



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES
Escuela de Psicología

**Estudio de las significaciones de urólogos chilenos sobre las
disfunciones sexuales masculinas y el rol de la psicología**

**Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título
Profesional de Psicólogo**

Profesor Guía: Homero Alejandro Céspedes Orellana
Alumno: Esteban Geisse Blumenberg

Santiago – Chile, diciembre de 2016

Dedicatoria

A mi hijo Sebastián, que es la luz en mi vida, y el gran motor e impulso de superación para seguir adelante. También a mi madre Estrella, que en paz descanse, y sigue siendo luz en mi camino de vida.

Esteban Geisse Blumenberg, diciembre 2016

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que me apoyaron e hicieron posible el desarrollo de esta investigación, desde los médicos urólogos entrevistados, por su valioso tiempo y buena disposición, a mi profesor guía y a amigos cercanos y a mi hijo Sebastián, que de una u otra forma estuvieron presentes y me prestaron apoyo logístico y emocional en la concreción de este trabajo.

Esteban Geisse Blumenberg, diciembre 2016

Índice

• Resumen	5
• Capítulo I. Introducción	7
• 1.1. Justificación	10
• 1.2. Planteamiento del problema	14
• 1.3. Objetivos	19
• 1.4. Limitaciones del estudio	20
• Capítulo II. Marco Teórico	21
• Capítulo III. Marco Metodológico	90
• Capítulo IV. Resultados y Discusión	115
• Capítulo V. Conclusiones y Sugerencias	147
• Capítulo VI. Referencias	150
• Anexo 1: Guion temático	157
• Anexo 2: CD con PDF entrevistas	159

Resumen

Este estudio intenta dar una mirada descriptiva y actualizada desde la visión técnica de la psicología a los puntos o posturas teóricas tanto de acuerdo, de divergencia, y/o las contingencias que se han ido generando entre esta disciplina y la urología, en torno a las disfunciones sexuales masculinas, producto de su trabajo históricamente en paralelo, pero no coordinado.

Para esto fue utilizado el enfoque teórico del interaccionismo simbólico de Blumer (1938) y metodologías cualitativas, en la obtención, elaboración y análisis de datos de campo; los a su vez fueron extraídos de entrevistas realizadas a médicos urólogos no subespecialistas en andrología, de la ciudad de Santiago de Chile. De modo que sus posturas teóricas y opiniones, luego fueron contrastadas con la evidencia científica actual, la que a su vez, se obtuvo de una revisión bibliográfica del estado del arte del paradigma urológico internacional para disfunciones sexuales masculinas.

Así, por una parte, esta investigación permitió determinar que el paradigma urológico internacional está atravesando por un proceso de profundos cambios conceptuales o revolución científica (Kuhn, 2004), iniciada a partir del año 2010. Mientras que, por otra parte, muestra que los urólogos de la muestra están aún anclados en el antiguo paradigma, que al tener solo un enfoque neurofisiopatológico de las disfunciones sexuales masculinas, excluye por completo los componentes psicológicos inherentes a estas dolencias, rechazando y denostando además las concepciones teórico-procedimentales y sobre todo, y de especial de importancia para esta investigación, el rol de la psicología en esta área.

Este fuerte sesgo hacia un paradigma científicamente obsoleto, podría ser explicado, en parte en la formación eminentemente pragmática y una autoimagen de cirujanos especialistas de opinión incuestionable, de los urólogos chilenos, que no aceptaran fácilmente cambios paradigmáticos, que en la práctica no solo complejizarían sus

metodologías clínicas, sino que, además, incorporarían la figura de los psicólogos, que no son considerados como profesionales del mismo nivel.

Es importante también considerar que esta alta resistencia al cambio de parte de los urólogos en el país, también se debe a un fenómeno socio cultural, ya que al estar insertos en una economía de libre mercado que apela hacia la funcionalidad del sistema, se dificulta más la posibilidad de hacer una reformulación de los modelos teóricos-procedimentales que permitan un cambio de paradigma. Así, como también, se vería dificultada la relación actual que tienen con las clínicas y en forma indirecta con las farmoquímicas, ya que bajo esta perspectiva las disfunciones sexuales masculinas, solo serían tratadas por fármacos que estimulen una respuesta satisfactoria en los pacientes.

En conclusión, como fue mencionado anteriormente, la urología en este país se encuentra en una situación compleja que para muchos puede pasar desapercibida, como es el caso de la ya comprobada insuficiencia en el tratamiento neurofisiopatológico. Además, de una alta dificultad en obtener algún tipo de información al respecto, ya que por una parte no existen investigaciones en Chile que puedan develar esta problemática, como también un acceso muy limitado hacia los profesionales de esta área. Es por esto, que se recomienda este estudio como un manual que permita comprender la realidad referente a las discusiones internacionales sobre las disfunciones sexuales masculinas que facilite a los futuros lectores aventurados en este campo, aportar en el trabajo en conjunto de la Psicología u otras disciplinas, generando un trabajo interdisciplinario con apertura de mira hacia los conflictos de hoy y el mañana.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda la problemática de las disfunciones sexuales, en adelante MSD (*Male Sexual Dysfunction*, por sus siglas en inglés) acotada a sus dos patologías predominantes, la disfunción eréctil (DE) y la eyaculación precoz (EP). Junto a esto, tiene como objetivos principales develar una arista que hasta el día de hoy ha pasado un tanto desapercibida para la psicología y la urología, durante su histórico y particular abordaje de las MSD, como también, dar luces sobre las dificultades que podrían interferir en un futuro trabajo multidisciplinario entre estas dos especialidades de la salud.

La arista recién mencionada, se refiere en términos generales, a la postura crecientemente excluyente que está presentando en las últimas décadas la urología, respecto del rol y del aporte de la psicología en el área de las disfunciones sexuales masculinas (Acuña, 2005).

Antes de entrar de lleno en la problemática de este estudio, es conveniente desde ya, contar con una definición amplia y precisa de las MSD. Para esto, se tomará la definición general de disfunciones sexuales dado por J. Álvarez-Gayou (1998), quien las define como: “Alteraciones persistentes en una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o su pareja” (p. 64), siendo estas fases, las del deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Es decir, las MSD no sólo ejercen influencia individual en quien las padece, al dificultar el desempeño sexual del hombre, sino que el problema también se traslada a su pareja, pudiendo dañar la relación de la pareja misma, al interferir en el normal acercamiento erótico-íntimo, que es inherente a la sexualidad humana. (Álvarez-Gayou, 1998; Organización Mundial de la Salud, 1975; Rathus et al., 2005; *World Health Organization*, 2006).

Como primeros antecedentes a considerar, se tiene que las Disfunciones sexuales masculinas presentan un importante nivel de prevalencia que van entre un 10-30% de la población masculina madura sexualmente, generando un fuerte impacto negativo sobre su salud sexual y psíquica. No obstante, históricamente han tendido a ser tratadas y/o ocultadas como un tema tabú, tanto a nivel social, como institucional. Esto debido principalmente a los prejuicios socio-culturales connotados con una alta carga negativa con

que las Disfunciones Sexuales Masculinas repercuten sobre la virilidad y valía masculina (*European Association of Urology Guidelines Office*, 2014; Hatzimouratidis & Giuliano, 2010; *International Society for Sexual Medicine*, 2014; Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gíngell, Moreira, Wang, 200; OMS, 1975). Fenómeno que, en la cultura latinoamericana, sólo recientemente está disminuyendo lentamente en la población joven, cuyo enfoque hacia la sexualidad y sus problemáticas se devela de manera mucho más amplia y abierta (Álvarez-Gayou, Sánchez & Lara 1986; Acuña, 2005; García-Gutiérrez, 2005; Rathus, 2005; WHO, 2006).

Incluso la OMS, ya en 1995 y bajo un criterio de salud pública a nivel mundial, desarrolló el concepto de Salud Sexual¹, resaltando la importancia del desempeño y desenvolvimiento normal con que el ser humano interactúa en su dimensión sexual. Basado en lo anterior, es que se podría inferir que las MSD podrían afectar directamente la Salud Sexual del hombre que las padece y potencialmente la de su pareja.

En este punto, resulta posible sumergirse en el conjunto de particularidades de las MSD que motivaron este estudio, que si bien parte tomando elementos de una problemática de nivel internacional -que será el punto de referencia- termina focalizándose en la realidad nacional.

En primer lugar, es necesario resaltar que, desde el siglo pasado a nivel global, las MSD han sido importantes objetos de estudio e intervención clínica, tanto de la urología, como de la psicología clínica; además este abordaje se ha dado históricamente en forma paralela y no coordinada entre estas dos especialidades de la salud (Acuña, 2005; Rathus, 2005; Mc Cary et al., 2000). En relación a esto mismo, se evidencia que estos enfoques se fueron haciendo cada vez más disonantes entre sí, desde de las décadas de 1970-1980, lo que se agudizó en extremo a partir de los grandes desarrollos clínico-urológicos que se inician en la década de 1990. Estos fueron de tal magnitud en los países desarrollados que produjeron una revolución en la urología, específicamente dentro del área inicialmente conocida como Medicina Sexual, lo cual, dio origen a la subespecialidad de uro-andrología

¹ Esta fue definida por OMS (1975), como “la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (p. 6).

y posteriormente de neuro-uro-andrología; países donde esta subespecialidad, ha pasado a ser la encargada de tratar en forma casi exclusiva de las MSD (Acuña, 2005; *ISSM*, 2014; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013; Lizza & Rosen, 1999).

Y es en relación a todo lo referido anteriormente, que se llega al foco de la problemática de este estudio: El hecho de que esta disonancia de posturas, tiene su base en las concepciones etiopatogénicas de las MSD, que han desarrollado la urología y la psicología clínica en las últimas tres décadas (Acuña, 2005; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013). Pero este hecho -que pareciera de fácil visualización-, sólo se hace evidente, cuando se entra en un análisis comparativo/compresivo de ambas concepciones etiopatogénicas.

Por otra parte, al traer esta problemática al caso chileno, y tratar de analizarla en su contexto particular, se complejiza más el trabajo. Puesto que conlleva superar las barreras que presentará a un psicólogo, tanto el procesar material técnico muy especializado y del dominio casi privativo de una subespecialidad médico-quirúrgica (Urología U. Chile, 2014; Urología UC, 2014); cómo también, el interactuar con especialistas chilenos que, por su misma especialización en cirugía, están acostumbrados a trabajar clínicamente en forma individual -casi aislada de otros profesionales-. Los que presentan además una alta resistencia a discutir temas de su especialidad, con profesionales que no tengan como mínimo el rango de médicos generales -como se verá en detalle más adelante-.

Otro aspecto a destacar de la realidad nacional, es que en Chile casi no existe información epidemiológica sobre las MSD (Minsal, 2010; Venegas & Baeza, 2004), y que al parecer gran parte los urólogos chilenos solo recientemente estarían dimensionando su importancia, (Palma-Ceppi et al., 2014; Terra & Palma-Ceppi, 2012). Aparecen además interrogantes, tanto sobre el nivel de actualización de los urólogos chilenos a los últimos desarrollos y posturas uro-andrológicas, como sobre la forma en que estas patologías de nivel de subespecialidad (uro-andrología), son abordadas por urólogos en cuya formación general no estaban aún incorporadas estas materias -no existe la subespecialidad de uro-andrología en Chile- (Urología U. Chile, 2014; Urología UC, 2014).

Recapitulando, será en el amplio contexto recién presentado, que este trabajo se enfocará en estudiar y dilucidar, desde la mirada comprensiva-cualitativa de la psicología,

tanto las visiones y concepciones que tienen los urólogos chilenos sobre las MSD, como también sus posturas hacia el rol que le correspondería a la psicología en estas problemáticas. Y el cómo, esta postura excluyente de la urología podría interferir en un potencial futuro trabajo interdisciplinario psicología/urología, el que aparentemente presentaría una serie de impedimentos, sobre los que se pretende dar alguna luz.

1.1. Justificación

1.1.1. Por qué vale la pena

Un primer punto a especificar respecto de la relevancia del presente estudio, que gira en torno a una arista particular de las MSD, es que somos seres sexuados y eminentemente sexuales, faceta que abarca desde la manera en que se configuran la autoimagen y autoestima, hasta las formas y modos de mirar la realidad (Álvarez-Gayou, 1986). De aquí, resulta pertinente destacar el concepto de salud sexual de OMS (2002), desarrollado con el objetivo de englobar todos los aspectos y factores que influyen en un estado saludable de esta faceta fundamental del ser humano. Así, podemos decir, que las MSD al producir importantes alteraciones en la salud sexual de quien las padece, pudiendo incluso afectar a sus parejas sexuales, son patologías que tienen importantes efectos sobre la vida de los seres humanos y no pueden seguir siendo evadidas o tratadas como temas tabúes, ni a nivel social ni estatal (Álvarez-Gayou, 1998; García-Gutiérrez et al., 2005; McCary, 2000; Rathus, 2005; OMS, 2002; WHO, 2006).

A lo anterior se suman los hechos que, si bien desde inicios de la década del 2000 en los países desarrollados, estudios internacionales han establecido concluyentemente que los niveles de prevalencia de las MSD se ubican entre un 10-30% para la población masculina sexualmente activa, y que incluso su negativa incidencia ha salido con fuerza a la luz pública en los últimos 20 años a través de los medios de comunicación de masas. Y que estando aceptado que las MSD son patologías de relevancia epidemiológica, en la mayor parte de estos países, se implementaron políticas de salud pública, emanadas desde las administraciones estatales respectivas (EAU Guidelines Office, 2014; Jannini, McMahon

& Waldinger, 2013; Hatzimouratidis & Giuliano et al., 2010; Venegas & Baeza, 2004; WHO, 2006). Pero al mirar la realidad chilena, donde ni siquiera existen estudios epidemiológicos sobre las MSD (Minsal, 2010), es evidente que no existe consciencia estatal sobre esta problemática, y por ende de la necesidad de respuestas a nivel de políticas de salud de pública. Por esto mismo es que este estudio pretende resaltar estos hechos, levantando así una voz de alerta al respecto, adquiriendo con esto una relevancia de tipo público y social.

Un segundo punto, es el rechazo oscilante de la uro-urología a los criterios diagnósticos de los manuales DSM-III y DSM-IV-TR para la Eyaculación Precoz; el que se hizo oficial con los cuestionamientos de M. Waldinger & D. Schweitzer (2006-a; 2006-b) y M. Waldinger & D. Schweitzer (2007), tachándolos de subjetivos, poco científicos, y de estar influenciados por los intereses de las grandes empresas farmoquímicas. Cuestionamientos que sumados a los de otros investigadores, terminaron a finales de los 90`s por dar origen al Comité de Nomenclatura de la Asociación Internacional de Medicina Sexual –NCISSM- (*Nomenclature Committee of the International Society for Sexual Medicine*), organismo dependiente de la *International Society for Sexual Medicine (ISSM)*. La que pasó a ser la entidad mundialmente reconocida por los urólogos, para dictar los criterios y definiciones técnico-metodológicas sobre las MSD -y otras patologías atingentes a la medicina sexual-. Criterios que sin embargo aún no son absolutos, puesto que algunas asociaciones urológicas, americanas y/o europeas, pueden usar matices de estos criterios, e incluso llegar a aceptar por completo los manuales DSM-IV-TR (Hellstrom, 2007).

Esto muestra una pugna de intereses económicos, tras los cuales están las multinacionales farmoquímicas, que con sus gigantescas campañas publicitarias y lobby institucional (Lab Lilly, 2014), influyen continuamente a las asociaciones urológicas de todo el mundo. Lo que ha creado dos corrientes, una más proclive a usar dosis más altas en la medicamentación -encabezada por USA-, y otra más cautelosa que trata de no sobre medicar a los pacientes –principalmente europea- (Waldinger & Schweitzer, 2006-b).

El investigar sobre esto permitirá dilucidar, qué les ocurre a los urólogos chilenos con estas maniobras de mercadotecnia, y que consecuencias podrían sufrir los pacientes chilenos, aportándole a este estudio una relevancia de tipo económico-social.

Un tercer punto, gira en torno al nivel de actualización de los urólogos chilenos no subespecialistas en uro-andrología –más del 98%-, lo que además implicaría que no necesariamente manejan un conjunto de definiciones y procedimientos, actualizado y homogéneo para las MSD (Urología U. Chile, 2014; Urología UC, 2014).

Todo lo cual resalta la necesidad de discernir cuáles son estos criterios, y cómo los entienden y aplican los urólogos chilenos en la actualidad para tratar las MSD, dando así luces sobre puntos de contacto con los criterios de la psicología clínica, que allanará el camino a un potencial trabajo interdisciplinario Psicología/Urología. De modo que lo anterior le otorga al estudio relevancias de tipo académico e interdisciplinar.

Un cuarto punto, se desprende de la postura misma de la urología a nivel mundial, que afirmó por muchos años tajantemente que las MSD tenían sólo una etiopatogenia orgánica -o neurofisiopatológica- e incluso una importante base genética, lo que determinaría que la única solución a estas dolencias sería con tratamientos medicamentosos y/o quirúrgicos. Pero recientemente parte este paradigma uro-andrológico parece estar perdiendo solidez, puesto que ya se demostró que la supuesta base genética de la EP era errónea (Janssen, Olivier, Zwinderman & Waldinger, 2014). Lo cual resalta la necesidad de entender más a fondo el fenómeno del rechazo y exclusión de la psicología clínica en esta área. Puesto que incluso podría existir algún tipo de celo profesional de la urología sobre la psicología, respecto de un mercado amplio y lucrativo de pacientes cautivos en su gran mayoría. Debido a que la terapia farmacológica, tiene sólo efectos sintomáticos y temporales, -asunto por el que se criticaba duramente a la psicología-, y en este caso se normaliza como un desafío a superar (Acuña, 2005). Confiriéndole por tanto al estudio una relevancia de tipo ética y procedimental.

Quinto punto, se debe destacar que en el estudio bibliográfico preliminar -realizado en PubMed, Proquest y S-Cielo-, no se encontraron publicaciones que analizaran, la problemática del enfoque en paralelo de las MSD por la urología y la psicología; y tampoco se encontraron publicaciones, sobre el rechazo o menoscabo de la urología (uro-andrología) al enfoque teórico-procedimental de la psicología clínica, menos aún sobre el aporte que le concede en estas problemáticas. Lo que indicaría un vacío de conocimiento

al respecto, de modo que el investigarlo a través de un estudio de estado del arte, sobre las publicaciones de los científicos más destacados mundialmente en el área de uroandrogología, permitirá tener una visión actualizada desde lo Neurofisiopatológico a nivel internacional de esta problemática. Lo que le da una relevancia de tipo académica al estudio.

1.1.2 Qué se pretende analizar

Los esfuerzos de este estudio estarán destinados, en una primera fase, a obtener y analizar comprensivamente -desde la postura teórica de interaccionismo simbólico y una metodología cualitativa- las descripciones subjetivas de las visiones, posturas teóricas y/o significaciones, que los médicos urólogos tienen de las MSD, tanto en el plano etiopatagénico como en el plano procedimental. También, se indagará en las visiones y/o posturas subjetivas que los urólogos de la ciudad de Santiago presentan, respecto al rol y de los aportes que la psicología puede tener desde lo etiopatagénico y clínico, para tratamiento de las MSD.

Para en una segunda fase contrastarán parte de estas visiones y posturas con las encontradas a nivel de los países desarrollados. De este modo, se buscará obtener además, un análisis comprensivo/comparativo de la realidad local versus la internacional en la problemática de las MSD.

1.1.3. Las implicaciones que puede tener

Aportar a la investigación de material bibliográfico que funcione como propósito multidisciplinario entre la urología y la psicología clínica. También contribuir a equiparar la deficiencia sobre la comprensión bibliográfica de las MSD en Chile. Se contará con una descripción de las opiniones y posturas subjetivas que tienen los urólogos sobre el posible aporte de la psicología hacia el tratamiento de las MSD.

1.1.4. Quiénes se beneficiarán

Principalmente los psicólogos clínicos interesados en trabajar en el área de las MSD –posiblemente también los médicos- y posteriormente las personas que las padezcan. En primera instancia se podrá concientizar sobre esta problemática, que por una parte tiene una estrecha relación con la psicología que tiene como foco las problemáticas atingentes a la sexualidad humana. También podrían beneficiarse los médicos, ya que podrían tener una mayor amplitud en la comprensión y abordaje de las MSD que permitiría indagar en nuevas perspectivas de tratamiento. Y por último, las personas que la padezcan, en el sentido de que al existir una mayor información al respecto de las MSD, los pacientes podrían obtener una gama más amplia de posibilidades de tratamiento y recuperación, como también conocimiento previo que funcione de manera preventiva antes de padecer la disfunción.

1.2. Planteamiento del problema

Se iniciará este apartado intentando resaltar lo desapercibido que ha pasado a luz de la psicología clínica, la particular arista problemática de las MSD que aborda este estudio.

Esta arista gira en torno al rechazo de la urología, hacia los históricos aportes de la psicología clínica en el tratamiento de las MSD, el que se hizo crítico a partir de la década de 1990, cuando la urología –internacional- producto de revolucionarios adelantos tecnológicos, empieza a contar con potentes herramientas clínicas para enfrentar las MSD, en circunstancias que antes prácticamente no las poseía (Acuña, 2005; Alvares-Gayou, 1998; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013).

Al seguir la cronología de este fenómeno, se puede observar que este fuerte rechazo surge luego que la urología y la psicología, tuvieron por más de medio siglo, una convivencia armónica dentro abordaje paralelo y no coordinado, en los tratamientos de las MSD. Puesto que hasta ese periodo -década de los 70`s-, la urología que casi no contaba con herramientas, y le concedía un papel importante a la psicología clínica en

esta área, y solo fue a partir de las últimas condiciones, que se lo empezó a negar completamente.

Ante lo recién expuesto surge la interrogante sobre el porqué este fenómeno de rechazo sigue pasando desapercibido para la psicología clínica, en circunstancias que es la directamente afectada. (Acuña, 2005; Alvares-Gayou, 1998; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013).

Así para tratar de entender lo anterior, se realizará la siguiente comparación: Si partimos observando lo relativamente simple y directo que le resultaría a un psicólogo clínico, que se propusiera visualizar el impacto y relevancia de las MSD quien las padece. Lo lograría tan sólo consultando en algunos manuales de diagnóstico clínico y/o de sexología general (Álvarez-Gayou, 1998; *American Psychiatric Association*, 2001; McCary et al., 2000; Rathus, 2005).

No obstante, no le sería fácil, ni directo develar que bajo el hecho de que las MSD son tratadas en forma paralela por la urología y la psicología, se oculta una disonancia, un antagonismo y un rechazo importante, de la urología a la visión y aporte de la psicología clínica sobre estas patologías. (Acuña, 2005; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013).

Lo anterior, debido a que este rechazo surge de la concepción etiopatogénica, puramente orgánica (o neurofisiopatológica) de las MSD que tiene la urología, llegando incluso a postular que habrían importantes factores genéticos involucrados; con lo que relega a un nivel sólo reactivo, cualquier factor psicógeno que estuviera presente en las MSD (Giuliano & Clement, 2005; Giuliano & Rampin, 2004; Hatzimouratidis & Giuliano et al., 2010; Jannini, McMahon & Waldinger, 2011; Waldinger, 2002; Waldinger, Hengeveld & Zwinerman, 1997). De modo que, negándole toda base psicogénica primaria a las MSD, termina menoscabando y rechazando de plano la visión y el aporte que, a través de su concepción etiopatogénica y trabajo clínico, la psicología ha hecho y podría seguir haciendo en esta área. En contraposición a esa postura, en la concepción de la Psicología Clínica las MSD son patologías de etiopatogenia mixta, en la que pueden confluir factores tanto psicógenos como

orgánicos, dependiendo esto de variados factores (Álvarez-Gayou, 1998; McCary et al. 2000; Rathus, 2005; Reich, 1942, 1948).

Un ejemplo puntual de la postura urológica de rechazo hacia la psicología, se encuentra en A. Acuña (2005), quien por una parte responsabiliza a la psicología clínica del estancamiento que tuvieron los tratamientos médico-urológicos de las MSD, entre las décadas de los 40's y hasta comienzos los 90's, en las que predominaron los abordajes psicológicos, como los de W. Master & V. Johnson (1970, en Acuña, 2005), A. Kinsey (1948, en Acuña, 2005), H. Kaplan (1994, en Acuña, 2005) y A. Ellis (1962, en Acuña, 2005). Y por otra los acusa de crear falsas expectativas, de entregar resultados clínicos, superficiales y de carácter temporal, que demandan tratamiento permanente y de alto costo; el que es finalmente inoperante, en comparación a las soluciones que entregaría a bajo costo la urología (Acuña, 2005).

También, en una mirada a nivel mundial, puede verse como la mayoría de los grupos de investigadores uro-andrológicos más prestigiosos, a través de publicaciones - consecutivas en el tiempo- como las de: M. Waldinger, M. Hengeveld & A. Zwinerman (1997), M. Waldinger (2002), F. Giuliano & O. Rampin (2004), F. Giuliano & P. Clement (2005), M. Waldinger & D. Schwietzer (2006-a; 2006-b); D. Røsing et al. (2009), K. Hatzimouratidis & F. Giuliano et al. (2010), E. Jannini, Ch. McMahon & M. Waldinger (2013), y otras, han ido reafirmando, no solo la visión puramente **neuro-fisiopatológica de las MSD**, que relega a la calidad de reactivas y secundarias todos los posibles componentes psicógenos; también de forma directa o indirecta, estos ratifican el hecho que, se habría comprobado científicamente, que las concepciones etiopatogénicas y los abordajes terapéuticos de la psicología clínica para las MSD, son erróneos e ineficientes; naturalizando así su creencia de que el abordaje uro-andrológico es el único viable.

