

“SEXO Y HOMBRE” *

DR. JOSE REMUS ARAICO **

HONORABLES MIEMBROS DE LA MESA.

APRECIABLES COLEGAS:

Agradezco al Comité Organizador de este PRIMER CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la invitación a esta Mesa de Discusión Coordinada, con tan relevantes Colegas Cirujanos Urólogos. No es frecuente la invitación a un Psicoanalista en este tipo de presentaciones, que me permite traerles algunas ideas acerca del tema “SEXO Y HOMBRE”. El camino más común para desarrollarlo hubiera sido el de traerles la última bibliografía. Encontré escasamente una decena de artículos interesantes de resumir, pero sería poco lo que haría en quince minutos con tal resumen. Mejor decidí presentarles algunos aspectos poco considerados de los problemas emocionales y sexuales que seguramente el urólogo ve en su práctica y que no siempre tiene la información para manejarlos adecuadamente. La idea de tratar aspectos de mi experiencia se me reforzó al consultar el tema con algunos colegas de varias especialidades, incluyendo la Urología. Con el incremento de la tecnología que lleva a la especialización cada vez más profunda, puede ser refrescante y útil escuchar algunas ideas de sentido común médico integral, que considera seres humanos enfermos y no sólo órganos dañados. Helas aquí:

En primer lugar, algunos comentarios sobre la IMPOTENCIA. En cuanto al diagnóstico diferencial con las formas orgánicas, que no trataré, vale la pena mencionar cuatro: la simple, la anorgástica, la reactiva situacional y la sintomática que acompaña a cuadros mentales severos esquizofrénicos y depresivos. Como todo cuadro clínico, la impotencia se ajusta al modelo patogénico de la acción concurrente de varias causas categorizables clínicamente como las causas predisponentes y las desencadenantes.

La teoría psicoanalítica ha demostrado hasta la saciedad que las causas predisponentes y las determinantes remotas de la impotencia, radican en el desarrollo psicosexual del niño y están fuera de la acción terapéutica del urólogo. Sin embargo, algunos factores desencadenantes actuales pueden ser influenciados benéficamente por éste. Detectar y valorar las causas de la impotencia puede ser de suma importancia para derivar rápida y adecuadamente los pacientes al psicoanalista.

* Presentado en el 1er. Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, con el Tema: “Evolución y Avances Recientes en la Urología”. México, D.F., Enero, 1969.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En cualquier variedad de impotencia la administración hormonal opera psicodinámicamente en general como los placebos, pero con el ataque iatrogénico potencial de la administración de hormonas. La importancia es la inhibición de una función y las causas son mentales y provienen del desarrollo psicosexual. Diversos factores desencadenantes actuales sólo estimulan y disparan la inhibición latente en el psiquismo. La conducta humana es integral y unitaria y el impotente mostrará en la anamnesis cuidadosa otras áreas de inhibición o impotencia de funciones en su conducta.

Es clásica y cierta la asociación de la impotencia eréctil simple y los trastornos de retardo y precocidad de la eyaculación que alternan con la impotencia, con el carácter inhibido fóbico e histérico. La administración hormonal es como echarle carbón a la caldera cuya válvula y conductos de escape están ocluidos por el proceso mental inhibitorio inconsciente; explotará la tensión por otros lados, no siendo rara la ansiedad aguda de tinte homosexual, o su equivalente en defensas paranoides como los celos, que perturban la vida de relación precaria del paciente, ya impactado por su impotencia.

