiento al mes: 4 sesiones: 2 contactos dirigidos.

Cases del Dr. López Valdés: abandonó el tratamiento a los dos meses: 3 sesiones 1 contacto dirigido.

4 casos abandonaron el tratamiento a los 2 meses.

8 sesiones y 6 contactos dirigidos y

1 caso abandonó el tratamiento a las 3 semanas.

3 sesiones y no fue al contacto que se le indicó.

1 caso abandonó el tratamiento a los 4 meses en ese tiempo: (6) entrevistas y 3 contactos dirigidos.

b) *Casos curados (42)*

Semanas	Sesiones	Contactos dirigidos	Casos
10	10	8	19
8	8	6	10
6	6	4	6
12	12	10	3
16	16	14	2
3	3	1	2
Total:			42

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se esquematiza la fisiología de la erección y eyaculación.
2. Se señala como puede producirse impotencia sexual.
3. De los distintos tipos de impotencia se destaca una forma muy frecuente en nuestro medio; por inhibición refleja (psíquica).
4. Se expone nuestra técnica psicoterápica para estos casos basada en el enfoque reflexológico del síndrome.
5. Por sus resultados y facilidad de la técnica recomendamos su uso e invitamos a los psicoterapeutas a que hagan las modificaciones que estimen

pertinentes, acordes con sus actitudes, recordando que *sobre bases científicas* la psicoterapia tiene mucho de arte.

SUMMARY

The physiologic erection is outlined. The sexual impotence and how it occurs is pointed out.

There are some types of impotence but the reflex inhibition (psychical) is the most common one.

A psychotherapeutic technique for those cases is exposed.

The authors recommend this technique because of its good result and facility and invite psychotherapeutics to modify the pertaining aspects, but remembering that on *scientific basis* psychotherapy has a lot of art.

RESUME

On présente dans un schéma la physiologie de l'érection et de l'éjaculation.

On signale comme peut être produite l'impotence sexuelle.

On distingue entre les différents types d'impotence une forme très fréquente dans notre milieu; par inhibition réflexe (psychique).

Se expose ici notre technique psychothérapeutique pour ces cas.

Pour ses résultats et la facilité de la technique nous recommandons son emploi et nous invitons aux psychothérapeutes à faire les modifications qu'ils estiment pertinents et qui s'accordent avec ses attitudes, se rappelant de que *sur bases scientifiques* la psychothérapie a beaucoup d'art.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Bustamante O'Leary, José Angel*: Tratamiento de algunas formas de la impotencia sexual. Actas del Congreso Mundial de Psicoterapia, de Leyden, Holanda, Sept., 1951.
2. —*Gutiérrez Agramóme, Edmundo*: Tratamiento de la impotencia sexual. Revista Cubana de Medicina, Vol. 1: No. 3, Mayo- Junio, 1962.
3. —*Sixto Mosqueira, Manuel*: Impotencia sexual masculina. Revista de la Confederación Médica Panamericana, Vol. 11: No. 4, pág. 198, agosto 31, 1964.
4. —*Bustamante, O'Leary*: Tratamiento psicoterápico de la Impotencia Sexual.
5. —*Gutiérrez, Agramonte*: Tratamiento psicoterápico de la Impotencia Sexual.
6. —*Guiral, Rodolfo J.*: Lecciones de Psiquiatría.
7. —*Wolberg*: The technique of psychotherapy.
8. —*Platonotc*: La palabra como Factor Fisiológico y Terapéutico.
9. —*Levine*: Psicoterapia en la práctica médica.
10. —*Alexander-French*: Terapéutica Psicoanalítica.
11. —*Litter*: Neurología.
12. —*Bing*: Manual de Diagnóstico Neurológico.
13. —*Kinsey*: Conducta Sexual del hombre.
14. —*Bykov*: La corteza cerebral y los órganos internos.
15. —*Wortis*: La Psiquiatría Soviética.
16. —*Pavlov*: Los reflejos condicionados aplicados a la Psicopatología y a la Psiquiatría.
17. —*N. Krasnogorski*: La actividad nerviosa superior del niño.
18. —*H. Pierre Klotz*: Los reflejos condicionados e incondicionados.
19. —*Rodolfo Roelens*: La excitación y la inhibición.
20. —*Victor Lajitte*: La dinámica de los procesos corticales: irradiación, concentración, inducción recíproca.
21. —*Paul Kartun*: Fisiología del sueño, los estados de fase.
22. —*Suen Follín*: El segundo sistema de señales.
23. —*Speransky*: Bases para una nueva teoría de la medicina.
24. —*Frolov*: La actividad cerebral.
25. —*K. Gaurilov*: El Psicoanálisis a la luz de la Reflexología.
26. —*Ischlondsky*: Cerebro y conducta.
27. —*Frisso Potts*: Psicoterapia de grupo.
28. —*Smianov-Leontiev*: Psicología.
29. —*Spurgeon English*: Personality manifestations in psychosomatic illness.
30. —*Sixto Mosqueira*: Impotencia sexual.
31. —*Harry Wells*: Pavlov y Freud.
32. —*Karl Jaspers*: Esencia y crítica de la Psicoterapia.
33. —*P. Slulder*: Tratado de la psicoterapia.
34. —*Las actas del III Congreso Mundial de Psiquiatría* (Cañada, junio de 1961).

Preguntas y respuestas al trabajo de impotencia sexual

Dr. Reyes Gavilán: ¿Por qué no se emplea con más frecuencia el electro- shock en estos casos?

Dr. Wiltz Lancís: Porque con el sistema que acabamos de señalar resolvemos fácil y rápidamente esos casos; además la inmensa mayoría de los pacientes muestran alteración a la terapéutica electroconvulsiva.

Dr. J. A. Bustamante: Aclare la amplitud del tratamiento porque entendemos que los casos complejos quedan fuera.

Dr. Wiltz Lancís: Efectivamente, señalamos en la introducción que esos aplicable a la impotencia por inhibición refleja psíquica, tipo niuy frecuente en nuestro medio.