Sin embargo, la mayoría de estos mismo autores, reconocen que durante el periodo de predominancia de la psicología para enfrentar las MSD (antes de los noventas), las ciencias médicas no contaban con las herramientas farmacológicas, ni procedimientos quirúrgicos básicos, que les permitieran tratar de forma eficaz las MSD (Giuliano &

Clement, 2005; Giuliano & Rampin, 2004; Hatzimouratidis & Giuliano et al., 2010; Jannini, McMahon & Waldinger, 2013; Rôsing et al., 2009; Waldinger, 2002; Waldinger, Hengeveld & Zwinerman, 1997; Waldinger & Schwietzer, 2006-a; 2006-b).

En este punto, es crucial destacar que, por las características comprensivo-descriptivas de este estudio, toda la gama de fenómenos implicados en este, serán analizados desde la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico de Blumer (1938). Puesto que esta perspectiva le da la cabida y relevancia necesarias, a la voz subjetiva del objeto de estudio –los urólogos de la muestra-, que se requiere en este caso.

En esta misma línea, hay que resaltar varios fenómenos fuertemente relacionados entre sí, y que están entre los principales hilos conductores de este estudio.

En primer lugar, está el hecho que para un psicológico clínico, no tiene por qué ser clara, ni válida la afirmación denostativa, de que el actuar de la psicología clínica en el área de las MSD, interfirió fuertemente en desarrollos médico-urológicos; puesto que por su naturaleza misma la uro-andrología de la Psicología clínicas son áreas independientes. Incluso, si el citado fenómeno de la exclusión de la participación de la psicología fuera entendido desde el interaccionismo simbólico de Blumer (1938), como un modo particular de los urólogos de significación de la realidad de las MSD no por eso, se debería aceptar como una mirada objetiva, ni la única eficaz, para enfrentar las MSD; ni dejarían de llamar la atención, opiniones tan denostativas como las de Acuña (2005).

En segundo lugar, hay que considerar que al parecer tanto la base teórica uro-andrológica, como las visiones y opiniones que desde esta surgen hacia la psicología, han sido hasta la fecha de difícil y restringido acceso para los miembros de la psicología clínica -como argumento más arriba-. Por lo que se estaría en la presencia de un vacío de conocimientos, respecto de la realidad de estas complejas posturas de los urólogos chilenos hacia la psicología.

En tercer lugar, el hecho de que en Chile, si bien los urólogos están atendiendo a un número de pacientes cada vez más importante (Palma-Ceppi et al., 2014; Vengas & Baeza, 2004), al parecer aún no ha alcanzado los niveles de especialización que se

dan en los países desarrollados. De hecho, aún ninguna universidad chilena imparte la subespecialidad de uro-andrología (Urología U. Chile, 2014; Urología UC, 2014), y a la fecha sólo hay dos subespecialistas y están formados en el extranjero. Lo que se puede traducir en que estas complejas dolencias, solamente sean enfrentadas desde la visión más bien médico-quirúrgica de urólogos no subespecialistas, que no necesariamente es la más completa y actualizada.

Basado en toda esta gama de hechos y circunstancias recién descritas, el problema específico a abordar en este trabajo, se acotará a describir y analizar con una mirada psicológica descriptivo-comprensiva (desde el interaccionismo simbólico y con una metodología cualitativa) tanto las concepciones teórico-procedimentales, como el fenómeno del rechazo, que los urólogos, en particular los chilenos, presentan sobre el aporte y el rol que le cabría a la psicología el área de las MSD.

Para lograr lo anterior este estudio se nutrirá de dos vertientes, una teórico-bibliográfica proveniente de un estudio de estado del arte de las principales publicaciones de la uro-andrología internacional; y otra empírica, que se obtendrá de un trabajo de campo sobre una muestra de urólogos chilenos no subespecialistas –ni en uro-andrología o medicina sexual-. De manera que la información teórica de la primera vertiente, servirá como criterio de comparación y análisis, sobre las citadas concepciones y posturas, incluso prejuicios, que pudieran encontrarse en los urólogos chilenos respecto de la labor de la psicología clínica. Y además, intentará entregar datos generales que promuevan a la necesaria toma de conciencia, de los organismos estatales pertinentes.

Como punto final a este apartado, se puede plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las significaciones teórico-procedimentales de las MSD, y las posturas que presentan Urólogos de la ciudad de Santiago de Chile, hacia el rol de la psicología en esta área?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- **Conocer de modo exploratorio**, tanto las **significaciones** teórico-procedimentales de las MSD, como las **posturas** que presentan Urólogos de la ciudad de Santiago de Chile, sobre el rol de la psicología en el área de las MSD.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar, a través de un estado del arte, los resultados de la compilación de los estudios científicos relevantes de los últimos 20 años respecto a las a MSD, desde lo etiopatológico y procedimental.
- Identificar y describir por medio de un análisis cualitativo-comprensivo, tanto las concepciones etiopatogénicas y metodologías de diagnóstico y tratamiento para MSD, como el conjunto de supuestos y creencias subjetivas, que al respecto presenten los urólogos de la muestra.
- Conocer las opiniones y valoraciones que tienen los urólogos, tanto respecto a los componentes psicológicos potencialmente involucrados en la etiopatogenia, y metodologías de diagnóstico y tratamiento de las MSD.
- Desarrollar una breve discusión en torno a los hallazgos empíricos de este estudio a la luz del análisis bibliográfico antes propuesto.

1.4. Limitaciones del Estudio

Una de las principales limitantes es el pequeño tamaño de la muestra, de solo seis entrevistados - de los ocho urólogos contactados solo seis autorizaron se grabará la entrevista- con la que se realizó el trabajo de campo -por lo difícil que resulta para alguien que no es médico, obtener entrevistas técnicas gravadas de estos especialistas-. De modo que no se logró llegar a la saturación teórica, como sería ideal en un estudio de tipo cualitativo como este. Sin embargo, como la metodología de muestreo fue guiada por el muestreo teórico (Corbin & Strauss, 2002), se logró hacer un barrido de amplio espectro tanto respecto a lo etario, la experiencia y lugares de trabajo -hospitales, clínicas AB y clínicas ABC1- de los urólogos seleccionados, como también respecto a niveles socio-económicos y rangos etarios de los pacientes que estos atienden. Lo que otorgaría un mejor grado de valides.

Pero se estima que se deberían haber entrevistado a unos 8-10 urólogos, para alcanzar una saturación teórica, lo que le que restaría cierto nivel de confiabilidad la parte experimental de estudio.

Respecto de la parte teórico-bibliográfica del estudio, se lograron superar las barreras idiomáticas y monetarias -casi todos los papers en un inglés técnico complejo, siendo todos estos de alto costo- implícitas, por lo que se ha logrado hacer un amplio barrido de la temática y un profundo análisis de los datos. Lo que permitió contar con un marco de comparación teórica fiable, con el que se contrastaron los resultados de la parte analítica. De modo que los resultados finales, son por lo menos descriptivos de una importante parte de las posturas de los urólogos en la temática en cuestión.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Teórico-conceptuales

2.1.1.El interaccionismo simbólico como modelo de comprensión de los fenómenos humanos

Esta investigación está enmarcada en un diseño interpretativo comprensivo, debido a que busca conocer, comprender e interpretar la significación que otorgan los médicos chilenos a las MSD y a las posturas sobre el rol de la psicología en esta área. El uso de esta técnica permitiría conocer la realidad tal como es, captando los significados más relevantes de los actores involucrados.

Por lo tanto, esta investigación está sustentada en el paradigma cualitativo, donde se busca analizar las respuestas de los médicos chilenos a sus principales medios de tratamiento de las MSD y también el rol de la psicología desde su perspectiva. Es necesario destacar que los actores involucrados están sujetos a un contexto médico, perteneciente a una subcultura particular que posee determinados códigos que están en constante cambio, derivados de la naturaleza del acto social, que va produciendo significado a través de la interacción (Blumer 1969). Es por esto, que podría ser de mucho provecho para este estudio, conocer si la articulación de significado con respecto a las prácticas médicas, permiten la interacción con el medio o al contrario, si se ha ido transformando en una estructura rígida.

Por todo lo anteriormente mencionado es que se ha elegido el enfoque Psicosocial del Interaccionismo Simbólico como el más propicio para los fines de este estudio, ya que resulta de gran importancia lograr analizar las respuestas de los médicos desde su interacción, tanto con sus pacientes como con sus colegas. Desde aquí, se podrían obtener importantes avances hacia la producción de significado de como ellos tratan la MSD y también de la posibilidad de un trabajo en conjunto con la psicología u otras disciplinas. Resulta fundamental dar cuenta que desde el interaccionismo simbólico la

producción de significado de un fenómeno va relacionada intrínsecamente con la definición de sí mismo y la relación cambiante que posee con el entorno.

2.1.1. Fundamentos del enfoque teórico

El interaccionismo simbólico es un enfoque teórico creado por Herbet Blumer en el año 1938 y busca la exploración, el análisis y el estudio de los individuos a través de su manera de significar la realidad con el objetivo de ofrecer un conocimiento verificable de la vida de grupos y del comportamiento humano, sin importar su diversidad. (Blumer, 1969)

Con respecto a las tres premisas fundamentales del interaccionismo simbólico, la primera alude a que los seres humanos actúan hacia los objetos dependiendo de su significación hacia ellos. Segundo, el significado surge en la acción social. Tercero, los significados se modifican a través de un constante proceso de interpretación. (Blumer, 1969).

Se hace necesario antes de continuar con las definiciones de Blumer (1969), indagar en el filósofo y psicólogo social George Mead, creador de los cimientos del Interaccionismo Simbólico. Una de las grandes cualidades que tiene Mead (en Blumer, 1969), es que este propone examinar la interacción a través de la relevancia del acto de la interpretación. Esto marca un hito en la historia del conocimiento del ser humano, ya que es una fuerte crítica hacia el modelo que concibe al ser humano como un individuo que es reflejo de los estímulos que ocurren en su exterior, tales como; presiones ambientales, estímulos, actitudes e ideas como postulaba el conductismo clásico y la sociología en ese entonces, si no que, por el contrario, es la capacidad que tiene el ser humano de relacionarse consigo mismo la que le permita desenvolverse en el medio. Es desde aquí donde surge lo primordial dentro la investigación de este autor, que es la capacidad que tiene el ser humano de poseer un “sí mismo”. Según Mead (Blumer, 1976) es el “sí mismo” el principal mecanismo que posee el ser humano para

tratar con su entorno. Este mismo mecanismo es el que posibilita formularse indicaciones desde lo que lo rodea para así posteriormente orientar sus acciones desde lo que percibe. Sin embargo, la elaboración de la acción que los individuos procesen siempre va relacionada en un contexto social. Esto quiere decir que se van formulando las interpretaciones del “sí mismo” en relación a las opiniones ajenas ajustando su propia acción a la de los demás, produciendo de esta manera el acto social. (Blumer, 1969)

2.1.2. Significados e interacción: naturaleza de los objetos

Para comprender desde donde se articula el concepto de “acto social”, es importante revisar los conceptos de actos y gestos atribuidos por George Mead (Blumer, 1969). El acto es la capacidad que tiene un individuo de responder a los estímulos que ofrece el entorno. Estos se dividen en 4; i) Impulso, ii) Percepción, iii) Manipulación y iv) la Consumación. De modo que:

- i) El impulso, se refiere al estímulo sensorial que requiere una respuesta inmediata,
- ii) La percepción, es como este significa el estímulo presentado,
- iii) La manipulación, es la manera como la persona se dirige y modifica el estímulo,
- iv) La consumación, equivale a emprender la acción que satisface el impulso original. (Mead en Blumer, 1969)

Mientras que el acto, implica una sola persona en particular, los gestos van enfocados en la relación de los organismos y sus actos, que facultan el intercambio de información interpretada entre un organismo y otro. Según Mead, es desde el acto en relación a los gestos, como se produce el acto social, que permite la transformación de ambos organismos relacionados en una interacción (Mead en Blumer, 1969).

Volviendo a los postulados de Blumer (1969), para comprender en mayor profundidad el interaccionismo simbólico hay que explorar la existencia del concepto de “imágenes radicales”, estas representan el modo en que el interaccionismo contempla el comportamiento y la sociedad humana y también aluden al armazón del estudio del análisis. Están divididos en seis dimensiones: i) Naturaleza de la vida en las sociedades

y grupos humanos; ii) Naturaleza de la interacción social; iii) Naturaleza de los objetos; iv) El ser humano considerado como organismo agente; v) Naturaleza de la acción humana y vi) Interconexión de la acción (Blumer, 1969).

En una breve descripción de estas seis dimensiones centrales para el interaccionismo simbólico, se encuentra que:

i) La dimensión de la naturaleza de la vida en las sociedades y grupos humanos: Se refiere a el entendimiento de que la sociedad humana vista desde la acción tiene que ser el punto de partida y retorno de todo esquema que trate y analice la sociedad empíricamente, de que hay que respetar el hecho de que la sociedad se compone a través de personas involucradas en la acción.

ii) En la naturaleza de la interacción social: No se queda solo en la validación de la interacción social si no que la da una importancia vital, ya que la interacción no es solo vista como un modo de expresión que permite comunicarnos unos a otros, sino que además, va formando el comportamiento humano.

iii) Naturaleza de los objetos: Un objeto es todo lo que pueda señalarse o hacerse referencia, y se dividen en tres clases: Objetos físicos; mesas, autos, edificios; Objetos sociales: Estudiantes, empresarios, obreros; Objetos abstractos: Principios morales, valores etc. De modo que es el significado es que el determina como una persona ve el objeto.

iv) El ser humano considerado como organismo agente: Es cuando un individuo es objeto de sus propios actos, es decir es capaz de tener un “si mismo”, un self que lo posicione en un rol social.

v) Naturaleza de la acción humana: El individuo se halla ante un mundo que debe interpretar para actuar y no solo un entorno al que responde de manera mecanicista y automática.

vi) Interconexión de la acción: Es la existencia de ciertos códigos que se producen entre los distintos miembros de un grupo social y de la capacidad de interpretarlos para ser parte de este (Blumer, 1969).

Respecto de significar la realidad, cabe decir que no se refiere, ni a considerar el significado de manera intrínseca a lo que se tiene, es decir de manera tautológica, porque se caería en el error de no atribuirle ningún proceso al por que se accedió a ese significado, ni tampoco considerar al significado como algo añadido de la expresión de los aspectos constitutivos de la psique; ya que esto mismo puede producir limitación de los procesos de significados, debido a que cada persona atribuiría algo distinto a lo que se busca referir. Mejor dicho, el acto de significar se basa en el proceso de interacción de los individuos, y es desde aquí que se considera que el significado es un producto social, un producto que surge a través de las actividades definitorias de los individuos en interacción. (Blumer, 1969)

Para no caer en los dos errores comunes de establecer significados, es muy importante resaltar el papel de la interpretación. Esta se divide en dos niveles: El primero, es la facultad que tiene el individuo de señalarse a sí mismo las cosas que poseen significado, esto mismo propone que existe un proceso social internalizado, debido a que la persona interactúa consigo misma. Y el segundo, es la manipulación de significados, puesto que el individuo selecciona, verifica y elimina, los significados en relación de la situación que se halla inmerso y la dirección de su acto. (Blumer, 1969)

Además, se hace necesario señalar que la interpretación es más que un procedimiento mecánico de significados establecidos, convirtiéndose en un proceso formativo, en que los significados son utilizados y revisados como instrumentos para la orientación de un acto. Es importante comprender que los significados se capturan a través del acto, en un proceso de auto interacción; por ejemplo, el significado que se le adjudica a un objeto determinado, irá cambiando a medida que el organismo en interacción social vaya modificándose. (Blumer, 1969).

Desde aquí mismo se puede ver al interaccionismo simbólico, como un proceso flexible, y que está en constante relación a las fluctuaciones dinámicas del mundo social y sus agentes creadores de significados. Cabe además resaltar que este enfoque teórico, no

se queda solo en la validación de la interacción social, si no que le da una importancia vital, ya que la interacción no es solo vista como un modo de expresión que permite comunicarnos unos a otros, sino que, además, va formando el comportamiento humano. Es por esto que es importante el factor de la interacción y las distintas significaciones atribuidas por los individuos, como núcleo de estudio de este enfoque. (Blumer, 1969)

Finalmente, en palabras de Blumer (1969) se puede afirmar que, es la reconstrucción de estos puntos de vista subjetivos, lo que se convierte en el instrumento para explorar y estudiar los diversos mundos sociales. Pero además, es indispensable que en esa exploración, el investigador pueda ver el mundo desde la perspectiva subjetiva de los sujetos están siendo analizados y estudiados.

2.2. Definiciones teórico-conceptuales y modelos explicativos de las MSD

Al iniciar este apartado como ya se ha explicado anteriormente, la urología y la psicología presentan distintas visiones y posturas respecto a las MSD. Y si bien dentro de la psicología, algunas de sus escuelas o corrientes pueden presentar matices de distinta índole al respecto. Se han logrado por años desarrollar y manejar conceptos generales, que, a nivel de sintomatología, han sido recogidos y estandarizados por asociaciones de psiquiatras y sexólogos -en su mayoría psiquiatras- desde lo psiquiátrico. (Álvarez-Gayou, 1986)

Estas estandarizaciones tienen las limitantes propias de un enfoque descriptivo sintomatológico, que no hace referencia a las bases etiopatogénicas, sin embargo, constituyen una potente herramienta universalmente aceptada, desde la psicología y en parte desde la urología –como se verá más adelante- para definir las psicopatologías. Las que dan una descripción general que permite a todas las escuelas hablar de las mismas psicopatologías, independientemente del cómo éstas sean

conceptualizadas y vayan a ser tratadas después, según los diferentes enfoques (Acuña, 2005; Álvarez-Gayou, 1986).

2.2.1. Definiciones y/o Clasificaciones Sintomatológicas desde la Psicología/Sexología y la Urología de las MSD

El contexto en el que desenvuelve este estudio, es fundamental contar con una gama definiciones teóricas sobre las MSD, que provengan tanto desde la psicología, como desde la urología.

Por lo anterior se iniciará esta sección, exponiendo la definición-clasificación sintomatológica general de las Disfunciones sexuales, y luego las de Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz, dadas en los Manuales de Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association el DSM (actualmente DSM-IV-Tr y DSM-V).

Y se usará específicamente el DSM-IV debido a que sus definiciones han sido históricamente usadas por la psicología/Sexología y la urología internacional, y porque también en Chile es usado en los Informes y guías clínicas del MINSAL, lo que hace suponer que son usadas por los urólogos chilenos. (MINSAL, 2010). También se dará la definición de salud sexual, de la Organización mundial de la Salud (OMS, 1975), que permite contextualizar mejor a las MSD en el ámbito de la salud humana.

Se tiene que el manual de diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), define las disfunciones sexuales como...” Una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual.” (p.505).Donde el ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases: 1) Deseo, 2) Excitación, 3) Orgasmo y 4) Resolución. Y su detalle es: 1. Deseo: Consiste en un periodo de fantasías sobre la actividad sexual y el deseo del involucrado de llevarlas a cabo.

2. Excitación:

Consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos (pp.' 505-506).

3. Orgasmo:

Consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen.” (p. 506).

4. Resolución:

Consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable” (American Psychiatric Association, 1995, p.506).

Después de exponer brevemente el espectro de MSD que define el DSM-IV -sólo se considerará la Disfunción Eréctil (DE) y la Eyaculación precoz (EP)-, se procederá a detallar las características y criterios diagnósticos que el manual entrega para estas.

F52.2 Disfunción Eréctil (302.72)

Debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos, sin requerirse que las molestias se hayan presentado por un periodo importante de tiempo (American Psychiatric Association, 1995):

Criterio A: “La característica esencial del trastorno de la erección en el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual” (p. 517).

Criterio B: “La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales” (p. 517).

Criterio C: “Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica” (p. 517)

Además se diferencian varios subtipos, que especifican (American Psychiatric Association, 1995):

i) Su periodo de inicio:

- De toda la vida: cuando el trastorno aparece desde que el individuo inicio su actividad sexual.
- Adquirido, cuando el trastorno se inicia tras haber transcurrido un periodo de actividad sexual normal posterior

En ambos casos se debe determinar, si es de carácter:

- Situacional: solo en algunas situaciones o compañero sexual.
- General: en cualquier o compañero sexual permanente o solo

ii) Si su etiología es debido ha:

- a) Factores psicológicos, donde no hay factores orgánicos implicados.
- b) Factores combinados, hay implicados tanto factores orgánicos y psicógenos.

F52.4 Eyaculación precoz (302.75):

Debe cumplir los siguientes Criterios diagnósticos, sin requerirse las molestias hayan presentado por un periodo importante de tiempo: (American Psychiatric Association, 1995)

Criterio A: Se caracteriza por...” la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.”(p.523)...Se deben considerar además factores que puedan influir sobre...”la duración de la fase de excitación, como la edad son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.” (p.524)

Criterio B:...“La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales”...(p. 524)

Criterio C:...”La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos)”. (American Psychiatric Association, 1995 p.524)

Además se diferencian varios subtipos, que especifican (American Psychiatric Association, 1995):

i) Su periodo de inicio:

- De toda la vida: cuando el trastorno apareció desde que el individuo inició su actividad sexual.
- Adquirido, cuando el trastorno se inicia tras haber transcurrido un periodo de actividad sexual normal posterior

En ambos casos se debe determinar, si es de carácter:

- Situacional: solo en algunas situaciones o con compañero sexual.
- General: en cualquier situación o con compañero sexual

ii) Si su etiología es debido a:

- a) Factores psicológicos, donde no hay factores orgánicos implicados.
- b) Factores combinados, hay implicados tanto factores orgánicos y psicógenos.

Como una forma de resaltar el nivel de incidencia de los MSD sobre la vida del ser humano, y de la atingencia de los conceptos planteados por el DSM-IV al respecto, se presenta además la definición del concepto de Salud Sexual, dado por la OMS en 1975 en su informe técnico N° 583, que definió así: “La Salud Sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1975, p. 6).

Así mismo la OMS indica que se requieren tres elementos básicos para conseguir la salud sexual, a saber:

- a) Capacidad para disfrutar de la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética: social y personal;
- b) Estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones socio-sexuales;
- c) Estar libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la salud sexual y/o reproductiva.” (OMS, 1975, p. 7).

Recapitulando, en base a lo recién expuesto, puede verse claramente de los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) para las MSD serían psicopatologías, cuya etiopatogenia puede ser de carácter puramente psicogénico y o mixto -entre psicógeno y orgánico. Y también la concepción de la OMS (1975) considera este mismo enfoque, y este a parte de dar un lenguaje común a la psiquiatría y la psicología clínica. Además -como se verá en apartados posteriores- ha ayudado en el desarrollo psicoterapéutico que distintas corrientes psicológicas han ido produciendo históricamente para tratar las MSD producto de trabajo clínico e investigación.

Pero lo que hasta aquí se ha expuesto contiene solo el conjunto de concepciones de definiciones, que están en abierta contraposición a la concepción de la urología. Así, que a modo comparativo en siguiente apartado se mostraran las clasificaciones y definiciones que fue desarrollando la urología.

2.2.2. Evolución de las concepciones y criterios diagnósticos urológicos respecto de las MSD y su creciente discordancia con las posturas psicológicas nacimiento

Objeciones de la comunidad urológica internacional a los criterios diagnósticos del DMS-IV y creación del Comité de Nomenclatura de la Sociedad Internacional para la Investigación Sexual y la Impotencia.

Desde mediados de los 90`s la comunidad urológica internacional en base a los nuevos desarrollos tecnológicos y avances clínicos acumulados, materializo sus aprensiones respecto del uso del DSM (DSM-III y DSM-IV) y el CIE-10, como herramientas de diagnóstico de las MSD, creando el Comité de Nomenclatura de la Sociedad Internacional para la Investigación Sexual y la Impotencia (*Nomenclature Committee of the International Society for Sexual and Impotence Research- NCISSIR*) que en adelante desarrollo criterios de diagnóstico más específicos y propios (Hatzimouratidis & Hatzichristou,2007). Este Comité de Nomenclatura que está formado por las máximas autoridades mundiales en al área - entre los están F. Giuliano, M. Waldinger, y K, Hatzimouratidis -revisa y actualiza estas definiciones cada 4 años en seminarios internaciones ampliados.

Al respecto Hatzimouratidis & Hatzichristou (2007) declararon:

Desde 1992 se han emprendido varias iniciativas con el fin tanto de definir y como de clasificar las disfunciones sexuales de una manera

más precisa, lo es que reflejo de los nuevos y revolucionarios desarrollos en la medicina sexual durante las últimas décadas” (p. 241).

Todo lo que es fiel reflejo de la primacía del enfoque neurofisiopatológico de la urología a nivel de países desarrollados para las MSD por, y que reemplazo el uso de criterios con influencia desde la psicología y la psiquiatría, contenidos en los manuales de diagnóstico DSM-IV antes citados.