No olvidemos que en nuestra cultura, aún un tanto falocéntrica, la erección es equiparada con éxito, acometividad y dominio. Aún cuando estos tres elementos son caracteres sexuales masculinos indispensables, su exageración implica un problema de relación humana, cuyo extremo es la impotencia anorgástica. Esta se caracteriza por intensa y duradera erección, pero sin el componente normal del placer orgástico de la escisión amorosa con la mujer, aún cuando hubiere eyaculación. El hombre que padece este tipo de impotencia se siente el ser masculino privilegiado sobre las mujeres, pero en sus actos sexuales y en su vida en general, es un “castrado” de las condiciones fundamentales para el amor humano. La mujer y, en general los seres humanos que le rodean, son sólo cosas para su uso personal. Jamás consultan por su impotencia anorgástica, pues sería confesarle al médico el fracaso afectivo de su vida. Carecen del componente afectivo del orgasmo y son los Don Juanes capaces de las más exquisitas maniobras sexuales a sus compañeras, sólo para obtener la esperada respuesta narcisista de su gran hombría. Cuando la mujer los requiere de un amor genuino y total, huyen de ella o caen en la impotencia eréctil con gran ansiedad, dado que ha fallado el órgano que les sirve de espejo a las profundas distorsiones narcisistas del carácter. Entonces sí piden consulta y se someten a cualquier maniobra o tratamiento que mágicamente rehaga la potencia perdida. Son los casos en los que sólo un largo psicoanálisis puede intentar aliviar. Recordaría al urólogo la conveniencia de interrogar a todo paciente y sobretodo al impotente el grado de participación afectiva con su compañera sexual, tanto en el coito como en su vida en general, pues no debemos olvidar que la conducta es unitaria.

En el otro extremo de estas impotencias funcionales, estaría la impotencia simple de la personalidad inhibida fóbica e histérica. Este síntoma raras veces es total, casi siempre es episódico y alterna con trastornos del tiempo de la eyaculación. Los detalles psicodinámicos de estos pacientes nos llevarían mucho

tiempo, pero vale la pena mencionar que son personas con capacidad de amar, pero con inhibición de los canales para su realización. En la conflictiva inconsciente de estos pacientes existe siempre la angustia de castración, no siendo raro el incremento del componente femenino de la bisexualidad. A diferencia del impotente anorgástico que requiere de un largo psicoanálisis para destruir su coraza narcisista que encubre su carencia afectiva infantil, estos pacientes inhibidos son buenos casos para el psicoanálisis y aún para la psicoterapia explicativa y la de apoyo analíticamente orientada. En algunos casos, el urólogo que quiere ganar la comprensión de un ser humano, sin importarle el tiempo de consulta, puede prescribir ansiolíticos en las crisis de impotencia de esta clase y orientar y animar al paciente a una realización más cabal de su vida. Esta conducta médica ayuda, pero no soluciona la base caracterológica del trastorno. Sin embargo, puede servir como puente para una adecuada referencia al especialista en la siguiente recaída.

La impotencia situacional es aquella en que al síntoma aparece aislado e inmediatamente después de un cambio externo vital e importante. La anamnesis revela el episodio desencadenante que conmovió el sistema defensivo mental. La explicación y el consejo administrado comprensivamente por el urólogo ayudan mucho al paciente y le impiden caer en la depresión y ansiedad secundarias por el síntoma que disminuye la autoestima. Es frecuente en el inicio de la vida sexual del adolescente y en la infidelidad conyugal ocasional. El médico actúa como una conciencia moral más realista, que contrarresta lo punitivo de la conciencia moral inconsciente, aliviando así el sentimiento de culpa que es uno de los factores inhibitorios causales.

Para terminar con mis comentarios acerca de la impotencia, quiero señalar que ésta puede ser sólo el síntoma aparente, a veces el más aparatoso y menos trascendente, de un cuadro psicótico subyacente. En ocasiones el esquizofrénico ambulatorio, consulta por impotencia. Con algunos conocimientos básicos de la psicodinamia de las psicosis, se pueden detectar las alteraciones del pensamiento y de la conducta, sobretudo en el área de la adecuación a la realidad. El masaje prostático en estos pacientes puede precipitar los síntomas paranoides de la esquizofrenia. La impotencia sintomática que acompaña a la depresión es la regla y aparece como falta del apetito sexual en el ritmo habitual de cada paciente. La importancia del cuadro subyacente indica que la melancolía puede agravarse.