Si bien una corriente de profesionales norteamericanos trato por un periodo de tiempo de defender los criterios del DSM-IV, así W. Hellstrom (2007) representa esto en el artículo “*The DSM-IV-TR is an Appropriate Diagnostic Tool for Premature Ejaculation*”, donde crítica y postula que los criterios del Comité de Nomenclatura de la Sociedad Internacional para la Investigación Sexual y la Impotencia, serían muy técnico y difíciles de aplicar en la práctica clínica.

Crítica que no tuvo mayor acogida de la Urológica Internacional, por su sólida postura respecto al tema. Y fue M. Waldinger (2007) quien le respondió en la misma revista con el artículo “*The DSM-IV-TR is an Inadequate Diagnostic Tool for Premature Ejaculation*”, donde critica al DSM-IV-TR, cuando afirma que...“en el caso definición de la PE dado por DSM-IV-TR, esta no se basó en evidencia experimental, sino que únicamente en las opiniones de algunos expertos en este campo”,.. [lo que conlleva]...“el riesgo potencial de muchos diagnósticos falsos positivos, cuando solamente se usan las quejas subjetivas sobre la falta de control eyaculatorio o marcadores de control y psicológicos, como la angustia. Y agrega que, “la insuficiencia de la actual en la definición del DSM-IV-TR para la EP”...[favorece a las empresas farmoquímicas por generar sobre diagnóstico, puesto que]...“obviamente, el mal uso de una definición con una alta tasa de predicción de falsos positivos siempre conducirá a muchos diagnósticos falsos positivos, a erróneas y altas tasas prevalencia de la EP, y a una incorrecta prescripción de fármacos retardantes de la eyaculación”.(Waldinger, 2007, p.1). Lo que significara...” una innecesaria patologización y sobre medicalización de muchos hombres” [lamentando que]...“todos los resultados de los ensayos

clínicos aleatorios basados en la definición DSM-IV-TR que incluye a pacientes heterogéneos tienden a desdibujar nuestra comprensión de cómo tratar la PE". (Waldinger, 2007, p.2).

Con lo que también vincula los criterios de DSM-IV-TR a los intereses económicos de las farmoquímicas.

Además Waldinger (2007) reafirma, que el único indicador científico fiable sería el Tiempo de Latencia Eyaculatoria Intravaginal -IELT-(Intravaginal Ejaculation Latency Time), que al considerar una medición de la variable objetiva como el tiempo, no daría cabida a ninguna interpretación subjetiva o emocional del paciente, que distorsione el diagnóstico de un fenómeno puramente neurofisiológico, por lo que..." la nueva definición de EP sólo se limita a definir la EP como un "síndrome" con subclasificaciones. Donde las subclases de EP se pueden distinguir de acuerdo con el tiempo de la eyaculación, la edad de inicio, la frecuencia de ocurrencia, la experiencia subjetiva, y estrategias de afrontamiento"... y concluye afirmando...."La principal diferencia con la actual definición del DSMIV- TR es que los hombres que sólo experimentan esporádicamente eyaculaciones rápidas y los hombres con valores de IELT normales o largos, no deben ser diagnosticados como pareciendo EP, pero si como una EP natural variable o como una cuasi-disfunción eyaculatoria precoz". (Waldinger, 2007, p.2).

Así para para M. Waldinger el diagnóstico de EP, en uno de sus subtipos o Síndromes, debe estar basada en el IELT, y solo requiere de las mediciones cronometradas en condiciones de experimentales o de estimaciones que haya hecho el paciente de su IELT, incluso cuando no sean condiciones de laboratorio.

Esta clasificación de los síndromes de EP, puede resumirse en la siguiente tabla de desarrollada por mismo autor.

A.	Lifelong PE	Acquired PE	Natural Variable PE	Premature-like Ejaculatory Dysfunction
B.	very short IELT	(very) short IELT	normal IELT	normal/long IELT
C.	neurobiological genetic	medical psychological	normal variation	psychological
D.	medication	medication psychotherapy	reassurance psychotherapy	psychotherapy

→

Figura 2.1. Tabla de clasificación de los síndromes de la EP. (Waldinger, 2007, p. 2)

Significado de las filas de la tabla: (A) PE síndromes= Síndromes de EP; (B) IELT= Tiempo de Latencia de Eyaculación Intravaginal; (C) Etiology= Etiología; (D) Treatment = Tratamiento; y las sigras:IELT = Intravaginal Ejaculation Latency Time; PE = premature ejaculation; *Natural variable PE= EP natural variable*; *Premature-like ejaculatory dysfunction= cuasi-disfunción eyaculatoria precoz*)

Lo que la tabla resume es:

-La EP de por vida (*Lifelong*): es el tipo de EP que se ha presentado desde el inicio de la vida sexual, caracterizada por un IELT menor o igual a un minuto. De etiopatogenia neurobiológica/genética. Que debe ser tratada por farmacoterapia solamente.

-La EP adquirida: es la EP que se ha presentado después de tener un EP normal por al inicio de la vida sexual, caracterizada por un IELT entre 2-3 minutos. Donde estarían involucrados factores médicos (otros fármacos) y también psicógenos. Que puede ser tratada por farmacoterapia y/o psicoterapia.

-La EP natural variable: es la EP que se presento solo en algunas ocasiones, y se caracterizada por un IELT casi normal o normal corta y que puede disminuir por periodos. Sin una etiopatogenia clara. Que puede ser tratada con conseguiría o psicoterapia.

-La Cuasi-disfunción eyaculatoria: es la EP que se presento solo en algunas ocasiones, y se caracterizada por un IELT normal o mayor, pero el paciente que interpreta como deficiencia presenta. Donde habría claros factores psicógenos o contextuales involucras. Que puede ser tratada con conseguiría o psicoterapia.

Esta clasificación fue de bastante relevancia en ese periodo y se tomó como basa para varias de las clasificaciones que las asociaciones de urólogos fueron desarrollando, como las que se exponen a continuación.

Cuadro de Taxonomía Alternativa de la Disfunción Eréctil sin la Distinción Orgánica Psicógena (Sachs, 2003, p.76 – traducción al español).

En esta época, para el caso de la Disfunción Eréctil- DE-, el Comité de Nomenclatura de la ISSM desarrollo criterios de clasificaron más específicos, que se basan en una distinción general entre DE Orgánica y DE Situacional. Debe destacarse que, en esta taxomia, se considera que en su etiopatogenia que no existen factores psicogénicos (Sachs, 2003).

I. Orgánica:

A. Periférico (Sachs, 2003, p.76)

- “1. Vascular
2. Neural (nervios periféricos)
3. Anatómico (problemas estructurales con el pene, por ejemplo, la enfermedad de Peyronie)

4. Endocrino (problemas con las hormonas gonadales o adrenales, o con receptores somáticos hormonales, por ejemplo, en el pene).” (p.76)
- B. Central (Sachs, 2003, p.76)
- “1. Neural (patología manifiesta en el cerebro o la médula espinal, por ejemplo, lesión, tumor, convulsiones)
 2. Endocrina (problemas con la hipófisis o la liberación de hormonas, o con receptores hormonales en el cerebro o la médula espinal)” (p.76)
 3. Tipo Generalizado
 - a. “Apatía generalizada
 - i. La falta de excitabilidad sexual
 - ii. Declive relacionado con la edad en la excitabilidad sexual
 - b. Inhibición generalizada (por ejemplo, trastorno crónico de la intimidad sexual)”. (Sachs, 2003, p.76)
 4. “Trastornos psicológicos o relacionados con el ajuste (incluye los estados negativos de ánimo, por ejemplo, depresión y mayor estrés de la vida, por ejemplo, la muerte de la pareja) (Sachs, 2003, p.76)
- II. Situacional (Sachs, 2003)
- A. “Relacionados con la pareja. (DE sólo con determinadas parejas)
 - B. En función del desempeño (por ejemplo, ansiedad por fracaso re-eréctil o eyaculación rápida)
 - C. Relacionados con el Medio Ambiente (por ejemplo, un problema en el dormitorio, pero no en otros lugares)” (p.76)

La siguiente clasificación tuvo mucho peso durante varios años y representa el periodo de apogeo de la postura neurobiologista para las MSD. Aquí para el caso de EP el concepto de IELT de M Waldinger es el criterio mas importante

Clasificación del Update 2007 del Comité de Nomenclatura de la ISSM

A continuación, se expondrán algunos de los principales criterios y definiciones, que han usado históricamente para entender las MSD, por la citada comunidad médico-científica en los principales países desarrollados. Donde podrán apreciarse nuevas definiciones y descripciones diagnósticas, que recogen los resultados del Comité de Nomenclatura de la ISSM, y que para la Urología Internacional reemplazan a los del DSM-IV y/o CIE-10, puesto que casi no los validan.

Disfunciones sexuales Masculinas

Disfunción Eréctil: se define como la consistente o recurrente incapacidad de un hombre para alcanzar y/o mantener erección del pene suficiente para la actividad sexual. La consistencia es un componente importante de la definición de la disfunción eréctil. Una duración mínima de 3 meses es aceptada para el establecimiento del diagnóstico. En algunos casos de trauma o DE Inducida quirúrgicamente, el diagnóstico se puede administrar antes de 3 meses. (Hatzimouratidis, et al., 2007p.244)

Eyacuación Precoz/Rápida o prematura

“Es la eyacuación persistente o recurrente con estimulación mínima antes, durante o poco después de la penetración, y antes de que la persona lo desee, sobre que la cual el paciente tiene un mínimo o ningún control voluntario, que le causara y/o a su pareja molesta o angustia. La eyacuación precoz se define en función de tres criterios esenciales:”
(*Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 244*)

“(i) Breve latencia eyaculatoria;

(ii) Pérdida de control; y

(iii) Angustia psicológica en el paciente y/o la pareja.” (p. 244)

..“La presencia de latencia eyaculatoria de 2 minutos o menos puede calificar el diagnóstico, el cual debe incluir la incapacidad consistente para retrasar o controlar la eyaculación, y marcada angustia sobre la enfermedad”. (p. 244)

De modo que los subtipos del trastorno incluyen: (Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 244)

“i) Permanente vs. Adquirida,

ii) Global vs situacional, y

iii) la concurrencia de otros problemas sexuales, principalmente ED.” (p.244)

“Se debe prestar atención al hecho que muchos hombres no saben que la pérdida de la erección después de la eyaculación es normal; por lo tanto, pueden erróneamente quejarse de ED cuando el problema real es la Eyaculación Precoz.” (Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 244).

Disfunción Orgásmica Masculina.

“La disfunción orgásmica masculina incluye un espectro de trastornos en los hombres que van de la eyaculación retardada a una completa incapacidad para eyacular, falta de eyaculación, y la eyaculación retrógrada.” (Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 245).

..”Eyaculación Retardada, es el retraso injustificado en alcanzar un clímax durante la actividad sexual.” (Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 245).

..”Disfunción Orgásmica, es la incapacidad para lograr un orgasmo, intensidad marcadamente disminuida del orgasmo sensaciones o marcado retraso del orgasmo de cualquier tipo de estimulación sexual. (Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 245).

..”Aneyaculación es la ausencia de la eyaculación durante el orgasmo.(Hatzimouratidis, et al., 2007; p. 245).

Y solo en el último update de noviembre 2013, se afina y equilibra la definición de EP, incorporando la valoración perceptiva del paciente que por años había sido suprimida:

”Definición EP: Una disfunción sexual masculina caracterizada por la eyaculación que se produce siempre o casi siempre antes o dentro de 1 minuto de la penetración vaginal, presente desde la primera experiencia sexual o después de un nuevo cambio molesto en latencia eyaculatoria, y la incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales, con consecuencias personales negativas, como la angustia, preocupación, frustración y/o la evitación de la intimidad sexual. (ISSM, 2014; p. 1394).

Como puede verse en esta concepción todos los posibles factores psicógenos son reducidos sin mayor justificación y características de tipo situacional, de modo que la Etiopatogenia de la EP podrá ser solo de tipo orgánico y lo que se escapa de este contexto se solo reactivo, de modo que lo psicológico no tiene cabida

Así, en lo anterior se aprecia la postura excluyente hacia los factores etiopatogénicos de orden psicogénico, que está implícita en la visión de la urología internacional.

Y la contraparte a estas definiciones se encuentra más que las descripciones sintomatológicas del DSM-IV, en las principales concepciones teóricas respecto del fenómeno de las MSD, que varias corrientes psicológicas fueron desarrollando. Lo que se desarrollara en el siguiente apartado.

2.2.3. La Visión desde algunas Escuelas Psicológicas MSD

A continuación se hará una breve revisión de la evolución de las principales concepciones psicológicas para las problemáticas del normal desempeño sexual del hombre -o SMD-, y de sus bases etiopatogénicas cuando corresponda.

En este sentido se puede considerar que las primeras concepciones teóricas sobre la sexualidad del ser humano, provienen de los trabajos tempranos de S. Freud (en Acuña, 2005). Quien desde inicios del S. XX, plantea ante sociedad europea aún bastante victoriana -en su negación y represión de la sexualidad humana-, la revolucionaria afirmación para su época, sobre la relevancia fundamental de la dimensión sexual en todas las etapas de la vida del ser humano. Y con lo mismo plantea su concepto de la energía libidinal, que estaría en la base de uno de los dos instintos básicos -que él definió- impulsan al ser humano, el eros que contiene el impulso hacia la vida; mientras que el otro impulso el thánatos, contiene el impulso de muerte. Respecto de la energía libidinal, provendría desde el “ello”, que operando bajo el principio del placer, puja por obtener gratificaciones. (Freud en Reich, 1948).

En su teoría del desarrollo psico-sexual S. Freud, que indica que el individuo desde la infancia hasta la adolescencia va atravesando por un proceso lineal de desarrollo psíquico, compuesto por las fases: oral, anal y fálica. De modo que en este proceso secuencial gran parte de los procesos psíquicos y la energía libidinal se va fijando temporalmente en cada una de las zonas erógenas del cuerpo que corresponde a las respectivas de estas fases psico-sexual –boca, ano y genitales- hasta concluir en la sana fijación de la libido a nivel genital. Pero este proceso se ve interferido por los hechos traumáticos, el complejo edípico y/u otros conflictos inconscientes, que determinan la fijación de personalidad en la fase oral o anal, y por lo tanto de la energía libidinal. De aquí la necesidad de resolverlos con una terapia psicoanalítica, la que al liberar a la psique los conflictos inconscientes y los cuadros de neurosis, permitiría la normal sublimación de la energía libidinal, contenida a nivel del inconsciente lo que aliviaría la problemática sexual. (Freud en Acuña, 2005; Ratus et al, 2005; Reich, 1948)

Pero en lo referente a las problemáticas sexuales, S. Freud no realizó investigación clínica específica, ni ahondó en una teoría o modelo psicopatológico sexual; tampoco desarrolló metodologías para tratarlas en forma específica, sino que las consideró producto y parte inherente a las neurosis, con lo que les da el carácter de crónicas y ancladas a estas (Acuna, 2005; Reich, 1948). Por otra parte el hecho que se requiera atravesar por un proceso completo de psicoanálisis, eliminaba para los pacientes las perspectivas de remisión a breve plazo de las problemáticas sexuales. Por otra parte S. Freud marca el primer gran hito en esta área, al plantear públicamente la existencia de la energía libidinal y las pulsiones sexuales que actuaban desde el inconsciente desde las primeras etapas de la vida, por lo que la sexualidad era como un factor inherente e innegable al ser humano. (Acuña, 2005; Álvarez-Gayou, 1986)

Modelo de W. Reich

Por otra parte el psiquiatra austriaco W. Reich, inicialmente discípulo destacado de S. Freud, que fue expulsado de la sociedad psicoanalítica, al tomar las ideas de la energía libidinal de Freudiana y las llevarlas a la problemática sexual, pero en un enfoque polifuncional, terminó desarrollando una concepción nueva de las neurosis y su relación con la sexualidad. Y posteriormente a través de su teoría del Análisis Caracterológico (Reich, 1948), sentó las bases del trabajo psico-corporal y de las escuelas corporales -conocidas como Neoreichianas-, que implica la incorporación del componente corporalidad, en el análisis y manejo de muchos de los fenómenos psíquicos, que hasta la fecha era entendidos como puramente mentales. (Reich, 1942; 1948).

Es así como en su investigación sobre esta energía psíquica polifuncional, a la llamo energía Orgón, W. Reich realiza una extensa -y probablemente la primera- investigación clínica la sexualidad, el acto sexual humano, y las problemáticas sexuales asociados. Llegando a afirmar la existencia de dos niveles del inconsciente uno de carácter psíquico y uno corporal y que la energía libidinal freudiana, correspondía solo a una de las formas que tomaba a nivel psico/físico la energía Orgón; la que, lejos

contener una simple pulsión sexual, cumpliría con importantes funciones psico-emocionales, que permean toda la vida psíquica del ser humano. (Reich, 1942)

En este contexto, las problemáticas sexuales, no serían meros síntomas de las neurosis, sino que constituirían psicopatologías en sí, siendo además la base energético/somática sobre la que se sustentan muchas de las neurosis. (Reich, 1942)

Y fue producto de sus investigaciones sobre el coito, que W. Reich desarrollo el primer modelo teórico del acto sexual humano, las primeras curvas con base fisiológica que describían tanto las etapas psico-fisiológicas de la normal evolución del coito, como sus evoluciones alteradas o disfuncionales. Desarrollando también una tipificación de las disfunciones sexuales, todo lo que expuso en su controvertida obra "La función del Orgasmo" (Reich, 1942), donde define al orgasmo, como una función biológica básica de descarga, de placer y goce e erótica, que media gran parte de los procesos psico-emocionales del ser humano. (Reich, 1942)

Así en su modelo psicoterapéutico, llamado Análisis Caracterológico (Reich, 1948), define tres tipos de potencias sexuales para el hombre: la potencia erectiva, la potencia eyaculatoria y la potencia Orgástica; que siendo consecuencia de las dos anteriores, solo se alcanzó cuando la psiquis es capaz de soportar y entregarse a las sensaciones de placer intenso en un estado de obnubilación de mente. Lo que lo que el objetivo central de esta psicoterapia es liberar a la psiquis de sus bloqueos energético/emocionales –ubicados en las corazas musculares y anillos de represión- para recuperar así una función sexual normal, caracterizada por un orgasmo pleno. (Reich, 1948)

A continuación, presenta la esquematización del proceso normal del coito, en un gráfico que muestra la intensidad de la excitación sexual, y su progresiva acumulación en los genitales, hasta su completa descarga sobre el cuerpo del individuo y de su pareja sexual en el orgasmo. (Reich, 1942; p. 101)

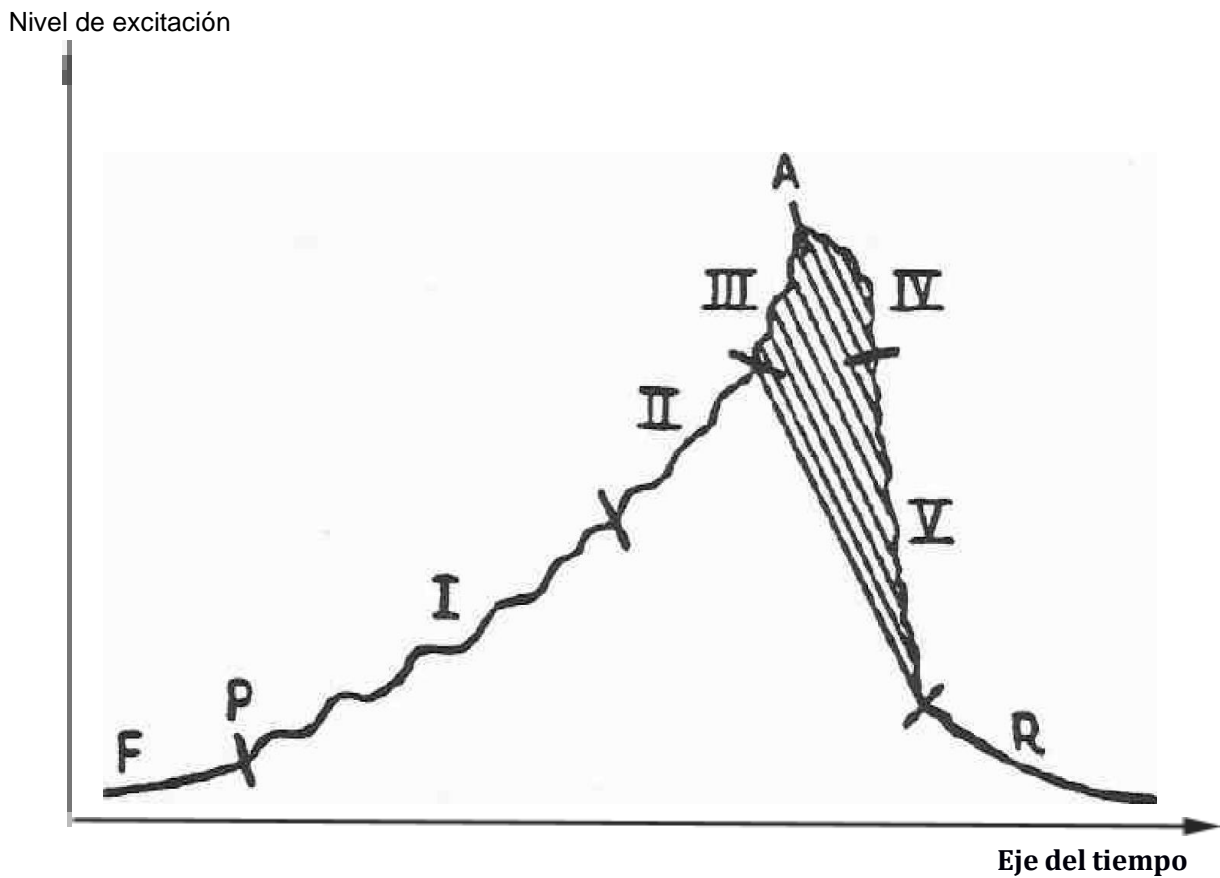


Figura 2.2. Las fases normales del acto sexual masculino, cuando el hombre posee potencia orgástica. (Reich, 1942; p. 101)

Los puntos del gráfico corresponden a las siguientes etapas:

F = periodo de cercamiento y preliminares a la penetración

P = penetración;

I = fase del control voluntario del aumento de la excitación, en la cual no es perjudicial todavía la postergación voluntaria de la eyaculación con el objetivo de aumentar el placer;

II = sensación de inevitabilidad de la eyaculación y las contracciones musculares involuntarias internas con un aumento automático de la excitación;

III = ascenso repentino y vertical de excitación hacia la eyaculación -o acmé- (A);

IV = fase del orgasmo, que parte con la eyaculación o expulsión del semen en varios chorros rítmicos, caracterizada intensas contracciones musculares involuntarias a nivel de los genitales y también en el resto cuerpo y una obnubilación de la consciencia, en una entrega a sensaciones neurovegetativas muy intensas;

V = "caída" vertical de la excitación mientras continúan sensaciones de gozo y bienestar y fusión amorosa con la pareja sexual;

R = relajación y pérdida de la capacidad de excitación por cinco a veinte minutos.
(Reich, 1942; p.101)

*: el área sombreada representa el periodo durante la que se experimentales contracciones musculares involuntarios de intensidad proporcional al nivel de excitación puntual del momento.

En este enfoque los principales criterios de normalidad aparte del cumplimiento de las etapas indicadas en la curva, corresponden la presencia de contracciones involuntarias durante, la descarga completa y placentera de la excitación, en un estado de entrega a un estado neurovegetativo involuntario, y la capacidad de concentrarse con la totalidad de la personalidad en la vivencia intensa del orgasmo. (Reich, 1942)

También W. Reich grafica las desviaciones patológicas o disfunciones del coito más comunes, las que se expondrán en el siguiente diagrama:

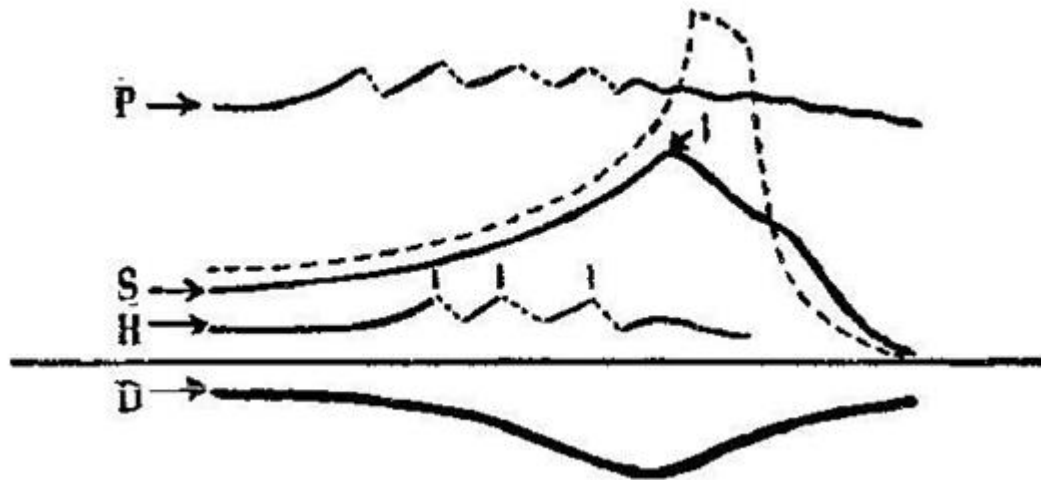


Figura 2.3. Perturbaciones típicas de la genitalidad humana -cuando el hombre no posee potencia orgástica-(Reich, 1942; p. 159).

Las disfunciones que se describen son:

- Curva P: satiriasis o perturbación orgástica, caracterizada por una fuerte y permanente excitación preorgástica, que no tiene amortiguamiento de la excitación, ni orgasmo;
- Curva en línea cortada: curva del orgasmo normal, -a objeto de comparación-;
- Curva S: impotencia orgástica aislada -disfunción eréctil aislada-, que puede iniciarse con una respuesta preorgástica genital normal, pero se inhibe (I) por la disminución de la excitación sin orgasmo;
- Curva H: Disfunción eréctil permanente, solo logra solo un bajo nivel de excitación y placer preorgástico limitado, con inhibiciones intermitentes (I) y amortiguamiento de las sensaciones;
- Curva D: Displacer y rechazo psíquico durante el acto sexual y imposibilidad de resistir sensaciones eróticas de placer.

También Reich da una descripción energética de la EP, el que muestra en el siguiente diagrama del nivel de excitación en función del tiempo

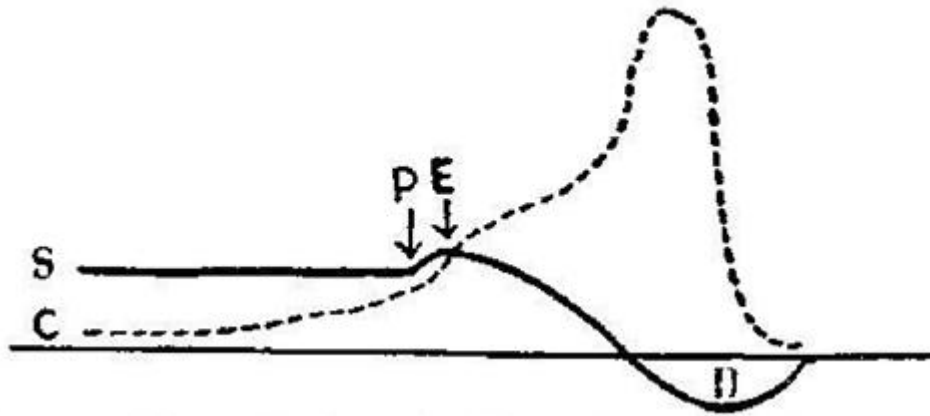


Figura 2.4. Curso de excitación en la Eyaculación Precoz (Reich, 1942; p. 160).

Las curvas de la gráfica corresponden a:

Curva S: **Eyaculación precoz**, parte con un estado de sobreexcitación del genital anticipado, que gatilla la eyaculación (**E**) Eyaculación casi al momento de la penetración (**P**) -o incluso antes- y que es seguida de una sensación de displacer (D) por una pérdida excesiva de la energía vital o por frustración ante el fracaso.

Curva C: **Curva del orgasmo normal**, a objeto de comparación.

Como puede verse el curso de la EP pasa por una muy baja capacidad de acumulación/resistencia de la excitación orgástica, por lo que la eyaculación se gatilla rápidamente y casi sin energía acumulada por descarga, por lo que las sensaciones placenteras y descarga serán mínimas (Reich, 1942).

Finalmente se debe acotar que, las descripciones del modelo reichiano presentan desde lo neurofisiológico las limitantes propias del conocimiento que se tenía en la década de los 30's al respecto, por lo que no tienen la potencia explicativa ni la base neurofisiopatológica de las desarrolladas en las últimas décadas, pero contienen una heterogeneidad psicopatológica profunda, basada en su visión teórica.

Además sus procedimientos terapéuticos, eran complejos de implementar y personalizados, por lo que no alcanzaron, ni el nivel de difusión, ni relevancia social, que lograron otros enfoques terapéuticos como conductuales o cognitivo/conductuales, como se verá a continuación.

Aporte de A. Kinsey

Fue así como la evolución de la de la investigación sobre la problemática sexual, toma relevancia en USA gracias a las propuestas de la psicología científica y del comportamiento, que ganaban terreno en este país desde los 30-40's. Puesto que al usaba análisis estadístico en sus estudios comportamentales, podían entregar resultados descriptivos de validez científica, sobre grandes poblaciones. (Acuña, 2005). Y fue el Etnólogo y biólogo norteamericano A. Kinsey, quien desde finales de los 40's desarrolla las primeras investigaciones sobre comportamientos y tendencias sexuales de los estadounidenses, quien, usando cuestionarios de entrevista, determino frecuencias y porcentajes comportamentales que nunca antes se habían indagado – sobre una muestra de más 20.000 individuos-. Lo que publica en 1948 y 1952 en dos libros de difusión masiva, el primero sobre el comportamiento sexual masculino (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948 en Acuña, 2005) y el segundo sobre el comportamiento sexual femenino (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhart, 1953 en Acuña, 2005). Los que conocidos como los informes Kinsey, causaron gran revuelo tanto a nivel científico, como la comunidad, por revelar como muchas de las costumbres y tendencias sexuales que oficialmente eran rechazadas -o calificadas como inmorales- y consideradas como marginales en esta población –como la masturbación, sexo oral,

coito anal, bisexualidad y homosexualidad- presentaban importantes índices que contradecían la postura tradicional norteamericana. Y si bien Kinsey no realizó investigación clínica, su aporte desde lo metodológico fue de crucial, y se considera logra sentar las bases de la naciente sexología científica en USA. (Acuña, 2005; Rathus et al., 2005)

Modelo de la Respuesta Sexual Humana de Master & Johnson

El siguiente hito histórico lo marcan las investigaciones desarrolladas por los esposos W. Master -medico ginecólogo- y V. Johnson -psicóloga de orientación conductista-, quienes, complementando ambas visiones empezaron una investigación científica sobre la naturaleza del acto sexual humano, considerando tanto sus elementos de tipo fisiológico, como los psicológicos. Así recogiendo más 10 años de investigación clínica, desarrollan un modelo que llaman la “Respuesta Sexual Humana” (Master & Johnson, 1965 en Alvares-Gayou et al., 1986), donde en base a un ciclo fisiológico-comportamental, que proponen como estándar de normalidad, definen una serie de fases lineales por las que iría atravesando el acto sexual humano. Estableciendo con esto, criterios de funcionamiento sexualmente normal, cuando se ajusta al estándar, o disfuncional, cuando no lo hace, correspondiendo este último caso a una disfunción sexual. (Álvarez-Gayou et al, 1986)

Así este modelo cuyas cuatro fases de son: excitación, meseta, orgasmo y resolución, no solo tiene la relevancia de dar una descripción psico-fisiológica del acto sexual normal. Sino que además, es el primero en postular -desde una mirada estrictamente conductista- que las problemáticas sexuales se originan por alteraciones de la dinámica comportamental de ambos miembros de la pareja, y no de cada uno por separado: dejando si fuera de los factores propiamente fisiopatológicos y los psicopatológicos. Por lo que no desarrollaron una etiopatogenia de las disfunciones sexuales sino que solo las clasificaron en disfunciones femeninas y masculinas. De modo que para tratar sus disfuncionalidades, se deben corregir y/o reeducar los comportamientos sexuales inadecuados. Y usando técnicas conductistas, estos investigadores desarrollaron

programas terapéuticos para las parejas con estos problemas, a lo que llamaron Terapia Sexual (Master & Johnson 1970 en Acuña, Rathus, 2005). La que pretendía a ayudar a ambos miembros de la pareja a: aprender y mejorar habilidades sexuales, mejorar el conocimiento de la sexualidad humana, cambiar creencias y actitudes negativas o derrotistas respecto de la sexualidad, aumentar la comunicación sexual y afectiva, y reducir la ansiedad ante la actividad sexual. (Master & Johnson, 1965; 1970 en Acuña, 2005; Alvares-Gayou et al., 1986, Rathus, 2005)

De las investigaciones de W. Master & V. Johnson se extendieron entre las décadas del 50 y el 70, su primer hito fue “Human Sexual Response” publicado en 1965 (en Acuña, 2005; Alvares-Gayou et al., 1986), y revolucionó el campo de la naciente sexología norteamericana. El estudio recoge y analiza un trabajo de campo de casi 10 años, en el que fueron filmando y analizando las secuencias completas de más 10.000 actos sexuales -y sus problemáticas- de tomados de una muestra de parejas que estudiaron, y de estos resulta determinaron el ciclo de la respuestas sexual humana. A continuación se pasan a detallar estas fases del modelo de W. Master & V. Johnson (1965) pero tomando la descripción dada por Álvarez-Gayou (1986), que profundiza en los detalles neurofisiológicos de cada fase, -y que corresponde además a parte de las fases del modelo que propone este autor, que se presentara al cerrar esta apartado-. {Pero sólo se describirán los aspectos de la respuesta masculina}

1) Excitación: Esta primera fase, se caracteriza en el caso del hombre principalmente por la erección del pene, fenómeno fisiológico que es gatillado por algún estímulo sexual que cause reacción, que consiste en una fuerte vasodilatación perineal -que esta mediada por el parasimpático- junto una vasocongestión a nivel la venas del pene, de modo que cuerpos cavernosos se llenan de sangre y se rigidizan. Y al mismo tiempo, se produce tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo, al engrosarse el tegumento interno, además los testículos se elevan, al acortarse los cordones espermáticos, por la contracción involuntaria de los músculos cremasterianos. También hay erección de las tetillas masculinas. Desde el punto de vista subjetivo de la percepción subjetiva del individuo, durante esta fase se produce

un aumento de tensión placentera, que eleva la excitación y se acompaña del deseo de aumentar las caricias o estímulos y el acercamiento íntimo. (Master & Johnson, 1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

2) Meseta: Si el estímulo sexual continúa siendo efectivo, se llega al punto máximo de la excitación, y pasa entonces a la fase de meseta. Esta es una fase de transición hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo. En el hombre los cambios son mínimos en esta fase, solo un pequeño incremento del diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y, en algunos, salida por el meato de una gota de líquido que proviene de las glándulas bulbo-uretrales, que pueden contener espermatozoides vivos. Esta fase se caracteriza por: monotonía generalizada, taquicardia, aumento de la presión y también puede haber hiperventilación y gran parte de estos cambios generalizados se presentan al final la meseta tardía. En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse un deseo urgente de penetrar. (Master & Johnson, 1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

3) Orgasmo: En el orgasmo, los fenómenos fisiológicos son la vasocongestión, contracciones mioclónicas rítmicas en la musculatura uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. Ocurren de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 segundos que van disminuyendo de intensidad y frecuencia, en las que se expulsan el semen. Así la eyaculación pasa por dos fases. Al iniciarse, el semen – que se forma al unirse las secreciones, de las vesículas seminales, el conducto deferente y la próstata- es impulsado primero hasta la uretra prostática, lo que produce una sensación de eyaculación inminente, y que se aprecia gracias al retardo de unos segundos, antes de las pulsiones más intensas de la musculatura del piso pélvico –de 3 a 10 -, que impulsan el semen en varios chorros fuera del meato urinario, con lo que termina esta fase. (Master & Johnson, 1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

4) Resolución: Se inicia con el fin del proceso eyaculatorio y sus contracciones musculares y consiste en la involución de los fenómenos propios de la excitación sexual alta de las dos etapas anteriores, para retronar a las condiciones basales. De modo que se pierde la erección máxima en una primera fase rápida y la se llega a la

flacidez peneana y los testículos desciende al escroto, en una fase más lenta. Puede aparecer además sobre la piel de todo el cuerpo, una capa de sudor frío, y sensaciones de placer, alegría y bienestar, o simplemente de relajación y/o de cansancio (Master & Johnson, 1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986).

Para una mejor comprensión de este modelo y sus fases se lo esquematizara con un gráfico -adaptado de los propuestos por W. Master & V. Johnson (1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986; Acuña, 2005, p.15).

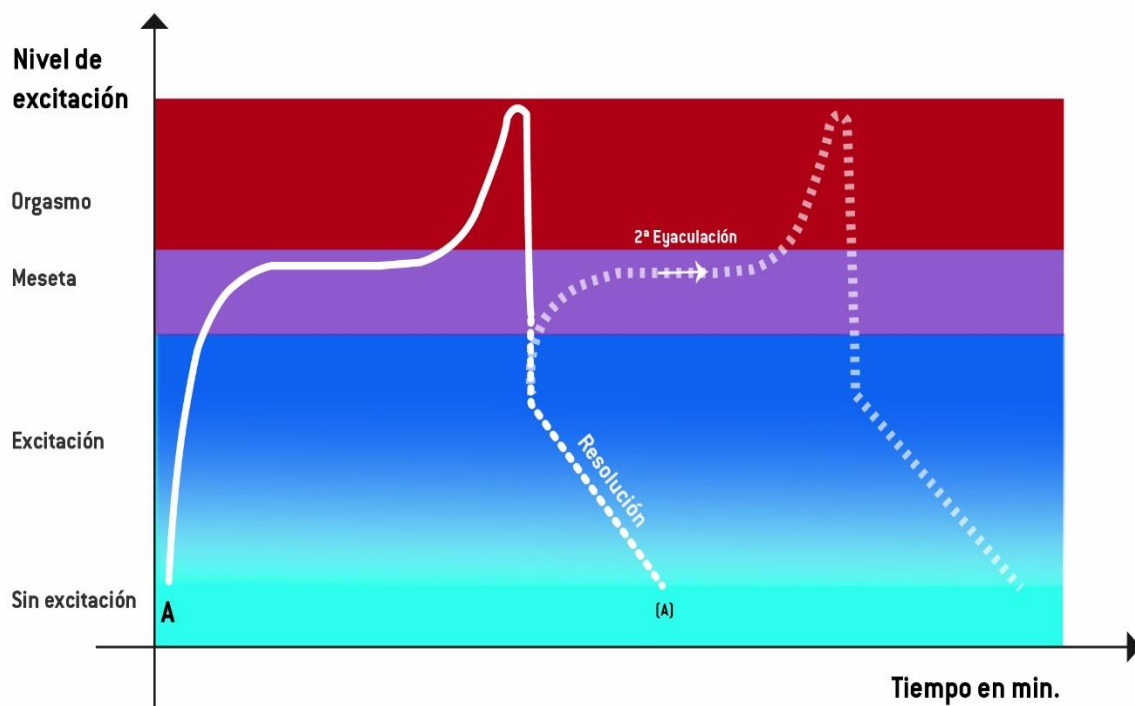


Fig. 2.5. Grafica de la respuesta sexual humana por W. Master & V. Johnson (1966 en Álvarez-Gayou et al., 1986; Acuña, 2005, p.15). -Adaptación-

Y como puede verse en la grafica también la repuesta sexual humana podría atravesar por dos eyaculaciones muy cercanas cuando el individuo, no tiene suficiente energía, lo que en la figura se indica con la de puntos

Finalmente se debe mencionar que el trabajo de casi tres décadas de los esposos Master y Johnson, se sido ha criticado, desde lo teórico y lo psicoterapéutico. Desde lo teórico, se encontró que sus resultados tenían sesgos socio culturales y étnicos,-por haber trabajado principalmente con individuos blancos casados y de alto nivel económico/educacional (Morrow, 2008 en Furhmann & Buhi, 2009). Y desde lo clínico, respecto a manipulaciones –por selección de casos- en los datos, que obtuvieron muy altos índices de éxito de sus terapias, con el agravante que sus efectos eran solo temporales. (Acuña, 2005, (Morrow, 2008 en Furhmann & Buhi, 2009; Rathus, 2005)

Y si bien este desprestigio fue luego volcado por los urólogos sobre toda la psicología en el área de las disfunciones sexuales (Acuña, 2005), el aporte de su modelo teórico y de algunas de sus técnicas terapéuticas ha permanecido. Además, la obra completa de Master & Johnson tuvo la virtud de difundir a nivel masivo la problemática sexual, que -complementando el trabajo de Kinsey-, instala a nivel social la importancia de lograr “salud sexual” para una buena la calidad de vida y bienestar psíquico de un individuo, esto a través de terapia sexual si fuera necesario. (Acuña, 2005; Álvarez-Gayou, 1986).

Modelo de Trifásico de H. Kaplan

Siguiendo la línea temporal de la evolución psicológica sobre la comprensión de las MSD, se puede considerar que los enfoques de W. Master & V. Johnson (1965,1970) fueron ampliados y complementados por otros investigadores, tales como la psiquiatra y psicoanalista austriaca-norteamericana H. S. Kaplan, quien combinando métodos conductuales, con técnicas psicoanalíticas, aporta con una visión conductista clásica de Master & Johnson de la problemática sexual, los problemas o traumas de nivel inconsciente. Y así reconoce tanto factores etiopatogénicos de tipo psicopatológico más amplio -como cuadros de neurosis, depresivos, ansiosos entre otros- y de tipo

fisiopatológico -como deficiencias hormonales, enfermedades crónicas y/o neuro o vasculo degenerativas-, terminando por desarrollar un modelo alternativo al de la respuesta sexual de Master & Johnson, y una metodología de tratamiento propia. (Kaplan 1974; 1978 en Acuña, 2005; Álvarez-Gayou, 1986)

Esta investigadora expone por primera vez su modelo teórico, y la nueva metodología que opera en base a una combinación de técnicas conductuales y psicoanalíticas, a la que llamó Terapia Psicosexual, postulada en 1974 en su obra "The new sex therapy". (Kaplan en Acuña, 2005; Rathus et al, 2005)

Este modelo es conocido como Trifásico, y está compuesto por tres fases: Deseo, Excitación y Orgasmo. Donde Proponiendo la primera fase -el deseo sexual – correspondería a una etapa previa a la de excitación del modelo de W. Master & V. Johnson (1965). Siendo además estas tres fases independientes y no lineales en su influencia, lo que permite comprender cómo las personas pueden presentar conflictos en alguna fase de la respuesta sexual, y no en otras. (Kaplan en Álvarez-Gayou et al, 1986)

A continuación se dará una descripción del modelo entrando en los factores etiopatogénicos que considera.

Fase del Deseo: Esta es de carácter más bien psíquico, y se caracteriza por la aparición o fuerte incremento del "deseo sexual"; el que se define como un impulso o apetito sexual, que generado por la activación de un sistema neuronal cerebral específico, produce sensaciones y/o emociones que impulsan al sujeto, a buscar experiencias sexuales o a estar muy receptivo a tenerlas. Desde lo neurofisiológico esta fase implica mecanismos de activación y desactivación de estados parasimpático y/o simpaticotónicos del sistema límbico, en interacción con núcleos hipotalámicos, la corteza preóptica y también con los centros del placer y el dolor. (Kaplan en Álvarez-Gayou et al., 1986)

Fase de Excitación: Esta es de carácter fisiológico -especialmente vasculares a nivel de los genitales-, que se deben a una importante vasodilatación refleja de gran parte

de las venas de los genitales, de modo que el pene se hincha y erecta, y los testículos y escroto aumentaran de volumen. Este proceso esta comandado centralmente por el sistema parasimpático, y además por la activación de dos centros espinales de la excitación, que son los que producen la dilatación de las arterias que nutren los genitales. Además hay un circuito de retroalimentación entre estos centros, con información cortical de tipo excitatoria o inhibitoria, de modo que las sensaciones placenteras, pueden aumentar la excitación, o las desagradables inhibirla. (Kaplan en Álvarez-Gayou et al., 1986)

Fase de Orgasmo: corresponde a una serie de procesos que en el hombre desembocan en la eyaculación del semen. Así el orgasmo consta de dos subfaces consecutivas, pero fisiológicamente independientes, la de emisión -producción- y la de eyaculación -expulsión fuera del pene- del semen. Y están regidas por reflejos espinales específicos: en la emisión el semen se forma al juntarse en la uretra prostática los fluidos provenientes tanto de los testículos, como las glándulas seminales, los que fueron impulsados por contracciones de la musculatura lisa de las paredes de estos conductos. Esto genera la sensación -no placentera neutra- de inevitabilidad de la eyaculación, de la que está desfasado unos segundos. A continuación se produce la eyaculación, que comandada por el centro espinal eyaculatorio, consiste en una serie de intensas contracciones rítmicas de la musculatura estriada del piso pélvico y la base del pene, lo que propulsa el semen en varios chorros rítmicos, y va acompañada de intensas sensaciones placenteras y de bienestar propias del orgasmo. Respecto de las inhibiciones al orgasmo, tendrían base en los mecanismos de retroalimentación cortico/espinal, que pueden inhibir que se gatille esta reflejo desde el centro espinal que lo comandan. (Kaplan en Álvarez-Gayou et al., 1986)

Este modelo se puede describir gráficamente a través del siguiente esquema:

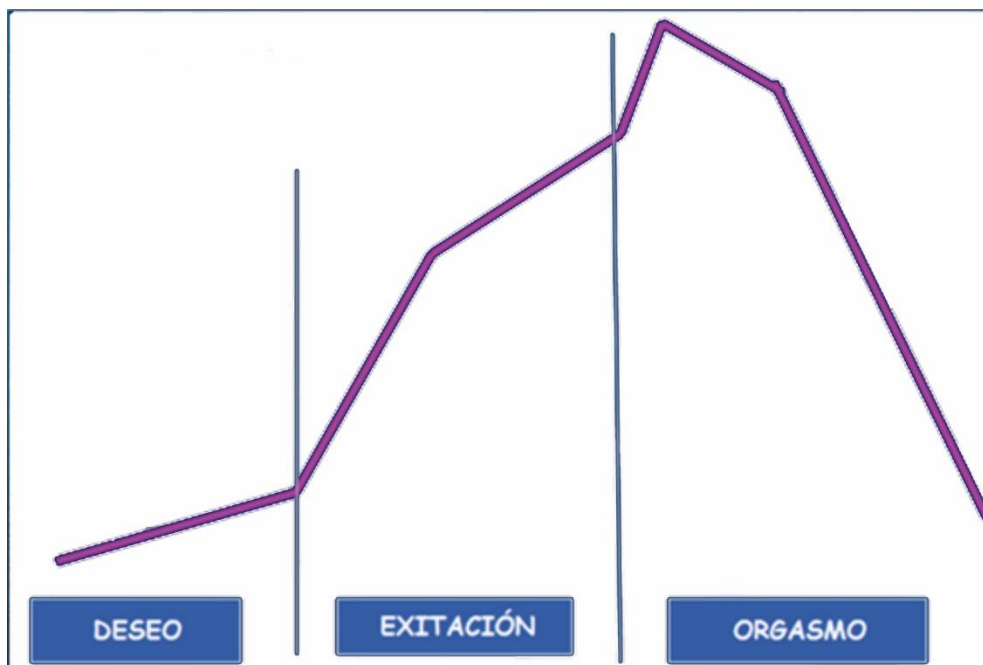


Figura 2.6. Modelo trifásico de H. Kaplan (adaptación del esquema de Kaplan en Álvarez-Gayou et al.,1986, p.65):

Se puede decir que para H. Kaplan las MSD serían trastornos psicossomáticos, que impiden a un individuo realizar un acto sexual de forma normal y placentera, y se producirían por la concomitancia de conflictos inconscientes no resueltos y una incapacidad del aparato psíquico del sujeto de superar emociones adversas o dolorosas que inconscientemente asocia al acto sexual. (Kaplan en Álvarez-Gayou et al., 1986; Rathus et al., 2005)

Finalmente se debe descartar que los modelos de W. Masters & V. Johnson y de H. Kaplan, no se contraponen, sino que más bien se complementan, y tuvieron influencia – especialmente el de H. Kaplan- en las categorizaciones y definiciones de las disfunciones sexuales dadas en el DSM-III. (Álvarez-Gayou, 1986)

Modelo de la Respuesta Sexual Humana de J. Álvarez-Gayou.

El modelo propuesto por J. Álvarez-Gayou (1984 en Álvarez-Gayou et al., 1986), para “Respuesta sexual humana”, tiene el valor de incluir y ampliar el modelo de W. Master & V. Johnson (1966), tanto desde lo neurofisiológico como lo cognitivo. Puesto que reconoce la importancia del modelo y sus cuatro fases, pero le agrega dos fases más, una previa –Estimulo sexual efectivo- y otra final- fase Refractaria- y que lo complementa, tanto con la investigación sobre los mecanismos neurofisiológicos, neurofisiopatológicos, como con procesos psíquicos y psicopatológicos implicados. Así define la respuesta o acto sexual, como un proceso continuo y coordinado que atraviesa por seis fases consecutivas: 1) Respuesta Sexual Efectiva, 2) Excitación, 3) Mesta, 4) Orgasmo, 5) Resolución, y 6) Fase Refractaria. (Álvarez-Gayou, 1984 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

De modo que partiendo con la fase de la respuesta la sexual efectiva, pasa a continuación por las mismas cuatro etapas del modelo de W. Master & V. Johnson (1966) y termina con la fase refractaria. Definidas como. (Álvarez-Gayou, 1984 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

-Fase de Respuesta Sexual Efectiva: Esta se inicia debido a que el individuo recibe y procesa psíquicamente un estímulo sexual efectivo -ESE-; el que se define, como...”cualquier situación que provoca una respuesta sexual en un ser humano” (Álvarez-Gayou et al., 1986, p.55). Por lo que está ya predispuesto a buscar una experiencia sexual.