La EYACULACION PRECOZ es demostrativa de angustia en el acto sexual. Es muy frecuente en la personalidad obsesivo compulsiva y no siempre es consciente, considerándola el paciente dentro de su habitual manera de ser. Consulta por el síntoma, o más propiamente dicho, se hace sintomática la eyaculación precoz, cuando acarrea insatisfacción prolongada en la compañera normal y da lugar a desequilibrios importantes de la adaptación conyugal más allá del acto sexual y que se expande a toda la familia. El consejo conyugal a la pareja, con la explicación de la mecánica y afectividad del acto sexual, puede mejorar el síntoma. Se debe intentar esta conducta cuando se tienen conocimientos y habilidad para tratar el tema del coito con franqueza y respeto. Es indispensable

manejar en esta psicoterapia la planeación socioeconómica de la familia para aumentar los aspectos hedónicos y creativos y disminuir así la compulsividad. El que vive de prisa y compulsivamente reproduce unitariamente este patrón en su vida sexual.

Pasemos a otro tema que trataré brevemente. Me refiero al ORGASMO SECO ulterior a la PROSTATECTOMIA. En el tratamiento psicoanalítico de pacientes que han sido operados y en mujeres cuyos maridos lo han sido, se pueden observar diversas manifestaciones mentales de angustia por el orgasmo seco. Uno de los componentes normales del orgasmo masculino es el placer expulsivo del líquido seminal. En muchas mujeres parece ser también un factor importante del orgasmo las sensaciones complementarias de recibir el líquido espermático, además de las importantes fantasías cargadas de afectividad amorosa en ambos compañeros de dar y recibir mutuamente. Creo que debe advertírsele del orgasmo seco al paciente que va a ser intervenido. Generalmente esta situación no representa un problema duradero porque es compensado por los demás elementos del orgasmo. El urólogo puede explicar y animar al operado a propósito de los componentes afectivos positivos, cuando el orgasmo seco se convierte en causa de sufrimiento mental.

Otro padecimiento interesante de comentar es la ENURESIS INFANTIL. Hay que distinguir la enuresis infantil verdadera, ya sea de predominio diurno o nocturno, de la situación, llamada también enuresis, cuando el niño aún no ha logrado control esfinteriano vesical permanente. Se trata en esta condición de trastornos del desarrollo emocional. En cambio la enuresis verdadera es uno de los síntomas del cuadro más amplio de la regresión mental, ya que etapas del desarrollo logradas, como el control de esfínteres, se pierden y en la regresión emergen etapas infantiles previas. En todo caso de enuresis infantil hay que descartar la posibilidad de alteraciones orgásticas del tracto genitourinario. Con cierta frecuencia se observan E. E. G. anormales con signos de retardo en la maduración del S. N. C. La sola administración de medicamentos no es suficiente para la desaparición del síntoma. Está indicada la exploración psiquiátrica del niño con entrevistas detalladas a los padres para explorar el ambiente y la estructura familiar. En ocasiones sólo el tratamiento psicoanalítico de los pequeños pacientes cura el síntoma, pues soluciona los factores mentales que retardan el desarrollo. A veces está indicada la reeducación del reflejo. Hay que proteger al niño de los castigos innecesarios y hasta dañinos a los que son sometidos, que aumentan el síntoma y agregan el componente de humillación que perturba la evolución de su personalidad. Muchos niños y aún mujeres adultas tienen INCONTINENCIA VESICAL EMOTIVA asociada con el carácter histérico.

El último tema que trataré es el de la CIRCUNCISION PREVENTIVA O CURATIVA DE LA MASTURBACION INFANTIL. Cuando la masturbación tiene un carácter compulsivo y exhibicionista, es sólo un síntoma aparente de trastornos más graves, pero los padres por su angustia pueden inducir al urólogo a circuncidar al niño con grave lesión de su personalidad, pues el síntoma se inhibirá pero creará otros problemas de índole traumática. La masturbación no compulsiva

es normal en el desarrollo psicosexual y desaparece al superarse ciertas etapas. Aún cuando esté indicada la circuncisión por malformaciones o infección, deberá siempre prepararse al niño psicológicamente. Operársele sin avisarle es una agresión de los padres a la que el urólogo puede colaborar actuando iatrogénicamente.

Para terminar esta incursión panorámica de un tema tan vasto, sólo me resta animar a los urólogos y médicos en general, a que profundicen sus conocimientos acerca del desarrollo de la personalidad, para intentar accesos terapéuticos más integrales al comprender las alteraciones de la vida sexual.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán, 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50