Respecto del Estimulo Sexual Efectivo –ESE- estos pueden ser de dos tipos según su procedencia: a) reflexogénicos, o b) psicogénicos, y a su vez, cada una de estas

categorías pueden ser interoceptivos (proviene del propio organismo) o exteroceptivos (proviene del exterior).

-Fases Excitación, Meseta y Orgasmo, ya están explicadas en modelo de Master & Johnson (1965) –ver esa descripción-

-Fase Refractaria: se caracteriza por un periodo en que la respuesta sexual es muy baja o casi nula -pues es un periodo de recuperación- su duración es variable, en promedio podría durar como la fase de excitación, y por lo general es más corta en los individuos más jóvenes que en los mayores. Superada esta fase se puede dar un nuevo ciclo que partiría desde una nueva excitación hasta llegar otra eyaculación y resolución.

El modelo propuesto por Álvarez-Gayou (1984 en Álvarez-Gayou et al., 1986), que explica los procesos neurofisiológicos involucrados en la respuesta sexual: (p.58)
(ver pagina siguiente)

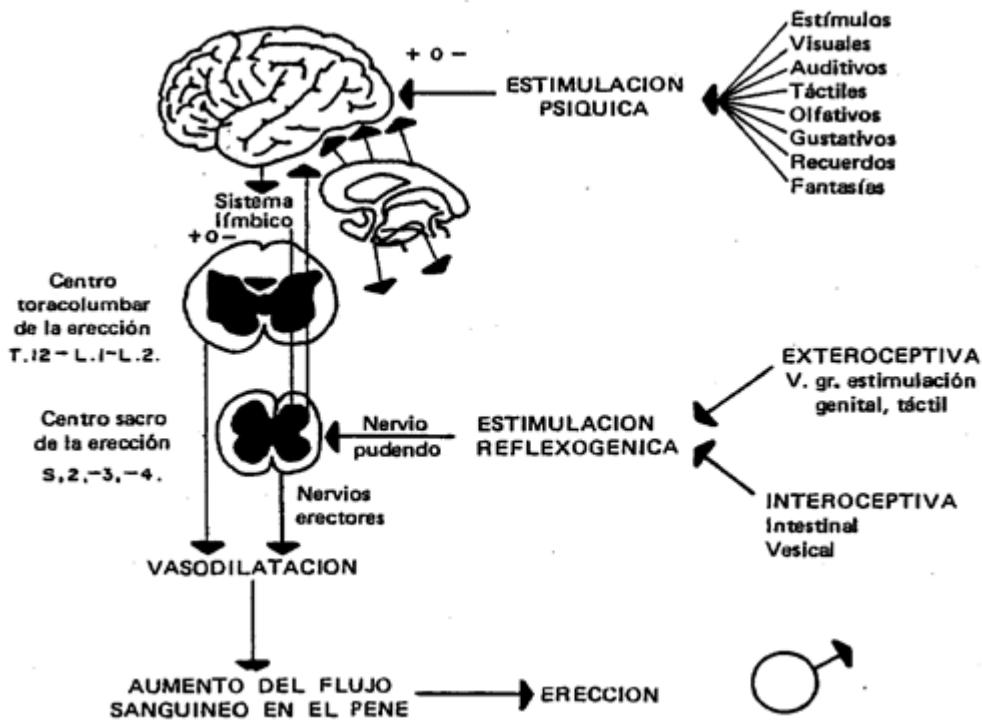


Figura 2.7. Mecanismos neurológicos de la respuesta sexual (Álvarez-Gayou,1984 en Álvarez-Gayou et al., 1986)

Este modelo profundiza en los aspectos neurofisiológicos de los dos tipos de estímulos sexuales que propone, así: (Álvarez-Gayou,1984 en Álvarez-Gayou et al.,1986)

a) En los estímulos reflejos o reflexogénicos, participan las vías aferentes y eferentes que llegan al centro erector inferior en la médula espinal a la altura de S-2, S-3 y S-4. La vía aferente está constituida por los nervios pudendos, y las eferentes por las ramas parasimpáticas que emergen de estos sectores y se denominan nervios erigentes o erectores. Así los estímulos reflexogénicos exteroceptivos provienen de estimulación exterior, como son la estimulación genital táctil o de otro tipo. Y como este estímulo erectivo se activará bajo la preponderancia parasimpática, requiere de un estado mental/emocional de bienestar, seguridad y ausencia de angustia y stress.

Respecto de los estímulos reflexógenos interoceptivos, no se tienen claro los procesos pero ocurren principalmente durante el sueño y podrían deberse a sueños eróticos u otros no identificados.

b) Los estímulos psicogénicos, provienen de centros cerebrales superiores y provocan la respuesta por medio de las vías eferentes mencionadas. Los estímulos psicogénicos exteroceptivos provienen del exterior y se perciben por los órganos de los sentidos. En este grupo los estímulos visuales, auditivos, olfativos, gustativos y táctiles, no provocan respuestas reflejas específicas como las analizadas con anterioridad. Los estímulos psicogénicos interoceptivos son los que se originan en los centros superiores, como los recuerdos, sueños o el campo de las fantasías.

Debe destacarse que el mecanismo que produce ESE se debe, en casi todos los casos, a la acción sinérgica tanto de estímulos psicogénicos como reflexogénicos extero e interoceptivos.

Además, y desde que se determinó la existencia de un segundo centro medular para la erección, que se ubicaría a nivel T-12 y L-1. Se postuló que este explicaría la observación clínica de que 25% de los pacientes con lesión total de neurona motora inferior del segmento sacro, logran erecciones por estímulos psicogénicos a diferencia que con los estímulos exogénicos. Este mecanismo de transmisión pudiera deberse a que las fibras simpáticas de estos niveles, contienen fibras adrenérgicas (vasoconstrictoras) y colinérgicas (vasodilatadoras); de este modo la acetilcolina como vasodilatador mediador pudiera ser activado en forma selectiva por estímulos psicogénicos, pues las vías que comunican al cerebro con los centros torácico-lumbar y sacro, pasan por las columnas laterales de la medula espinal, cerca de las vías piramidales. (Álvarez-Gayou et al., 1986)

Es importante destacar que este modelo se basa en una visión particular del autor, respecto de la actividad sexualidad humana, que se refleja en los siguientes puntos:

-En primer término, Alvares-Gayou (1986), se refiere a la actividad sexual, como inscrita dentro de la sexualidad humana a la que define:

La sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, y que la salud sexual, es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (p. 70).

-En segundo lugar, el autor señala que la etiopatogenia de las MSD deben considerarse como multifactorial, y existirían cuatro tipos, que pueden conjugarse, a saber: la biológica, la psicológica, las de orden social y educativas, y las derivadas de problemas en la relación de pareja. Las que son definidas así: (Alvares-Gayou, 1986)

-Etiopatogenia Biológica: En general se refieren a problemáticas anatómicas y/o fisiológicas, las que pueden además tener un origen en factores naturales (como la edad), patológicos (patologías a los genitales o urológicas de tipo genético, congénito, degenerativo e infeccioso) y iatrogénicos (por fármacos, cirugías, etc.).

-Etiopatogenia Psicológica: Se refiere a todos los mecanismos psíquicos que la intervienen directa o indirectamente y pasan a ser causa de MSD. Entre estos estaría el carácter, los mecanismos de defensa y angustia que en ciertas condiciones de estrés, frustración, amenaza o algún padecimiento psíquico o psiquiátrico afecte la respuesta sexual. Y dentro de estos, toma el enfoque psicoanalítico, dando preponderancia al mecanismo de defensa, tales como el de sublimación, proyección, desplazamiento, identificación proyectiva, formación reactiva, sustitución, regresión, conversión, compensación, pensamiento mágico y resistencia. También le da algún peso distorsionante sobre la función sexual a la culpa y los niveles a ansiedad

-Etiopatogenia por causas sociales y educativas: Se refieren a las condiciones socioculturales específicas de un grupo social que podrían afectar en forma directa o indirecta la respuesta sexual. Aquí pueden estar los mitos y tabúes, y factores educacionales que por esta vía adquieran peso.

-Etiopatogenia por problemas de relaciones de parejas: Se refieren a las influencias negativas que los conflictos de pareja pueden tener sobre la respuesta sexual, principalmente por generar estados emocionales adversos o negativos a la cercanía que requiere la intimidad y la respuesta sexual (Álvarez-Gayou et al. 1986; p. 70-79).

Con esto se concluye la descripción teórica de las MSD por la psicología, que como puede apreciarse es bastante amplia en sus concepciones y no excluye ningún tipo de factores que pudieran estar presentes y considera más bien un trabajo interdisciplinar entre los profesionales del área médica y los de psicología.

A continuación, se presentarán los resultados de una revisión bibliográfica del estado del arte de las concepciones teórico-procedimentales que tiene de la comunidad urológica internacional sobre de las MSD la visión,.

2.2.4. La Evolución del Modelo Urológico Neurofisiopatológico para las MSD y el rol que ha tenido la Psicología en este proceso.

Según datos históricos estas teorías y tratamientos para las MSD se inician aproximadamente a partir de 1917, con la concepción por las escuelas urológicas francesas de Lion y París, que se focalizaron en la Eyaculación Precoz, y cuya etiología atribuyeron a hipersensibilidad del glande y un acortamiento del frenillo. A partir de esto, se intentan los primeros tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, desarrollándose las primeras cremas anestésicas y también las primeras cirugías de frenillo. Pero ante su baja efectividad e importantes efectos colaterales adversos, como la disminución en las sensaciones de placer y problemas inflamatorios en los genitales de ambos miembros de la pareja, estos tratamientos tuvieron poco auge. Quedando por años relegados a un segundo plano como medidas paliativas. (Acuña, 2005; p.16)

Y fue así como ante la necesidad de dar soluciones a esta problemática, que adquirieron preponderancia los enfoques y tratamientos de tipo psicológicos. Partiendo con las corrientes psicoanalítica y reichiano, respectivamente en las décadas de los 20 y los 30's del siglo pasado, hasta llegar en los 50'-60's una importante masificación

con los trabajos de A. Kinsey (1946 en Acuña, 2005)) y W. Master y V. Johnson (1965 en Acuña, 2005) con su enfoque conductual. Luego lo conductual, fue tomado y ampliado a su máxima expresión con el enfoque cognitivo-conductual, con los trabajos de E. Kaplan (1976 en Acuña, 2005) y R. Ellis y E. Abranms (2002 en Acuña, 2005) en su terapia racional emotivo conductual, los que tienen vigencia hasta la actualidad. Gran parte de cual fue incorporado por las diversas escuelas psicológicas actuales, generándose una riqueza en los enfoques y técnicas de tratamiento, a partir de los años 80. (Acuña, 2005; pp.16-17)

Por otra parte, el enfoque médico no tuvo mayor desarrollo durante los años previos a la década del 80. Y fue recién desde este periodo: “que los avances en la neurobiología, la genética, la química molecular dan a la comunidad médica las herramientas para abordar las MSD desde un punto de vista neurofisiológico, como el camino más eficiente”. (Acuña, 2005; pp.18-22)

Es a partir de este punto se genera una visión contrapuesta a la propuesta por la psicología clínica; visión que rechaza los elementos psicológicos como factores válidos en el diagnóstico y tratamiento de las MSD. Esto apoyado en el hecho que los fármacos desarrollados a mediados de la década de 1990, permitieron posteriormente a los urólogos implementar tratamientos “aceptables” tanto para la Eyaculación Precoz - usando Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina-, como para la Disfunción Eréctil –usando vasodilatadores de la familia del Citrato de Sildenafil-, que lograban una buena mitigación y/o corrección de la sintomatología, aunque solo durante su el efecto momentáneo de dichos fármacos.(Acuña, 2005; pp. 27-30).

Puntos centrales de la concepción teórica de la comunidad científico-urológica internacional sobre las MSD.

Unos de los líderes mundiales, en el desarrollo del modelo neurofisiopatológico, y consiguiente tratamiento principalmente farmacológico de las MSD -que continua a la vanguardia-, es el Neuropsiquiatra y Neuro-sexólogo MD. PhD. Marcel Waldinger, director del departamento de Neuro-sexología del Hospital Leyenburg de la Haya-

Holanda, y director de los grupos de investigación en neuro-uro y fármaco-uro andrología de la Universidad de Utrecht -Holanda. (POIS Research, 2014).

Este investigador ya desde mediados de los 90's afirmaba que:

La Eyaculación Precoz tiene un origen puramente neurobiológico, donde la Serotonina (5-HT) juega un importante rol, por su fuerte efecto inhibitor sobre de la eyaculación precoz, el que se produce principalmente a través su acción a nivel del núcleo paragigantocelular. Por lo que este síndrome se podría tratar en forma muy eficiente solo con Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina -ISRS-. (Waldinger, 1997; p.10).

Respecto del tratamiento farmacológico aludido, en este periodo algunos de los ISRS que habían sido desarrolladas como antidepresivos y/o ansiolíticos, y fueron usados luego en una aplicación secundaria por estos investigadores para el tratamiento de las SMD, pero no eran fármacos específicos. Así se tiene que de acuerdo a su orden de aparición en el mercador los principales fueron, la Fluoxetina (Prozac, desde 1987), la Sertralina (Altruline, Deprax, desde 1991), y la Paroxetina (Aroxat, Serretran, desde 1992). Teniendo además la Paroxetina un importante efecto ansiolítico, el que coadyuvaría en forma importante al manejo de la EP. (Acuña, 2005)

Y fue M. Waldinger (1997) que nuestra un estudio justamente los efectos de los ISRS usando la Paroxetina, quien afirmo en esa época, "Conclusión: el uso diario de Paroxetina, en dosis de 20 mgr/día es considerado un tratamiento adecuado para la Eyaculación Precoz primaria. El aumento de la dosis puede conducir un aumento del Tiempo de latencia Eyaculatorio Intravaginal"... (Waldinger; 1997, p.1).

Años después este autor refuerza su tesis afirmando que, "Conclusiones: Estudios clínicos básico y psicofarmacológicos sugieren que la eyaculación precoz no es un es un trastorno psicológico, sino un fenómeno neurofisiológico". (Waldinger, 2002; P.1)

Esta concepción de Waldinger de la EP fue conocida inicialmente como el Síndrome de la Enfermedad Post Orgásmica -Post Orgasmic Illness Syndrome-. (Waldinger, 2002).

Podemos analizar aquí como M. Waldinger concluye apoyándose solo en efectos paliativos y temporales sobre parte de la sintomatología de la EP -como es el aumento

de tiempo de latencia de eyaculatio Intra vaginal-, que esta no sería una patología con componentes etiológicos de tipo psico-socio-emocionales, los que el homologa además a lo psicológico. Los mejores efectos logrados al usar un ISRS, que fue desarrollado como potente ansiolítico –la Paroxetina-. Luego él mismo está incluyendo un factor psico-emocional en su solución al problema; por lo que este razonamiento de Waldinger mostraría en sí mismo una Anomalía de su paradigma.

Es importante destacar que esta postura de M. Waldinger sobre las MSD, ha sido un factor determinante en la creación y aceptación por la Comunidad Científica Urológica Internacional, de un modelo neurofisiopatológico para las MSD, que excluye radicalmente los factores psicológicos o psico-socio-emocionales como parte de la etiología y de la dinámica del problema.

También otros autores, han afirmado a modo general que las MSD, se deben tratar únicamente con farmacoterapia según su tipo, ya sea con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)- caso de la EP-, o con vasodilatadores- caso de la DE- y que en casos extremos deberán usarse procedimientos quirúrgicos como implantes o cirugías específicas. (Acuña, 2005).

Lamentablemente en nuestro continente Americano, tras en el mismo intento de imponer el mismo modelo de forma absoluta, han derivado opiniones extremas contra el aporte psicológico en la comprensión de la etiología y terapéutica de las SMD. Como el caso del prestigioso Urólogo y Sexólogo colombiano, Alonso Acuña (2005, p. 13), cuando dice que:

Por haber esperado confiados en sus propuestas psicoterapéuticas, los desarrollos médicos, al respecto, se retrasaron por lo menos uno 30 años y que esto se solucionó, desde que la medicina tomó en sus manos el diagnóstico y tratamiento de la Disfunción Eréctil, con los resultados extraordinarios ya bien conocidos. (Acuña, 2005, p. 14)

Y termina, con la frase:

Ante los fracasos de las terapias tradicionales que ofrece la mal llamada psicología clínica, de una parte, y de la otra la aparición de estudios médicos

que sugieren la posibilidad de una etiología organogénica, así como del advenimiento de fármacos que empiezan a surtir efectos en los casos de EP, la Sexología Médica y la Urología han empezado a interesarse por esta disfunción. (Acuña, 2005, p. 14)

Un claro ejemplo de esta postura extrema respecto del enfoque de las MSD solo desde el modelo Neurofisiopatológico, se ve en la persistencia de algunos urólogos en desarrollar y aplicar técnicas quirúrgicas para solucionar la EP, muy invasivas, tales como la “Denervación parcial del pene” o neumatomía del pene (Wadskier, 2003). Practica que aún se mantiene, a pesar de sus falencias y fracasos. En circunstancias que esta práctica a levanta voces de alerta y producido opiniones que han polarizado a los urólogos, incluso algunos connotados especialistas, lo han llegado a calificar como carnicería humana (Acuña, 2005).

Opiniones que probablemente pueden haber predisuesto a muchos urólogos latinoamericanos y particular chilenos, a prácticas parecidas y a rechazar la posibilidad de un trabajo interdisciplinario para el abordaje de las MSD

Otro investigador del importante prestigio y recorrido, que desde finales de la inicios de la década del 2000 ha sido determinante en el desarrollo del sustento teórico-neurofisiopatológico de las MSD, es el Neuro-uro-andrólogo MD. PhD. François Giuliano, director del Depto. de Neuro-uro-andrología de la Universidad de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvenes y del Departamento medicina de rehabilitación físico-neurológica del Hospital Raymond Poincare, Garches-Francia, donde encabeza varios grupos de investigación que abarcan incluso el área farmacológica.

Y a inicios de la década del 2000, F. Giuliano postula un primer esbozo de su posterior modelo neurofisiológico de la erección-eyaculación humana, en su artículo “Physiology of Ejaculation: Emprases on Serotonergic Control” (Giuliano & Clement, 2005). Así F. Giuliano continuó ampliando desde lo neurológico, este modelo con distintas

investigaciones, hasta que en 2011, lo plantea en el paper “Neurophysiology of Erection and Ejaculation” (Giuliano, 2011), el que pasa describir y analizar a continuación.

2.3.1. Sobre la existencia de un generador espinal de la eyaculación y su interacción parasimpática/simpaticotónica/somática para controlar el proceso eyaculatorio

Modelo Neurofisiológico de la Erección/Eyaculación de F. Giuliano (2011)

En esta publicación F. Giuliano (2011), propone un modelo para el proceso de Erección/Eyaculación masculina, basado en la acción secuenciada de tres centros reflejos espinales- respectivamente de tipo parasimpático, simpático y somático-, los que operarían coordinados por un cuarto, que denomino “Generador Espinal de la Eyaculación” –GEE- que estaría ubicado entre L3-L5. Y como su existencia anatómica, no había podido ratificarse –y aún no se logra- hace una homologación de la fisiología espinal humana, con la de las ratas –en las que este GEE se encuentra entre L3-L4-. De modo que al igual que en estos roedores, el proceso erectivo/eyaculatorio funcionaría prácticamente sin mediación de cortical, sino que solo por la acción dopa y serotoninérgicas del núcleo paragangliocelular, de los citados centros espinales. De modo que la fisiopatología de erección/eyaculación -y en especial de la Eyaculación, caso la EP- estarían aislados de influencias psico-emocionales, al ser controlados sus estadios, por este centro generador espinal. (Giuliano, 2011)

Pero este modelo no contaba con mayor respaldo empírico para sus afirmaciones de carácter neurofisiológico, y requirió de un estudio posterior publicado en 2013 por Giuliano (que se analizara a continuación de este).

En este contexto técnicamente complejo, para logra un mejor entendimiento del modelo teórico propuesto por Giuliano (2011), se lo describirá en base al esquema grafico propuesto por el autor.

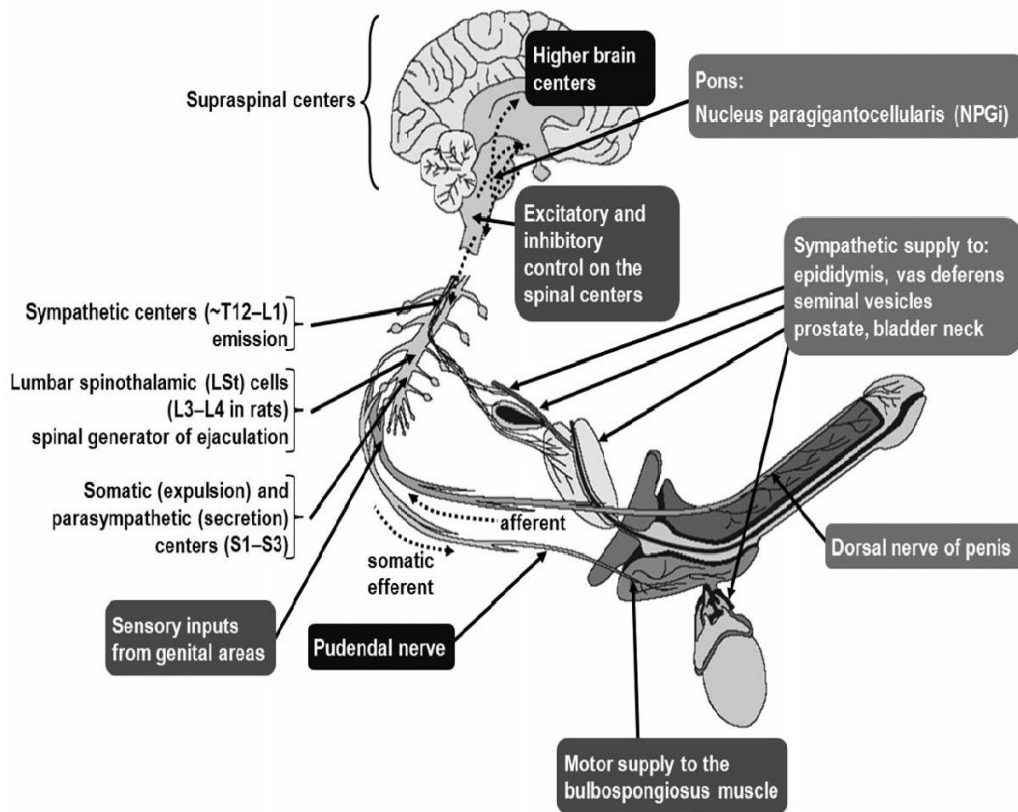


Figura 2.8. Esquema de modelo neurofisiológico de la erección -eyaculación humana (Giuliano, 2011, p. 312):

Descripción de los términos del diagrama -de arriba hacia abajo, y de izquierda a derecha-: En primer término los componentes anatómicos generales del sistema. -“Supraespal centers”= centro supraespal; -“Higher brain centers”= centros cerebrales mas superiores; -“Nucleus paragigantocellularis (NPGi)”= núcleo paragigantocelular; -“Excitatory and inhibitory control on the spinal center”= control excitatorio e inhibitorio en el centro espinal; -“Simpathetic supply to: epidermis, vas deferens, seminal vesicles, prostate, blader neck”= alimentación de señales simpatotónicas para:

epidermis, vías deferentes, vesículas seminales, próstata, cuello de la vejiga; “Sensory inputs from genital áreas: somatic efferent, afferent”= inputs sensoriales desde los genitales: Eferencias somáticas, aferencias; -“Pudendal Nerve”= nervio pudendo; - “Motor supply to the bulbospongiosus muscle”= fuente motora del musculo bulboespongioso; -“Dorsal nerve of penis”= nervio dorsal del pene.

En segundo término -lado izquierdo abajo- los centros espinales puntuales, que propone este modelo:

-“Sympathetic centers (T12-L1) emission”= centros simpatotónicos de emisión, que estarían ubicados entre T12 y L1.

-“Lumbar spinothalamic cells (L3-L4 in rats): spinal generator of ejaculation”= células espinotalámicas espinales (que en las ratas están entre L3-L4) y constituirían el generador espinal de la eyaculación.

-“Somatic (expulsión) and parasympathetic (secretion) centers”= centros, somático de expulsión y parasimpático de secreción.

La figura anterior, propone un el proceso neurofisiológico para la erección/eyaculación del hombre, que siendo promovida por una fuerte estimulación sexual, es controlado por el “generador espinal de la eyaculación”, supuestamente situado entre L3-L4-L5 (de acuerdo a la fisiología de las ratas). Y este pasaría a dirigir el siguiente proceso secuencial de los centros espinales y somáticos de la eyaculación:

-El centro Parasimpático -que estaría situado entre T13-L1-L2 - comanda la Etapa (1): secreción del fluido seminal y espermatozoides a los conductos eferentes y seminal respectivamente.

-El centro Simpático- situado entre L6-S1 – comanda la Etapa (2): producción de la esperma, por la mezcla del fluido seminal con espermatozoides, al ser impulsado por las contracciones suaves de la musculatura de los conductos seminales y los conductos eferentes, a la uretra prostática que está cerrada momentáneamente en sus dos extremos por esfínteres, formándose una especie de balón que contiene la mezcla.

-El centro Somático- situado en el piso pélvico y el pene- comanda la Etapa (3): Expulsión del Semen fuera del pene a través la uretra, luego de la apertura del esfínter externo de la uretra prostática e impulsado por las fuertes contracciones rítmicas de la musculatura del bulbo muscular esponjoso y los músculos lisos isquio-cavernosos. (Giuliano, 2011; pp. 312-313)

Resumiendo, los postulados que plantea este paper, se encontró que después de una serie de referencias bibliográficas de carácter más bien teórico, en los resultados generales, Giuliano (2011), solo insinúa la existencia de un centro de control mas complejo, que ni siquiera llama directamente, como generador espinal de la eyaculación::

“Resultados: En términos de la inervación periférica, el plexo pélvico representa una unión de los nervios eferentes a las estructuras que participan en la erección y la eyaculación. En el nivel espinal, la médula espinal contiene tres conjuntos de neuronas (simpático toraxolumbar, parasimpático sacral, y somáticas) que inervan los órganos sexuales implicados en la erección y la eyaculación. La presencia de vías cerebrales descendentes a los centros espinales de erección y eyaculación indica que el cerebro tiene un efecto excitador o inhibidor sobre estos procesos. Las estructuras cerebrales que modulan el comando espinal de la erección y la eyaculación son parte de **una red más grande** que está dedicada a la regulación de las respuestas sexuales. La investigación neurofisiológica y farmacológica ha aclarado que la dopamina y la serotonina tienen un papel central en la modulación de la erección y la eyaculación. Curiosamente, la erección no es un requisito previo para la eyaculación, y cada uno de estas

respuestas sexuales pueden existir sin el otro (Giuliano, 2011; p. 310, Abstract).

Pero como conclusión de estos resultados F. Giuliano (2011) solo logra afirmar que:

“Conclusión: A pesar de la asociación entre la erección y la eyaculación durante el coito, estos dos procesos pueden ser considerados como distintos eventos desde las perspectivas anatómicas, fisiológica, y farmacológica.” (Giuliano, 2011, p. 310, Abstract).

Aquí llama la atención que, en las conclusiones, se omitan todas las propuestas y aseveraciones sobre la existencia del GEE, que fueron hechas en un largo desarrollo argumentativo. Pues con la afirmar que, “la erección y la eyaculación son procesos impeditivos”, no se demuestra la existencia de un cuarto centro espinal, que los controle a nivel de reflejos mecánicos, sin participación cortical. Y esto tampoco lo propone directamente.

Y fue probablemente en gran parte debido a lo recién señalado, que en 2013, F. Giuliano y su equipo, presentan otro estudio para respaldo del modelo en cuestión y la existencia de GEE.

Complemento del Modelo Neurofisiológico de la Erección/Eyaculación de F. Giuliano

Este se presenta un estudio de meta-análisis de F. Giuliano & C. Chéhensse et al. (2013), sobre 45 estudios, principalmente de pacientes con daño espinal específico y otros sobre ratas con daño con espinal localizado e inducido quirúrgicamente. Este presenta, un modelo demostrado en ratas del proceso de eyaculación, gobernado por un generador espinal de la eyaculación -GEE-. El que comandaría los dos centros

neurovegetativos, uno parasimpático, otro simpaticotónico de emisión y un centro somático de expulsión del semen, y así regularía el proceso completo, prácticamente sin necesidad de intervención cortical. Aquí también se identifican los segmentos espinales sobre los que se ubicarían los citados centros, y se intenta validarlo por el cruce estadístico de los datos empíricos obtenidos de estudios sobre daño espinal localizado e inducido sobre ratas, con los datos neurológicos/bibliográficos de pacientes humanos con daño lumbar en la región en cuestión -entre L2 a S2-. De modo que las correlaciones entre con las ratas en humanos, confirmarían no solo la existencia de un generador espinal de la eyaculación humana, sino además permitirían dar una ubicación anatómica específica, pero este supuesto GEE, aún no ha sido encontrado en esa ubicación. (Giuliano & Chéhensse et al., 2013)

Para facilitar la comprensión de este el modelo de las ratas, se toma como base explicativa el siguiente esquema gráfico:

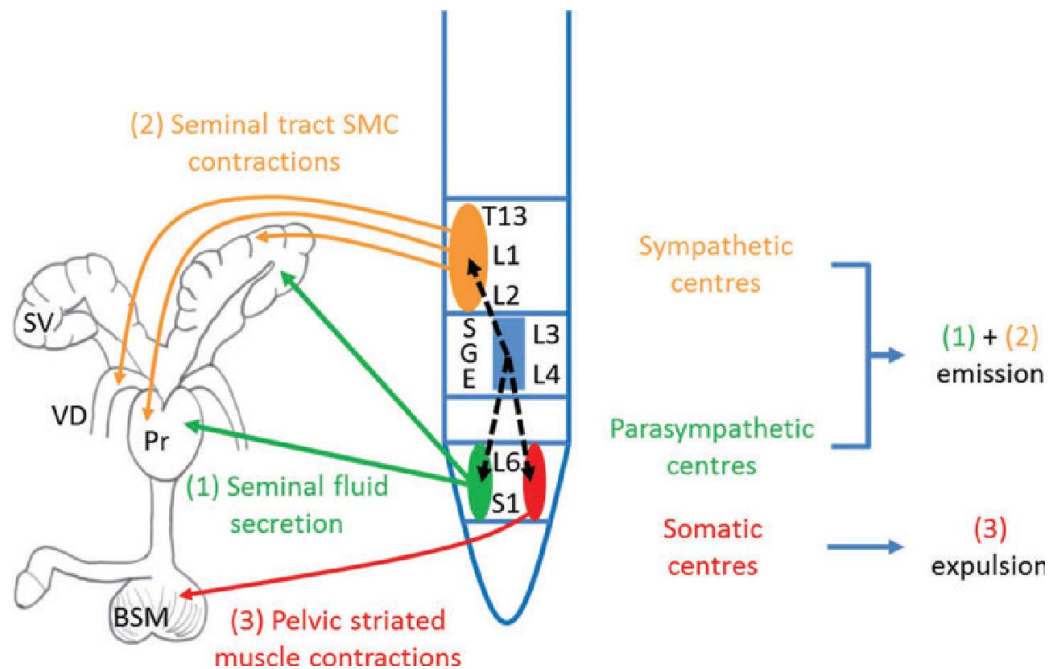


Figura 2.9. Control neural espinal y periférico de la eyaculación en ratas. (Giuliano & Chéhensse et al., 2013; p. 509).

Abreviaturas: SGE= spinal generator of ejaculation (generador espinal de la eyaculación); Pr= prostate (próstata); SV= seminal vesicle (vesicular seminal); VD= vas deferens (conductos deferentes, desde testículos); SMC= smooth muscle cells (células del músculo liso del tracto seminal); BSM= bulbo spongiosus muscle (bulbo muscular esponjoso)

En la figura se representa -al centro en azul- la región entre T13 y S1 de la medula espinal de las ratas, con el centro simpático (entre T13-L2), el generador espinal de la Eyaculación (entre L3-L4) y los centros parasimpático y somático (entre L6-S1), y también su acción controladora sobre el aparato genital. De modo que el proceso

propuesto de emisión/expulsión del semen, controlado por generador espinal en cuestión, se puede resumir así: (Giuliano & Chéhensse et al., 2013)

Una vez activado el generador espinal de la eyaculación, comanda y coordina la actividad de las siguientes etapas:

-Etapa (1)- señalado en verde en la figura- “los centros parasimpáticos que inervan las glándulas sexuales accesorias (próstata y vesículas seminales) que segregan el líquido seminal.” (p. 509)

-Etapa (2)- señalado en damasco-:

“los centros simpáticos que inervan las células del músculo liso del tracto seminal y el cuello de la vejiga. La contracción de todo el tracto seminal trae espermatozoides mezclados con el fluido seminal a la uretra prostática. El cuello de la vejiga permanece cerrado para evitar que el esperma fluya hacia atrás en la vejiga (eyaculación retrógrada).” (p. 509)

-Etapa (3)- señalado en rojo-:

“los centros somáticos que inervan los músculos estriados pélvicos. El esfínter externo de la uretra se relaja y las contracciones rítmicas del bulbo muscular esponjoso y los músculos esquió cavernosos son los responsables de la expulsión rítmica y forzada de la esperma a través del meato uretral”. (Giuliano & Chéhensse et al, 2013; p. 509)

Debe resaltarse que lo anterior resume un extenso desarrollo, y si bien se postula todo un proceso neurofisiológico, llama la atención como a partir de los resultados que muestra, en las conclusiones del abstract del paper, solo se plantea como probable la existencia de un generador espinal de la eyaculación en el hombre, como se lee a continuación.

Conclusiones: Los resultados refuerzan el papel crucial de centros espinales simpático y parasimpático para la emisión y del centro somático para la expulsión. Los segmentos espinales entre L2 y S2 son más que una vía para conectar los centros de la eyaculación y probablemente albergan un generador espinal de la Eyaculación (SGE) que en el hombre se localizaría en los segmentos L3, L4 y L5 (Giuliano & Chéhensse et al.; p. 508).

Y luego en conclusiones generales del paper, solo se plantea:

Conclusiones: Nuestra comprensión de la fisiología espinal humana de la eyaculación debe mejorar. Esto es esencial para proporcionar evidencia definitiva de la existencia de un generador espinal de la eyaculación (SGE) en el hombre. Lo que permitiría la transposición de los resultados experimentales de ratas, a los seres humanos, y abrir nuevas vías en la investigación farmacológica para el tratamiento de diversos trastornos de la eyaculación. (Giuliano & Chéhensse et al., 2013; p. 523)

Puede verse como, se reconoce se requiere más investigación de la fisiología de la eyaculación humana, para hacer la transposición estadísticos de resultados entre ratas y seres humanos, y demostrar así la existencia del generador espinal de la eyaculación -GEE-. De modo que, al proponerlo como un hecho probable, que demostraría lo anterior, el autor termina afirmando en un razonamiento de tipo casi circular, que esta identificación permitiría la transposición de los resultados experimentales en ratas a los humanos, pero este razonamiento no demuestra su existencia.

Y de acuerdo a la información recopilada, este modelo finalmente fue no aceptado como científicamente válido, sino que fue calificado solo como en tema en vías de prueba, puesto que en el último update (2014), del comité de lineamientos de la ISSM sobre la EP, del cual F. Giuliano forma parte, se clarificó que sus postulados, sobre la existencia del GEE, basados en la fisiología de las ratas, no cuenta con pruebas claras y concluyentes, como puede leerse en el siguiente extracto del apartado sobre Neurobiología de la EP del citado documento, que hace directa referencia a las principales publicaciones de Giuliano que se cuestionan:

“En la médula espinal, las neuronas espinotalámicas lumbares han sido implicadas como reflejo eyaculatorio en ratas, que constituye un generador espinal de la eyaculación (Giuliano, Borgdorff, Bernabe, Denys, Alexandre, 2008; Giuliano, Clement, Borgdorff, Rossler, Bernabe, Alexandre, 2009). También hay pruebas preliminares de que tal organización neuronal también existiría en los seres humanos (Giuliano & Chéhensse et al., 2013). La relevancia de estos hallazgos para la EP aún no es evidente, pero esto sigue siendo un área fértil para más traducciones investigación translacional (ISSM Guidelines Committee, 2014, p.1397).

En base al hallazgo de este revés, a la visión neurofisiopatológica de las MSD de la uro-andrología -representado por la ISSM-, se analizará el nivel de concordancia que existe entre esta y la postura oficial de la urología -representada por la EUA-.

Evolución de las posturas de la ISSM y EUA respecto de la concepción de las MSD

Partiremos este análisis, profundizando en la postura de la ISSM, que al parecer ha sido la más dura y agresiva, puesto que por años los postulados establecidos por sus principales líderes, parecían avalar cada vez con más fuerza el enfoque neurofisiopatológico.

Se presentan a continuación los cuatro principales postulados sobre la concepción sobre EP, que a partir de 2004-2005 consideraban muy sólidos.

- 1) El reemplazo de la definición psicológica cualitativa de la EP, que usaba conceptos sobre de niveles de satisfacción; por una cuantitativa, en base solo al concepto de tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal.
- 2) La posibilidad de un factor hereditario.
- 3) El papel de la Serotonina.
- 4) La teoría del Umbral a diversos tipos (receptores) de 5-HT, en especial a la hiperactividad de los receptores 5-HT-A1 y la hipoactividad de los 5-HT-2C7. (Acuña, 2005, pp. 20)

Y fue en base a estos principios neurofisiopatológicos, que se continuó una fuerte investigación buscando identificar otros neuroreceptores que estarían implicados en los mecanismos que alterarían los Tiempos de Latencia Eyaculatoria Intravaginal – IELT- . Llegándose a afirmar que se habían identificado más de 15 neuroreceptores potencialmente implicados.

Con estos resultados las investigaciones, se enfocaron en postular mecanismos bioquímicos, que estarían implicados. Y fue a partir de estos supuestos teóricos, que se intentó por años desarrollar fármacos más específicos. (Jannini & Waldinger, 2013, cap. 6; Acuña, 2005).

No obstante, los grandes esfuerzos realizados, los conceptos de este paradigma no se han podido validar. Así, por una parte, no se ha logrado esclarecer ni el principal neurotransmisor implicado en la eyaculación, ni los mecanismos de activación de los receptores 5-HT-2C, ni los de bloqueo de los 5-HT-1. Por otra, tampoco se han encontrado fármacos que actúen selectivamente en estos niveles. (Acuña, 2005).

Otro de los postulados, que fue considerado por años como monolítico por los urologos, proviene de los trabajos de M. Waldinger que partió en 1997, afirmando que la EP era de origen solamente neurofisiopatológico, y en 2009, postulaba que la “EP de por vida” tenía además una base genética. Lo se condensa en las siguientes afirmaciones:

La Eyaculación Precoz permanente, caracterizada por tiempos de latencia eyaculatoria intravaginal persistentes e inferiores a 1 minuto, es una disfunción neurobiológica, con base en una vulnerabilidad genética, relacionada con tanto trastornos de los mecanismos centrales de la serotonina -5-HT - en la neurotransmisión y como del funcionamiento del receptor de 5-HT en la neurorecepción. (Janssen, Waldinger et al., 2009, p.1)

Y en base a estos resultados, los autores postulan la existencia de dos genotipos, uno para hombres con Eyaculación Precoz de por vida y tiempos de latencia eyaculatoria intravaginal corta (menores a 1 min); y otro genotipo, para los sanos, que nunca padecerían Eyaculación Precoz y presentarían tiempos de latencia de eyaculación prolongados y buena capacidad para controlarla. (Janssen, Waldinger et al., 2009, p.1). Desde el punto de vista clínico, estas afirmaciones son de vital importancia para la concepción y tratamiento de la EP de por vida (*Lifelong PE*), pues al atribuirle un factor genético, por un lado, se excluyen de raíz todos los factores psicogénicos. Y por otro, se da esta dolencia el carácter de incurable, de modo que los pacientes solo podrán

aspirar a tratamientos medicamentosos que alivien parte de su sintomatología. (Jannini, Waldinger & McMahon, 2013).

Pero este postulado se vino abajo en 2014, como detalla a continuación.

El desmentido por de los postulados de M. Waldinger

Este se produjo con la publicación de un estudio que realizó una revisión y meta-análisis de los principales estudios que correlacionaban tanto los síntomas de la “EP de por vida” con deficiencias genéticas, como también que los postulaban la existencia de genotipos específicos de hombres, que la padecerían y de quienes no. Estudio que fue publicado en Marzo del 2014, por un grupo de especialista encabezado los equipos de P. Janssen y B. Zwidermann, donde también participo M. Waldinger –como coautor-, titulado, “Measurement errors in polymerase chain reaction are a confounding factor for a correct interpretation of 5-HTTLPR polymorphism effects on lifelong premature ejaculation: a critical analysis of a previously published meta-analysis of six studies”, donde se concluye que:

Conclusiones: De acuerdo a la información que se tiene a la fecha, realmente no existirían correlaciones significativas, entre los síntomas críticos de las EP la existencia de deficiencias genéticas, a nivel de neurotransmisión y/o neurorecepción en los pacientes de MSD. Tampoco existirían genotipos asociados a estas patologías (Janssen, Olivier, Zwiderman & Waldinger, 2014, p.1).

Y es así, como en el update de 2014, de su comité de lineamientos sobre la EP, la ISSM valida estos resultados, cambiando sus definiciones sobre la etiopatogenia de la EP, con lo anula oficialmente los postulados de M. Waldinger.

Esta la nueva definición dice: “La etiopatogenia de la EP es desconocida. A la fecha, no se ha demostrado que ningún factor biológico sea causativo, en la mayoría de los hombres con EP” (*ISSM PE Guidelines Committee, 2014, p. 1411*).

Y sobre el rol de la serotonina, que fue por años el factor neurofisiopatológico que explicaba la EP, se afirma: “la desregulación de serotonina, como hipótesis etiopatogénica para la EP primaria, solo explicaría un muy bajo porcentaje (2-5%) de los problemas EP en la población general” (*ISSM PE Guidelines Committee, 2014, p. 1397*).

Debe destacarse que en este update, no solo anulan los postulados de M. Waldinger, sino que también el modelo de F. Giuliano, que se explicó en el apartado anterior, anulando además la validez de la gran cantidad de publicaciones de la uro-andrología o la urología, con las que durante años pretendían respaldar sus hipótesis sobre de una etiopatogenia neurofisiopatológica para EP.

Al respecto se pudo determinar que solo entre 2007-2014 estas publicaciones, llegaron a 5,900 (PubMed-a, 2014; PubMed-b, 2014; PubMed-c, 2014). Y que M. Waldinger presenta 93 publicaciones (*AcademicSearch, 2014*) y F. Giuliano 225 (*ResearchGate, 2014*). Además en ambos casos, sus publicaciones continúan aumentando a un ritmo de por lo menos 1-4 publicaciones mensuales, lo que les sigue dando un enorme peso sobre la comunidad uro-andrológica.

De modo que sus posturas, ante los cambios en la visión del fenómeno de las MSD, podría ser un factor relevante. Por lo que se pudo determinar, y si bien ellos no los apoyan directamente, por lo menos no los combaten, puesto que han participado de las investigaciones y de los updates de las comisiones de expertos, que les han rebatido sus postulados.

La actual postura oficial de la Urología internacional antes las MSD

A continuación, se analiza lo que ha ocurrido a nivel de la urología, representada aquí por la *European Urology Association -EUA-*. La que si bien tiene un número mucho menor de publicaciones propias, dedica grandes esfuerzos a trabajos de meta-análisis y validación por comisiones de expertos de las principales publicaciones sobre MSD. Esto centralmente a través de su oficina de lineamientos (*EUA Guidelines Office*), que ya en update de 2010 sobre MSD -el último a la fecha-, presenta una postura bastante clara, y más bien crítica a la visión neurofisiopatológica de las MSD. Lo que puede apreciarse partiendo con la nueva definición sobre etiopatogenia de la EP, que plantea:

Se desconoce la etiopatogenia de la EP, con pocos datos que respalden las hipótesis biológicas y psicológicas propuestas, entre ellas, ansiedad, hipersensibilidad del pene y disfunción de los receptores de 5-HT (5). Además, la fisiopatología de la EP se desconoce en gran medida. (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 883).

Además no se acepto ninguna de las definiciones de la EP propuesta, por la ISSM, por el DSM-IV o por el CIE-10, por considerar que no son suficientemente claras, puesto que no se basan en una etiopatogenia demostrada, y se prestan para interpretaciones erróneas. Por lo que opta simplemente por usar la siguiente clasificación funcional, hasta que estos puntos sean subsanados. Y se remite a utilizar la clasificación descriptiva de la EP, que se expone a continuación:

La EP se clasifica como ‘de por la vida’ (primaria) o ‘adquirida’ (secundaria). La EP de toda la vida, se caracteriza por su comienzo desde la primera experiencia sexual, por seguir así durante toda la vida y por una eyaculación que tiene lugar con demasiada rapidez -antes de la penetración

vaginal o < 1-2 minutos después-. La EP adquirida, se caracteriza por un comienzo gradual o brusco, tras experiencias normales de eyaculación antes de su aparición, y por un tiempo breve hasta la eyaculación -normalmente no tan breve como en la EP de por la vida-. (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 882).

También aquí hace referencia a los dos tipos adicionales de EP propuestos por Waldinger y la ISSM, la “EP variable natural” y la “Disfunción eyaculatoria pseudo-precoz”, afirmando que si bien estas podrían facilitar una mejor estratificación diagnóstica, aun se debe demostrar su real utilidad. (*EAU Guidelines Office*, 2010)

Como puede verse, la EUA es mucho más cauta que la ISSM, y somete antes a pruebas y revisiones de expertos, los nuevos modelos o definiciones de otras instituciones o de autores, por más connotados que estos sean. Pero al mismo tiempo no se cierra ante posibles posturas dogmáticas, asumiendo un enfoque terapéutico, en la que el urólogo debe considerar y ponderar en su justa medida, tanto los factores orgánicos como los psicógenos. (*EAU Guidelines Office*, 2010)

Y justamente respecto a la presencia de factores psicogénicos en las MSD, la *EUA Guidelines Office* (2010), señala que estos factores deben ser enfrentadas con psicoterapia, recomendando incluso algunos tipos específicos de psicoterapia a usar. Así por ejemplo, indica la “terapia psicosexual” en los casos EP en se detecten problemas de pareja, como la opción para esta problemática. También plantea como una alternativa a la farmacoterapia, las terapias conductitas, indicando si las posibles contraindicaciones que tendría su uso como terapia de primera línea:

Diversas técnicas conductistas resultan útiles para tratar la EP, y están indicadas en los que prefieren evitar la farmacoterapia. En la EP de toda la vida no se recomienda el uso de técnicas conductistas como

tratamiento de primera línea. Requieren tiempo, precisan el apoyo de la pareja, y pueden resultar difíciles de aplicar. Además, no se conocen los resultados a largo plazo de las técnicas conductistas en la EP. (p.889)

Luego, si bien indica a la farmacoterapia aclara, que no se cuenta con medicamentos autorizados para tratar la EP

La farmacoterapia es la base del tratamiento de la EP de toda la vida. Dado que la FDA y la EMEA, no han aprobado el uso de ningún medicamento en la EP, todos los tratamientos médicos se emplean en “indicación no autorizada” (Off Label). Tan solo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a largo plazo y los anestésicos tópicos a demanda han demostrado eficacia sistemática en la EP. De nuevo, no se conocen los resultados a largo plazo de los tratamientos farmacológicos. (*EAU Guidelines Office*, 2010, p.889)

Como puede verse en tanto para los factores psicógenos, para como los orgánicos la *EAU Guidelines Office* (2010), entrega criterios objetivos y flexibles, que permitan al urólogo seleccionar la opción más adecuada, y en ambos casos aclara que su efectividad no está probada aún.

Además, respecto de la DE, también se muestra una postura en la que no se excluyen los factores psico-emocionales y contextuales, como se ve la definición que le dan:

La DE se define como, la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio. Aunque la DE es un trastorno benigno, afecta a la salud física y psicosocial y tiene una repercusión importante en la calidad de vida de quienes la sufren, así como de sus parejas y familias. (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 846)

Y cuya etiopatogenia define así: “La DE es un síntoma, no una enfermedad. Es posible que algunos varones no sean evaluados correctamente o reciban tratamiento para una enfermedad o trastorno subyacente que podría estar causando la DE” (*EUA Guidelines Office*, 2010, p. 848).

Y agregan: “Las modificaciones de los hábitos de vida pueden mejorar la función eréctil” (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 848).

Pero aquí hay que tener claro que esta definición es amplia, y no está dada desde el reduccionismo neurofisiopatológico, por lo que, al definirla como un síntoma, no se excluye el hecho pueda ser producto de problemas psicológicos, sino que las considera dentro del abanico de posibilidades.

Con todo lo anterior se puede afirmar que la postura de la *EAU Guidelines Office* (2010) y por tanto de la EUA, no rechaza el aporte de la psicología para las MSD y dista completamente de las posturas denostativas de urólogos como la A. Acuña (2005).

Respecto del hecho que en este update no se menciona otras corrientes psicológicas como potenciales opciones, cabe preguntarse si desde la psicología, se están haciendo los esfuerzos necesarios para mostrar el potencial psicoterapéutico que ofrecen otras corrientes.

Aquí, surge la interrogante sobre estudios urológicos que evalúen el rol de los factores psicogénicos sobre las MSD.

Estudios urológicos sobre el rol de los factores psicogénicos en las MSD.

Para esto se realizó una revisión bibliográfica a través de las principales bases de datos especializadas, que abarco casi 20 años de publicaciones, y se encontraron sólo dos estudios enfocados a la importancia de los factores psicogénicos en las MSD. Se

determinó además que, los estudios provienen de grupos de urólogos cuyos paper no poseen altos índices y no pertenecen a la elite de la especialidad. Estos grupos son:

a) M. Monga, J. Bodie y W. Beeman (2004), quienes tras realizar un trabajo de análisis sobre los métodos de diagnóstico de la DE psicógena, reconocen la importancia de la interacción entre los componentes psicológicos y de una mirada biopsicosocial en la DE, y terminan afirmando que:

Conclusiones: La disfunción eréctil es un problema frecuente que puede afectar, y puede verse afectada por, aspectos psicosociales de la vida de un hombre. Las intervenciones médicas o farmacológicas a menudo son apropiados para el tratamiento de la disfunción eréctil, pero los aspectos psicosociales no deben ser ignorados, y aunque, se ha convertido en más fácil para los profesionales el dejar a un lado las preocupaciones psicosociales e interpersonales de los pacientes en relación con la salud sexual. Los clínicos proporcionarán el mejor tratamiento posible, si reconocen que la disfunción eréctil es un trastorno multifactorial compleja, y la tratan en consecuencia (p. 273).

b) R. Shamlou & H. Ghanem (2012), quienes también destacan la importancia de considerar un enfoque biopsicosocial para la DE, y plantean en sus conclusiones que:

La función sexual normal se ha descrito como un proceso biopsicosocial que implica la coordinación de factores psicológicos, endocrinos, vasculares, y los sistemas neurológicos. La disfunción eréctil se puede clasificar como psicogénica, orgánica (es decir, neurogénica, hormonal, arterial, cavernosa o inducida por fármacos), o mixta psicógena y orgánica. La disfunción eréctil es por lo general de carácter mixto psicógena y orgánica. (p.154).

Al parecer estos serían las únicas publicaciones de estos autores enfocadas en la relevancia de factores psicógenos en MSD; si bien presentan más publicaciones

respecto de otros temas urológicos. Además, los autores, solo lograron publicar sus trabajos en revistas de una relevancia bastante moderada. Lo que contrasta con el inmenso número de publicaciones que registran los trabajos a favor de la postura neurofisiopatológica para las MSD en las revistas de mayor prestigio, muchos de los cuales solo se remiten a resaltar la eficacia de un medicamento sobre una pequeña muestra de pacientes.

Por otra parte, no se encontraron referencias bibliográficas de la urología chilena que hagan alusión a estos cambios paradigmáticos o a estudios que se enfoquen en factores psicológicos. Si se encontraron dos (Venegas & Baeza, 2004; Palma-Ceppi et al. 2014) que destacan la eficiencia de un par de fármacos.

Finalmente se encontró una publicación de M. Waldinger, que más que un estudio científico, recoge sus comentarios personales respecto del potencial de la medicina China y del neuropsicoanálisis en el tratamiento de la EP, pero llama la atención, que a la fecha no haya publicado ninguna investigación formal sobre este tema.

De todas formas, podría decirse que en 2011, M. Waldinger habría dado muestras de una apertura de su visión hacia una concepción más amplia de la EP y un enfoque interdisciplinario para su tratamiento. Así en su artículo “Contribution of Acupuncture to Western Medical Knowledge of Premature Ejaculation: An Intriguing New Development”, no solo destaca el potencial aporte que la visión holística de la Medicina China Tradicional, podría tener para el tratamiento de la EP; sino que también de áreas de la psicología, como el psicoanálisis, el Neuro-psicoanálisis y la neurociencia. Esto cuando comenta en primer lugar que:

Mientras la medicina occidental se ocupa de la causa y el efecto, la medicina china apunta a las relaciones y patrones, utilizando métodos tan diversos como la observación, el análisis los cinco elementos y diagnósticos de pulso y de punto de alarma. Para la medicina China, la enfermedad se produce simultáneamente en todos los niveles de una el ser de la persona, incluyendo física, mental y energético. (Waldinger, 2011, p.773)

Así, el autor continúa afirmado que: “La medicina tradicional china-MTC- no distingue entre estos niveles y no los tratar por separado, como sus homólogos occidentales. Se observan y se incluyeron todos los síntomas como parte de la imagen del diagnóstico.” (Waldinger, 2011, p.773).

Y agrega luego un reconocimiento al enfoque psicoanalítico desde Freud a la fecha, en su afirmación:

Esta visión holística de la MTC tiene notables similitudes con los conceptos y las ideas de Sigmund Freud, quien no sólo cree que la enfermedad afecta simultáneamente a distintos niveles físicos y mentales del ser persona, que también desarrolló un método holístico para tratar las enfermedades mentales y físicas...el psicoanálisis. (Waldinger, 2011, p.773)

Y finaliza con un reconocimiento el trabajo interdisciplinario entre la neurociencia y el psicoanálisis, encarnado aquí en la corriente Neuro-psicoanálisis, comentando que:

Después de más un siglo de controversia, algunos neurocientíficos y psicoanalistas decidieron que la integración del psicoanálisis y la neurociencia, era un enfoque más fructífero para tratar e investigar los pacientes con problemas emocionales y de desentrañar los problemas clínicos que no se pueden explicar por el razonamiento meramente neurocientífica. (Waldinger, 2011, p.773).

No queda claro si es el comentario de una celebridad médica, o por el contrario, corresponde a la intuición de alguien, que estando al día de los cambios paradigmáticos impulsados en 2010 por la EUA; En 2011, ya percibía el inminente derrumbe de los paradigmas que el mismo había levantado.

Como reflexión final a esta revisión del estado del arte de las concepciones de la urología internacional sobre las MSD, cabe preguntarse, si el cambio del proceso desde el modelo Neurofisiopatológico de las MSD, a uno más amplio e integrativo, corresponderá al inicio de lo que T. Kuhn (2004) llama la revolución científica de una comunidad de científicos que trabajan en un área del saber.

Si analizamos lo anterior tomando los términos de T. Kuhn (2004), y los aplicamos sobre los resultados de la revisión del estado del arte, realizada sobre las producciones científicas sobre el tema de las MSD de los últimos 20 años, realizados por varias asociaciones internacionales de urólogos (EUA y ISSM entre otras).

Se puede decir, que en primer lugar éstas conforman una comunidad científica. Puesto que tienen una estructura organizacional y poseen normativas definidas y principios compartidos por todos sus miembros.

Y en segundo lugar, se puede decir que durante las últimas décadas, esta comunidad de científicos ha ido perfeccionando un pequeño paradigma científico en torno a las MSD. Cabe destacar que, este fue determinado, tanto por la concepción etiopatogénica, como por los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que ellos han desarrollado en los últimos 15-20 años para las MSD. Pero como en este paradigma, las concepciones de las MSD están fuertemente influidas por modelos de tratamientos eminentemente fármaco-quirúrgicos que esta comunidad ha ido desarrollando en los últimos 20 años, es que se ha conducido a definir las MSD como patologías o síndromes de origen netamente neurofisiopatológico; Hecho que a su vez refuerza el mismo modelo de tratamiento, donde se excluye y menosprecia casi por completo, tanto los factores psicológicos potencialmente presentes en las MSD, como el aporte y rol que le cabría a la psicología como una especialidad de la salud en esta problemática.

Como pudo determinarse, este modelo estaría entrando en un proceso de profundos cambios conceptuales. Fenómeno que T. Kuhn (2004) define como una revolución científica de una comunidad específica de científicos, la que, gatillada por la acumulación de anomalías o elementos de peso irrefutable, en contra de sus bases teóricas, va generando cambios basales sobre el paradigma en cuestión. Así, en el

caso de las MSD, los cambios paradigmáticos que están ocurriendo, se refieren a que sus afirmaciones tajantes sobre la etiopatogenia solo orgánica con bases incluso genéticas de la EP, fueron desmentidas. Hecho que ya determinó un cambio a nivel internacional en la definición oficial de la EP, asignándole causas indeterminadas. Del mismo modo las concepciones etiopatogénicas de la ED fueron modificadas y estos cambios tienden a aceptar los factores psicogénicos como potencialmente presentes en la MSD, y con un potencial de importancia no menor que el orgánico.

Finalmente, se puede decir, que gracias al cambio de paradigma que se está produciendo, referido al agudo rechazo de la urología a las concepciones teórico-procedimentales de la psicología sobre las MSD, está llegando a su fin. Y en el devenir de los próximos años, se deberían ir dando mayores consensos, entre las posturas teóricas de la urología y la psicología. Lo que además facilitaría usar la modalidad de enfrentamiento interdisciplinario, para estas complejas dolencias.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño metodológico de investigación

Este trabajo considera un diseño de investigación de tipo **cualitativo descriptivo de nivel básico o exploratorio**. El que obtiene su información central primaria –que es de nivel local– a partir de un estudio de campo sobre el objeto de estudio; para en una primera instancia procesarlos a través de una técnica de análisis cualitativo de enfoque descriptivo/compresivo –el Análisis Cualitativo de Contenido de Cáceres (2003) –, la que entregará una descripción analítica y puntual de la realidad local. Para luego en una segunda instancia de análisis, tomar la parte de los datos -que sean comparables- de la investigación empírico-descriptiva recién especificada, y proceder a contrastarlos, con otros de carácter teórico y nivel internacional (países desarrollados) obtenidos secundariamente de una revisión bibliográfica del Estado del Arte – A. Haye (2005) - del tema en cuestión y cuyos resultados son presentados en el apartado 2.3 (“Antecedentes Empírico- Bibliográficos”) del Marco Teórico de este trabajo. Así de este último análisis, se obtendrá una nueva gama de resultados de nivel secundario, que tendrán un carácter comprensivo/comparativo de la realidad local y actual del tema, respecto de la internacional. De modo que los tanto resultados finales del estudio, como sus conclusiones, harán referencia a una realidad nacional actualizada y contrastada con la internacional. Y con todo lo anterior, se podrá responder de forma amplia y exhaustiva, a las interrogantes planteadas en la pregunta de investigación.

3.2. Enfoque Teórico-Metodológico

3.2.1. Criterios de Rigor Científico

Como antecedente preliminar se debe indicar que debido a la aparición en las ciencias, de cada vez más estudios procedentes desde el área cualitativa, es que surge la necesidad de buscar nuevas metodologías para las nuevas imágenes del objeto propio de la ciencia (Valles, 2000 en Cáceres, 2003). Desde acá, es que surge esta propuesta particular al modelo cuantitativo, producto de una amplia serie de autores, que busca

enfocarse más en los procesos y en la multiperspectiva de cómo se accede a los resultados, más que su finalidad. Es decir, pasar de un modelo naturalista basado en una comprensión de ciencia más objetiva a generar la posibilidad de crear un modelo hermenéutico en que prime la importancia de la subjetividad de la persona. (Cáceres, 2003)

Sin embargo, aun así, a pesar de no basarse en una recopilación objetiva de datos, medibles y cuantificables, existe una amplia serie de criterios que permite que el estudio de análisis cualitativo sea un método con criterios de claro rigor científico y de una alta complejidad en su estructura teórica. (Cabrerero & Richardt, 2001 en Cáceres, 2003)

Lo anterior permite finalmente superar los cuestionamientos, que se han hecho desde la mirada cuantitativa a los conceptos de **validez** y **confiabilidad** de las metodologías cualitativas; permitiéndole además poner en duda las afirmaciones que, desde lo cuantitativo, dicen de estas metodologías que tienden al conocimiento verdadero, ni menos que posean métodos que aseguren verdades incuestionables. (Smith [en Valles, 2000] en Cáceres, 2003)

De modo que las metodologías de análisis cualitativo, para no caer en métodos de investigación naturalista, se desarrollaron definiciones y criterios de evaluación de la **confiabilidad** y la **validez**, propios y no completamente rígidos; que además se ajustan con facilidad a las distintas perspectivas teóricas, que coexisten en este enfoque. (Cáceres, 2003).

Así, para el caso de la **confiabilidad** de un texto, se puede decir que cuando su codificación hecha por distintos codificadores arroja los mismo resultados, indica un buen nivel de la confiabilidad y su posibilidad de obtenerla está basada en dos procedimientos: a) Identificación de datos a partir de aplicación de códigos, b) Clasificación de códigos a partir de categorías analíticas. (Krippendorff, 1990 en Cáceres, 2003)

Es gracias a estas dos funciones que se puede obtener dos evaluaciones para la confiabilidad, una basada en registro cuantitativo y otra a través del juicio de expertos. Con respecto a esto mismo se puede decir que si existe un código o categoría con un

nivel de abstracción muy alto, se obtendrá una baja confiabilidad debido a que se vuelven difícil de normar, y la posibilidad de acuerdo subjetivo se ve mermada. No así con las categorías y clasificaciones más concretas, en la cual ocurre todo lo contrario, es decir apuntan a una alta confiabilidad (Cáceres, 2003).

Por el lado de la **validez** el asunto de medición es más complejo, debido a que se quiere, que sus mediciones y/o deducciones sean sostenibles a la luz de datos obtenidos con otros métodos, en palabras Nieto (en Pérez, 1994 en Cáceres, 2003)...”un análisis de contenido es válido en la medida en sus inferencias se sostengan frente a otros datos obtenidos de forma independiente”(p.77). Esto, indica la necesidad de contar con mecanismos de comparación que no siempre son fácilmente accesible, menos aun cuando estos resultados han sido obtenidos de modo inductivo. Para esto se G. Briones (1988b, en Cáceres, 2003) establecen cuatro tipos distintos de validez:

-La validez Semántica, se obtiene cuando dos o más analistas que procesen el texto de modo independiente, coinciden en asignar las mismas palabras u otras unidades de análisis sobre las mismas categorías. Luego estos analistas le asignaron a esas unidades un significado idéntico.

-La validez muestral, esta hace referencia a un tipo de representatividad estadística de la de las unidades de análisis de muestra.

-La validez de constructo, se obtiene cuando se pueden determinar correlaciones entre los constructos desarrollados durante el análisis de contenido, y estos mismos constructos pero evaluados a través de pruebas psicológicas, entrevistas, observación y/o algún otro procedimiento con suficiente rigor científico. Aquí el problema radica en establecer correlaciones a partir del material nominal, que es difícil de cuantificar.

-La validez predictiva, se obtiene cuando resultados obtenidos en un análisis de contenido, tiene la capacidad de predecir sucesos externos al estudio, pero de similares características. (Briones, 1988b en Cáceres, 2003)

En relación a lo anteriormente mencionado sobre la Confiabilidad y Validez a través de las características cualitativas y cuantitativas del enfoque de Análisis de contenido, es fundamental tener en consideración antes que todo, cuales son los fundamentos teórico-filosóficos que sostenga un estudio. Esto mismo sería lo que condiciona el primer paso del procedimiento, y de ahí también el análisis, a causa de la validez del concepto dominante, debido a que la validación de los resultados, se ajustara dependiendo siempre del tipo de verdad esperada dentro de los fundamentos particulares de un estudio. (Cáceres, 2003)

Desde esta lógica es que se desprende la técnica de análisis de contenido cualitativo, resaltando ilustrativa la definición de Berelson (en Hernández [1994, p.301] en Cáceres, 2003), quien refiere que el Análisis de Contenido es...“una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas” (p.55). En esta definición se hace una relación con lo cuantitativo, con el objetivo de considerar de que el estudio de análisis cualitativo, es igual de riguroso que el cuantitativo y que también recopila información objetiva; el asunto es que va más allá, y se refiere a que es a través de la interpretación de los hechos, como se puede llegar a nuevos descubrimientos, y a pesar de apelar a la subjetividad sigue siendo científico -como por ejemplo en el caso de la fenomenología y la hermenéutica-. Otra definición, que resulta bastante esclarecedora para comprender el análisis cualitativo es la dada por P. Mayring (2000, párrafo 4 en Cáceres, 2003), que afirma que el análisis cualitativo de contenido, puede ser entendido...”como una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio.” (p.56). Es en base a estas definiciones, que se puede visualizar una de visualizar una noción para el Análisis Cualitativo de Contenido y configuración acorde a criterios de rigurosidad científica. (Caces, 2003)

3.2.2. Dimensiones o Indicadores Teóricos

Se utilizará la postura teórica del interaccionismo simbólico de Blumer (1969) –descrita en el apartado 2.1- para definir del modo más adecuado a los objetivos de este estudio las dimensiones y/o indicadores que desde lo teórico serían los centrales a investigar aquí, y son: a) Las significaciones, b) Las creencias y c) Los supuestos, que tienen los médicos urólogos chilenos respecto de disfunciones sexuales masculinas. De modo que bajo esa mirada teórica de Blumer (1969), estas pueden ser entendidas de la siguiente forma:

a) Las significaciones: Se refieren tanto al significado específico, como al proceso por el cual los urólogos producto de experiencia profesional, le han ido asignando significados subjetivos a ciertos objetos simbólicos o conceptos técnicos, tales como: tipos de etiologías para las MSD, procedimientos de diagnóstico y de tratamientos para estas. Y es a través de estas significaciones, que se puede ir extrayendo el material necesario para recabar la información de antecedentes y resultados del proceso dinámico, que tiene la persona para interpretar su realidad cambiante.

b) Los supuestos: se refieren a los principios o nociones básicas -y algunos casos generales- con las cuales los urólogos leen los fenómenos asociados a las MSD. Su análisis nos permitirá acceder a los conceptos generales y alguna forma aproximada a posibles mapas conceptuales de los urólogos respecto de las MSD. Permitiendo además, visualizar la capacidad que tiene cada individuo de atenerse a distintos roles sociales o de ofrecer respuestas más auténticas; puesto que dentro del mismo paradigma de la medicina occidental, hay distintos supuestos que permiten operar de una manera determinada, aquí se podría apreciar que tan rígida o flexible es esta relación.

c) Las creencias: Se refieren a las ideas subjetivas que los urólogos aplican para mirar y/o evaluar tanto propiedades de las MSD, los comportamientos de los pacientes que las sufren; como también las ideas subjetivas sobre el rol y el aporte que desde lo teórico-procedimental le cabría a la Psicología clínica en esta área. De modo que su análisis permitirá comprender desde lo psico-social el lugar desde el que están

hablando los urólogos al referirse a las MSD. Esto ayudará además a comprender distintos roles sociales a los que estos profesionales están sometidos, y el cómo esto pueden influenciar su visión e intervención sobre las MSD. Y al comprender desde que lugar se posiciona al hablar, se pueden sacar más antecedentes con respecto a cómo esto influencia en su capacidad de interpretación de su realidad atingente, por ejemplo, en el caso de este estudio, los urólogos interpretan la realidad desde el paradigma de la medicina occidental, entonces gran parte de lo que digan, podría ser un retrato sesgado por esta visión paradigmática-que en el mejor de los casos sería post-racionalista-.

3.2.3. Investigación Empírico-compresiva

En primer lugar se debe especificar, que la parte empírico-compresiva del estudio se trabajó desde un enfoque cualitativo, ya que este posibilita acceder de modo óptimo al mundo de los significados del objeto de estudio. Y esta afirmación se encuentra respaldada por autores como, Krause (1995) cuando destaca que estas son las metodologías que usan...“procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre en base de conceptos”... los que...”se refieren a cualidades de lo estudiado, es decir a la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio.” (p.21). Siendo justamente...“los conceptos los que permiten la reducción de la complejidad, y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera coherencia interna del producto científico”. (p.21). Por su parte Corbin & Strauss (2002), destacan que las metodologías cualitativas son las adecuadas...“para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de aprehender por métodos de investigación más tradicionales”... (p.13). Y Hernández-Sampieri et al. (2010), destaca que estas metodologías...“buscan especificar, las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis comprensivo.” (p.80),... [concluyendo que su valor principal

reside en que]...”son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación”...(p. 80), de forma más nítida y profunda que otras metodologías.

Existe además un factor de tipo ontológico a destacar, radicado en el hecho que las metodologías cualitativas adscriben a los paradigmas alternativos o comprensivos - interpretativo, crítico y constructivista-, puesto que estos paradigmas, y en **particular el Interpretativo**, enfatiza una ontología relativista y subjetiva en torno a la realidad y los fenómenos sociales, en la cual se apela a comprender el mundo de los significados, desde los propios actores. (Krause, 1995).

Ahora al comparar las características de las metodologías cualitativas con las de las metodologías cuantitativas, puede verse que las primeras hacen referencia a las cualidades del objeto o fenómeno de estudio, y no a simples cantidades o datos reducibles a números, como las últimas. (Krause, 1995). También puede verse que contrastan en su postura paradigmática, cuando desde la visión post-racionalista, se define una realidad aprehensible -por los sentidos- que existe ahí afuera, y que nunca podrá ser aprehendida en su totalidad por el ser humano, pasando a ser -desde esta postura- la objetividad solo un ideal. (Guba, 1990 en Krause, 1995). Además contrastan en la restricción metodológica que presenta el post-racionalismo respecto del elemento subjetivo, que al ser de tipo experimental/manipulativa modificada, se focaliza solo en la triangulación de información o inclusión de diferentes perspectivas positivistas del objeto del estudio (Krause, 1995).

De modo, que todas estas características distintivas entre estas dos corrientes, marcan una diferencia crucial al momento de elegir el diseño metodológico más adecuado a este estudio, que por lo demás presenta un desafío complejo. El que surge al intentar abordar una problemática de tipo técnico muy especializado, que conllevaría dos exigencias aparentemente excluyentes entre sí. La primera, debido a que el estar inserta en la realidad socio-cultural y epistemológica inherente a los urólogos, le impone una lógica más bien post-positivista. La segunda, debido a los objetivos del estudio, que le imponen incluir un análisis comprensivo y profundo del elemento subjetivo que

su temática contiene, por estar justamente contenida en ese elemento subjetivo, la esencia del tema a esclarecer.

Así se concluyó que la mejor manera de resolver la problemática metodológica antes descrita, sería usando un método analítico cualitativo, pero en una aproximación más simplificada y específica al **paradigma interpretativo**, como la versión de la técnica del Análisis de Contenido, un enfoque profundamente cualitativo-descriptivo. Este método propuesto por P. Cáceres (2003), el llamado “Análisis Cualitativo de Contenido”, será descrito y analizado en sus pasos operativos en el apartado 3.4 -Técnicas de Análisis de Datos-.

En este punto es importante destacar el hecho este estudio se posesiona desde la postura teórico-metodológica del interaccionismo Simbólico de Blumer (1969) para usar el método del Análisis Cualitativo de Contenido, le permite configurar una lente de análisis bastante precisa y específica, a través de la cual obtener una descripción de las visiones subjetivo/racionalista (o subjetivo/post-racionalistas) de los individuos del estudio; salvaguardando la en paralelo del efecto del sesgo interpretativo inherente al observador. De modo que esta descripción, por una parte recoge las principales concepciones, posturas y opiniones subjetivas de los objetos de estudio -los urólogos de la muestra-, y por la otra, logra conservar gran parte de la visión racionalista (o post-racionalista) del entorno sociocultural en que estos se desenvuelven (Blumer, 1969).

3.3. Procedimiento de Muestreo y Recopilación de Datos

3.3.1. Técnicas de Muestreo y Selección de Informantes

La técnica usada inicialmente para acceder a la muestra, consistía en acercarse personalmente a clínicas/hospitales que contaran con servicios de urología de reconocida experiencia. Donde en calidad de alumno tesista, se establecerían los primeros contactos con urólogos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, que se habían definido para esta muestra. Y una vez establecidos estos, se procedería

en adelante, mediante una combinación las técnicas de la bola de nieve y la del muestreo teórico – lo que detallara más adelante-.

Pero este procedimiento no funciono como se esperaba, y después de ser tramitado durante varios meses, por aproximadamente unos 15 urólogos, se debió asumir que esta muestra presentaba dificultades particulares. Entre las principales, estaba que sus miembros interactúan dentro una red de contactos bastante restringida; presentando además una particular resistencia a conceder entrevistas no pauteadas por ellos mismos -en especial que expusieran sus puntos de vista u opiniones-, a alguien que no fuera médico o conocido y que no viniera directamente recomendado por un médico conocido.

Por lo que se debió rediseñar la metodología de acercamiento a los entrevistados.

Así se partió recurriendo a vínculos personales, los que formando parte de las redes profesionales de estos especialistas, hicieron el contacto inicial con algunos que cumplían con las condiciones generales de inclusión y exclusión ya definidas –que se explicitaran más adelante-. Luego de los acercamientos logrados en las primeras entrevistas, algunos de los entrevistados se abrieron a la posibilidad de hacer un contacto personal con ellos y dar una recomendación a colegas cercanos. Lo que permitió operar en adelante con una forma restringida de la técnica de la bola de nieve, fuertemente guiada por el muestreo teórico.

Lo anterior en el sentido que la técnica de bola de nieve, operaría como forma de acceso general a las redes de los especialistas, usando los criterios generales de inclusión e exclusión a nivel primario. Pero esta selección primaria, seria luego restringida por una secundaria, realizada en base a los criterios específicos del muestreo teórico.

Es importante detenerse y especificar aquí que, por una parte la **técnica de la bola de nieve**, es definida como una técnica de muestreo no probabilística, que es muy útil cuando las características del fenómeno a estudiar son raras o escasas, y es difícil conseguir entrevistados. La que se inicia procedimentalmente con la identificación y selección de una cantidad de los miembros del grupo de estudio asequibles. Y luego del consiguiente contacto y trabajo con los primeros individuos, los siguientes

participantes se seleccionan en base a las referencias de los anteriores, explorando o accediendo a sus redes sociales (A. Quintana, W. Montgomery; 2006).

Y por otra especificar que, el “muestreo teórico” desarrollado en 1967 por los investigadores B. Glaser & A. Strauss (en Corbin & Strauss, 2002), debe su nombre al hecho que su evolución recursiva, está guiada por la teoría en estudio o construcción. Esto en el sentido de ir recogiendo la información específica que se requiera en cada etapa de la evolución de su proceso. Lo que se logra por medio de un proceso recursivo de meta selección/análisis muestral, donde en cada pasa iterativo, y producto del análisis comparativo entre los datos entregados por los entrevistados anteriores, versus los que se requiere obtener en esta interacción, se logra acotar y redefinir con mucha precisión las características del siguiente entrevistado.

Desde lo procedimental se parte eligiendo los primeros sujetos, en base a criterios previos –como los de inclusión y exclusión- obteniéndose con estos los primeros datos. Y luego los sujetos siguientes se seleccionan a partir de los criterios que el análisis de la información o teoría extraída de los entrevistados anteriores va entregando, de modo que se obtenga siempre información nueva y/o más específica (Krause, 1995).

En base a lo recién definido puede ahora explicitarse como el proceso general de muestreo estuvo acotado, en forma primaria por los criterios de inclusión y exclusión, y en forma secundaria por los criterios variables que fue entregado el muestreo teórico.

Así en forma primaria actuaron los criterios generales de inclusión y exclusión, los que tendían a abarcar el espectro más amplio posible de características relevantes de los especialistas, y su ámbito profesional. Estos criterios fueron definidos así:

a) Criterio de Inclusión: Considerar solo a médicos Urólogos que atendieran en clínicas u hospitales públicos o privados de la región Metropolitanas, a pacientes que entre otras patologías presentaran Disfunciones Sexuales Masculinas (MSD). Tratando de abarcar con estos el máximo rango etario posible y nivel de diversidad respecto de las instituciones de formación en la especialidad de urología.

b) Criterio de Exclusión: Considerar a los médicos urólogos sub-especialistas en andrología o en medicina sexual. Puesto que estos profesionales no son

representativos de la labor que al respecto desarrollan los urólogos generales; esto tanto por su enfoque muy específico de las MSD, como por ser muy pocos (no más 3-4 en el país) y prácticamente no interactuar con el resto de los urólogos.

Mientras que en forma secundaria actuaron las especificaciones del muestreo teórico (Corbin & Strauss, 2002), las que tendían a ir acotando -de modo variable- el perfil específico de cada urólogo. Especialmente en cuanto al tipo de pacientes –nivel socio-económico, rango etario-con MSD que trataba, como a su casa de formación en la especialidad y sus años de experiencia.

Luego siguiendo esta metodología, se procedió seleccionando dos urólogos de los obtenidos a través de contactos personales, los que abrieron luego sus redes a nuevos contactos. Y con estos nuevos contactos se continuó según lo ya descrito.

El tamaño de la muestra elegida fue de seis entrevistados, confiando que este número, sumado al diseño, permitiría llegar a contar con una nutrida cantidad de información.

Definición de la Muestra

Finalmente, se puede decir que se consideró una muestra teórica, debido por una parte a que se desea describir densamente la singularidad del fenómeno, y por otra a que los sujetos deben cumplir con un perfil específico y con aprobación voluntaria -en cuanto a que accede voluntariamente a participar-.

3.3.2. Técnicas Recolección de Datos Empíricos

Para realizar el proceso de recolección de datos empíricos, se usó un cuestionario de entrevista semi-estructurada, diseñada de forma preliminar usando los datos generales obtenidos de la revisión bibliográfica. Este cuestionario preliminar fue perfeccionado en base a la información que este mismo fue entregando, resultando un cuestionario de entrevistas semi-estructuradas bastante focalizada en penetrar en los temas álgidos de esta problemática, temas que los urólogos tendían a evadir.

Se debe acotar aquí que, la entrevista semi-estructurada corresponde a una forma más flexible de la entrevista individual estructurada, llamado guion temático, el que se

caracteriza por el uso de un conjunto de ideas centrales a tratar, planteadas de forma general a través de preguntas abiertas o introductorias. Las que permiten, tanto conducir al entrevistado por los puntos clave del tema en cuestión, como profundizar en sus particulares puntos vista, y realizar ampliaciones a estas en forma flexible. Esto en un orden relativo similar para distintos entrevistado, preservando además el contexto conversacional particular. Todo lo que posteriormente facilitará el proceso de elaboración de datos, al permitir un más fluido análisis comparativo de posturas y concepciones entre entrevistados (A. Quintana & W. Montgomery; 2006).

3.4.3. Procedimiento de Recolección de los Datos Empíricos

La recolección de datos en campo, se realizó mediante una entrevista personal con los facultativos. En la cual, y luego de aclarar los protocolos éticos, de resguardo y protección de información e individualidad, se les aplicó en formar particular el cuestionario de entrevista semi-estructurada antes citado; el que fue grabado en audio digital in-situ, para luego ser trascrita a texto.

En general las entrevistas se realizaron en las consultas de los facultativos, en tiempos más bien restringidos, y en algunos casos en un ambiente de relativa cautela por parte de los entrevistados ante opiniones o comentarios que pudieran salir a la luz pública. Por lo que para conseguir respuestas más profundas o agudas, en algunos casos se debió recalcar que se estaba siguiendo un rígido protocolo de entrevista, que permitía salvaguardar de la luz pública, tanto las identidades de los participantes como posibles comentarios que pudieran parecer críticos o conflictivos en alguna forma.

El **guion temático** giro en torno la experiencia que los urólogos tenían sobre la Disfunción Eréctil –DE- y la Eyaculación Precoz –EP-, tratando de entrar profundo en las características y problemáticas que estos facultativos consideraban relevantes. Esto desde las dimensiones de sus concepciones etiopatológicas, y desde las metodologías o protocolos de tratamientos aplicados. El texto en cuestión se encuentra en el anexo N° 1, al que se debe remitir para entrar en sus detalles.

3.4. Técnicas de Análisis de Datos

3.4.1. Técnica de Análisis Cualitativo de Contenido

En base a lo descrito el apartado sobre los enfoques teórico-metodológicos, se hace posible dar una descripción de los principales pasos operacionales del método de “Análisis Cualitativo de Contenido” de A. Cáceres (2003).

Estos pasos son seis y corresponde a: **Primer paso:** Selección del objeto de análisis dentro de un proceso de comunicación, en un marco teórico específico; **Segundo paso:** El desarrollo del pre-análisis; **Tercer paso:** La definición de las unidades de análisis; **Cuarto paso:** Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación; **Quinto paso:** Desarrollo de categorías; **Sexto paso:** La integración final de los hallazgos. (Cáceres, 2003)

Cuyo detalle según Cáceres (2003) es el siguiente:

El primer paso. Antes que nada, e independientemente del contenido que se quiera analizar, se debe definir una postura teórica, disciplinar o profesional sobre este. Así mismo, como el análisis de contenido, por estar desde el enfoque cualitativo desde su concepción, adscribe a suposiciones previas sobre la forma de hacer y comprender la ciencia de este enfoque. Por lo que es claro no se podrá desarrollar un análisis libre de la influencia inherente a la naturaleza del investigador, ya que lo que se estudia está basado en conocimientos anteriores, que son necesarios para seguir manteniendo el carácter de ciencia y de objetividad en el estudio. Con respecto a esto, los supuestos de conocimiento sobre los que se basa el estudio de análisis cualitativo, ya tienen un procedimiento anterior que comprueba la veracidad del estudio realizado, es sobre esta veracidad que el nuevo investigador se tiene que sostener para continuar el avance de la investigación. (Mayrin, 2000; Pérez, 1994, en Cáceres, 2003)

El esquema de abajo muestra, a través de un diagrama de flujo, la forma en que los seis pasos se relacionan y retroalimentan entre sí, durante el procedimiento:



Figura 3.1. Procedimiento general del procedimiento de Análisis Cualitativo de contenido -basado en modelo del Análisis de Contenido propuesto por Mayring (2000)-. (Cáceres, 2003, p. 58)

Segundo paso. El desarrollo del pre-análisis, alude al primer intento de organización de la información que se quiere trabajar. Este paso conlleva en tres objetivos: a) Colectar los documentos o corpus del contenido; b) Formular guías o pautas procedimentales al trabajo de análisis y c) Establecer indicadores generales –aunque muestren o logren etiquetar temas generales que se encuentren aun dispersos en el material analizado (Bardin, 1996, en Cáceres, 2003). Además, algo importante a considerar es.. “que las decisiones en torno a la clase de corpus de contenido, que se debe seleccionar favorecerán la delimitación del tópico a analizar” (Cáceres, 2003, p. 60). Esto se refiere a la inconveniencia de escoger materias disímiles entre si, ya que la idea principal del desarrollo del pre-análisis es reducir e integrar el material, ya que demasiada variedad puede dar lugar a resultados divergentes y dificultad para

establecer categorías y relaciones (Cáceres, 2003). Según Bardin, (1996, en Cáceres, 2003), que lo que se busca es seleccionar un buen corpus de análisis; lo que se posibilita al tener profundas entrevistas sobre temas en específicos, notas de campo previamente consensuadas discursos, transcripciones de reuniones entre otros. Dentro de esto mismo, será muy importante... “agenciar toda o la mayoría de los corpus disponibles sobre el tema a analizar”,... con el objetivo de aumentar la **credibilidad y fiabilidad** del contenido en cuestión. (Gustafson, 1998 en Cáceres, 2003, p.60).

Se requiere obtener un contenido que aparte de ser homogéneo –también el formato de los documentos debe serlo-, logre pertinencia o consonancia con los supuestos de la investigación, y que sea exhaustivo al buscar dentro del corpus ya definido. Además los **indicadores**, deberán describir claramente los elementos en el corpus que muestren los tópicos buscados, de modo que se llegue a acotar unidades de análisis pertinentes. (Bardin en Cáceres, 2003)

Tercer paso. La definición de las unidades de análisis, se centra en lograr la definición de las unidades de análisis. Según Hernández (1994, en Cáceres, 2003),...“las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos.”(p.61).

Existen grande dos grupos de unidades de análisis: a) las de base gramatical y b) las de base no gramatical.

a) La de base gramatical, se dan en la comunicación verbal o escrito, dentro de las que se encuentra:

-Los vocablos: corresponde tanto palabras clave, que aluden a un tema o un significado particular, como a palabras generales dentro del texto y su significado en conjunto. Las primeras son más usadas, pues sirven mejor para los propósitos de los estudios de investigación.

-Las frases, párrafo o tema: corresponde a grupos de palabras, no tienen valor por si solas, sino que en relación a su contexto.

b) Las de orden no gramatical, estas no se definen por a partir de elementos ni sintácticos, semánticos o expresivos, sino que por propiedades como, el espacio, la cantidad y/o el tiempo, en que se encuentran configurados, los comunes son:

-El espacio: Alude a dividir de forma mecánica los documentos, en unidades iguales dimensiones, como reglones, columnas, partes de una hoja, etc. (Hernández, 1994, en Cáceres, 2003)

-Documentos íntegros: Cuando la unidad de análisis es un documento escrito completo, puede ser un libro, un cuaderno de campo, una revista, un periódico, etc. que constituya en si un solo bloque de información. (Pérez, 1994 en Cáceres, 2003)

-El tiempo: se refiere a unidades de análisis temporales, aplicable a circunstancias que solo existen mientras se ejecutan, como conversaciones en vivo, música, etc. Se delimitan en lapsos de tiempo, minutos, horas, semanas, etc. (Hernández, 1994, en Cáceres, 2003)

-Los caracteres: Es poco usual, alude al interés del investigador de estudiar rasgos del carácter de personajes o personalidades, como políticos, dirigentes comunitarios o religiosos, etc. Se busca...“rescatar los dichos y significados de una personalidad influyente o que tiene impacto en el contexto que se desenvuelve”. (Cáceres, 2003, p. 62)

-El ítem: se puede definir como...“la unidad total usada por los productores de material simbólico”, (p.62), es muy flexible y queda delimitada por lo que investigador considere material simbólico de interés. Así podrían ser desde un libro hasta párrafos o frases de un cuestionario, y especialmente útiles en enfoque cualitativos, siempre cuando se pueden aplicar y manejar criterios precisos de inclusión y exclusión en esta unidad (Hernández [1994, p.304] en Cáceres, 2003).

Así la(s) unidad(es) de análisis de un estudio debería determinarse estratégicamente de acuerdo a los intereses de este, y solo cumpliendo siguientes criterios generales tales como: a) en un estudio podrán usarse más de una unidad de análisis, siempre que bien especificada al momento de usarse; b) mientras más amplias -o abarcadoras de texto- sean las unidades de análisis, se requerirá menos tiempo de codificación y

clasificación; c) Unidades poco específicas en contenido, como el tema, las frases o párrafos, podrán contener información variada, por lo que tienden a ser más difíciles de analizar que otras; d) el tema y el ítem, se están bien definidos, son los más adecuados en los estudios de análisis de significados o de relaciones entre estos. (Hernández, 1994 en Cáceres, 2003)

Finalmente se debe resaltar, que si bien, las unidades de análisis son bloques de información –elegidas bajo un criterio particular- a codificar y categorizarse posteriormente. El hecho de que estos procesos entreguen material útil, dependerá de la adecuada definición de los indicadores generales, realizada en la etapa de pre-análisis. (Cáceres, 2003)

Cuarto paso. El establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación. Estas reglas son conjuntos de instrucciones que indican al analista y/o a cualquier co-participante del análisis, las condiciones y el cómo codificar y/o luego categorizar un material específico, por lo que deben ser claras y precisas. Por lo que según P. Mayring (200, en Cáceres, 2003) este es un paso crucial para fortalecer la **validez** y la **confiabilidad** de los resultados. Además, es importante tener una retroalimentación constante, desde los datos hacia la formulación de reglas de codificación y viceversa, de modo que estas podrían ir variando al avanzar con el análisis (Rodríguez, 1996, en Cáceres, 2003). Y por su enfoque cualitativo, los supuestos básicos del estudio siempre influirán –a un nivel subliminar- en la clasificación del texto, de modo que los conjuntos de datos así determinados serán relevantes y significativos para el analista. (Cáceres, 2003)

Por otro lado, este procedimiento de análisis debe partir con la(s) unidad(es) de análisis ya claramente definidas; y en base a esta, se analiza primariamente el material. De modo que el investigador va interrogando al texto -revisando las unidades de análisis, preguntándose cuales son los temas y significados que están encierran- y va agrupando entre si todas las unidades que aparezcan relacionadas entre si, por los criterios generales de clasificación, los que se irán afinando en el proceso mismo dando. Dando origen a las reglas de análisis antes mencionadas (Rodríguez, 1996, en

Cáceres, 2003). Este proceso de clasificación y codificación usando los criterios se llama codificación abierta, y se extiende sobre todo el texto a analizar. Cuando los datos han sido agrupados y segmentados en torno a las reglas de análisis, es necesario dar un identificador a cada grupo de datos. Estos identificadores, son los “códigos”, y se usan para representar el conjunto de datos reunidos en una clase, y cumplen la función de etiquetar los segmentos. Así se va produciendo un aumento en la abstracción característica de un grupo que quedara ahora representado por concepto o símbolo. Finalmente es necesario destacar que este procedimiento abre la posibilidad de orientar sobre relaciones o interpretaciones del material codificado llevándolo a un nivel análisis más profundo. (Rodríguez, 1996, en Cáceres, 2003; Cáceres, 2003)

Quinto paso. Desarrollo de categorías: Las categorías son definidas por Cáceres (2003) como...“los cajones o casillas en donde el contenido previamente codificado, se ordena y clasifica de modo definitivo” (p.67). Acá al igual que en la codificación se hace necesario seguir un criterio, aun así este criterio depende mucho más de los razonamientos del investigador que de una metodología dada, siendo esto mismo lo que permite consolidar la categorización. Así en palabras de Cáceres (2003),...“las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información incorporando la perspectiva crítica en el estudio y por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas”. (p. 67).

Cabe resaltar que la categorización surge en forma casi directa a través del proceso de codificación abierta; lo que lo diferencia de otros métodos de análisis cualitativo tradicionales, como la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1999 en Cáceres, 2003); el que mediante un proceso inductivo, que conlleva además una comparación constante, y que se enfoca en la generación de teoría que emerge de los datos mismos. Mientras que la categorización del Análisis Cualitativo de Contenido, se centra más en el proceso obtención encasillamiento y análisis de las categorías obtenidas de los datos que de la generación de teoría. Pero se puede decir que conservando su carácter analítico logra,...”una reestructuración o conformación de los datos brutos, hacia una nueva

configuración teórica, a la manera de marcos o modelos teóricos” (Cáceres, 2003, p.68).

Respecto del proceso mismo de categorización, este tiene dos objetivos centrales: a) Reagrupación de códigos en Categorías, b) Denotar el contenido latente oculto a través relaciones nuevas.

a) Reagrupación de códigos en Categorías: consiste la reagrupación de las unidades de material, ya agrupado bajo códigos, que presenten analogías o relaciones – definidas por criterios específicos- en nuevas etiquetas categoriales de mayor nivel abstracción o las “categorías”. Aquí la categorización puede ir por dos caminos:

a.1) Cuando un solo código, está lo suficientemente pegado a un conjunto de datos – no admite mayor nivel de abstracción- de modo que no es agrupable con otros conjuntos, por lo que generara en forma directa a una categoría propia.

a.2) Cuando se pueden agrupar varios códigos en una categoría –que admiten una reclasificación bajo un nivel mayor de abstracción- pueden visualizarse relaciones entre los códigos, que por su mayor nivel de inferencia permitirá interpretaciones teóricas más amplias. De modo que algunos códigos más generales y descriptivos podrían actuar como subcategorías y propiedades de esa clase o categoría. (Cáceres, 2003)

b) Denotar el contenido oculto y relaciones entre códigos: Esta considera tanto el establecimiento de relaciones, entre los grupos codificados –códigos-, como el develar el contenido latente, por medio de la inferencia teórica o integración de contenidos basada en todos las reglas, principios y supuestos del estudio. Como el proceso anterior es bastante complejo, y puede realizarse usando el esquema de la matriz de contingencia (Bardin, 1996 en Cáceres, 2003), que permite visualizar y dirigir en forma lineal –partiendo de la codificación de unidades de información- tanto la búsqueda de asociaciones los entre los códigos y/o las categorías en que confluirán, como las importantes interpretaciones analíticas que deben ir surgiendo del proceso. Otra técnica que complementaria es el uso de notas o memos durante el análisis. Todo lo anterior debería transcurrir a través de ejes o rectas de análisis, de modo que partiendo de los datos en bruto se pase por conjunto de códigos que confluirán en una categoría

específica, así habrá una recta por categoría, donde esta representa el punto final de una recta de análisis (Cáceres, 2003; Glaser & Strauss, 1999 en Cáceres, 2003).

Para un mejor entendimiento del proceso recién descrito, se presenta a continuación un diagrama que esquematiza el proceso de elaboración de categorías a partir que provienen desde de las unidades de análisis, propuesto por Cáceres (2003, p.70):

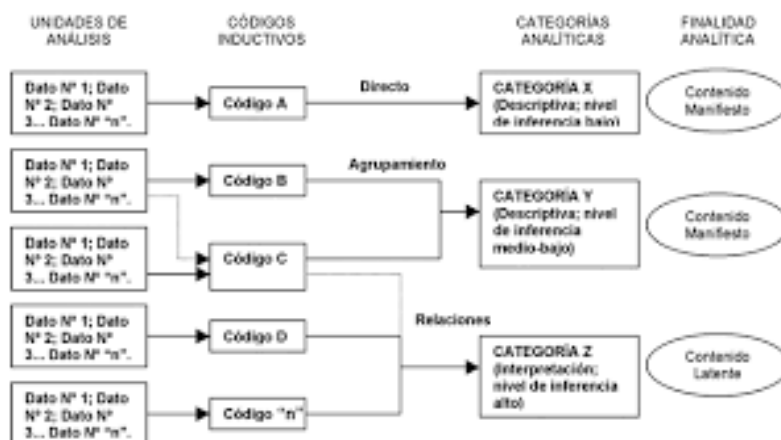


Figura 3.2. Esquema del proceso de elaboración de categorías a partir de las unidades de análisis

Respecto al esquema de la figura 3.2, se puede comentar por una parte, que permite visualizar este proceso analítico a través del concepto de líneas de análisis antes mencionado. Que partiendo de las unidades de análisis llega a los códigos y luego puede pasar a las categorías por una de dos opciones: por el paso directo de un código -más enraizado en los datos- a una categoría, o por el agrupamiento de varios de códigos en una categoría o símbolo conceptual de mayor nivel de abstracción. Y por otra, se ve como en la etapa final de estas rectas de análisis, van emergiendo producto

de su visualización los contenidos manifiestos y en especial los latentes, los que se visualizan a través de las relaciones encontradas entre las categorías. Todo lo que permite llegar al un nivel analítico interpretativo que se desee. (Cáceres, 2003)

Sexto paso. La integración final de los hallazgos: Este paso se integra todo el desarrollo analítico de las etapas anteriores, en una síntesis final que está guiada por completo por los objetivos y supuestos teóricos específicos de cada estudio, en palabra de Cáceres (2003),... “los objetivos o guías de análisis son los elementos centrales de la construcción teórica final, y a ellos debe atenerse todo el trabajo que se ha llevado a cabo” (p. 75). De modo que se pasa de una etapa de trabajo analítico-inductivo a una de elaboración sintética cualitativa. Pero esta síntesis no tiene por qué conllevar el que todas las categorías, queden integradas entre si como una última y gran interpretación que defina la totalidad del estudio. Si no, que pueden mostrar tanto distintas facetas o interpretaciones parciales de la realidad investigado como también los niveles de afinidad o relación entre ellas y desde ahí ir complementando mejor la descripción comprensiva de esta realidad. Lo que si no puede ocurrir, al finalizar un estudio de análisis de contenido cualitativo es quede con un porcentaje de datos o códigos sueltos, en el sentido que no encajen dentro de la realidad estudiada, en el peor de los casos podrían mostrar casos anómalos. Según Briones (1988b) si este caso se da, y si estas suman el 10% del total del material, indicaría deficiencia en la construcción de categorías, por lo que las categorías deben ser revisadas nuevamente y también toda la operación, desde el primer paso en adelante. (Cáceres, 2003)

Finalmente, si se vuelve al esquema de la figura 3.2, pueden observarse las etapas globales de este procedimiento: la codificación, la categorización y la interpretación final, que definen el carácter particular este método; más enfocado a lo lograr un relato descriptivo-interpretativo y conceptual de los datos y no tanto en generar teoría a partir de estos (Cáceres, 2003).

3.4.2. Técnica de Análisis Bibliográfico de Estado del Arte

Según A. Haye (2005), una parte basal del trabajo académico, consiste en la recopilación de la información que otros autores han pensado y escrito sobre un tema o problemática específica. Se debe destacar además el hecho que los trabajos académicos, no surgen espontáneamente del vacío, sino más bien, en la interacción de diálogos e ideas que aportaron previamente otros autores, en sus textos, las que convergerán con la temática de la propia investigación, si la selección del material está bien realizada. Así en palabras de este autor, una revisión bibliográfica consiste en “este trabajo [especifico] de identificar y reconocer las elaboraciones de un tema determinado en la literatura pertinente (p.1).”

Cabe destacar que, los informes de investigación bibliográfica se dividen en diversos géneros, tales como, monografías, ensayos y estados del arte. Y el factor particularmente que presenta un estado del arte, es que su abordaje permite destacar los hallazgos, discusiones y en especial las actualizaciones y el estado actual que presenta un tema particular, dentro de un marco de referencia temporo espacial elegido. (Haye, 2005)

Se llega así una definición para el informe del estado del arte, que...“consiste en una descripción detallada de las principales direcciones que ha tomado la literatura reciente acerca de ese tema, con especial énfasis es las limitaciones y promesas que ofrecen los textos más actuales” (p. 4). De modo que podría “entregar una descripción del estado actual de la investigación en un tema como un fin en sí” (p.4),.. o se la puede utilizar como base referencial, para proponer un enfoque nuevo, o para un nuevo estudio sobre tema expuesto. Pero en general es la revisión bibliográfica en si misma, la tarea central de un estado del arte. (Haye, 2005)

En este género es muy importante el papel que se le confiere a la revisión bibliográfica como base de la argumentación de la problemática de un estudio. De modo que la calidad un estado del arte radica en dos aristas principalmente, su cobertura y la actualidad del análisis que se realice.

Por lo tanto, peso o relevancia el corpus o contenido referente de un estado del arte, se define básicamente por la actualidad y el impacto que tengan de los textos usados dentro del marco referencial definido. Es por esto mismo, según dice el autor Haye que, es frecuente que informes de este tipo vayan más relacionados hacia artículos de revistas importantes, en vez de una revisión exhaustiva de antecedentes históricos de la investigación actual (Haye, 2005)

De cierta manera, según el autor A. Haye (2005) el propósito de un estado del arte, sobre un tema, es...“mostrar las limitaciones de la investigación actual en ese tema y las potencialidades para la investigación a corto o mediano plazo” (p.4)

Con respecto a la metodología del estado del arte (Haye, 2005) se hace pertinente mencionar que está basado en una estructura serial, es decir, posee “Un principio de inicio a fin con una serie de variables de lugares intermedios que se recorre en una sola dirección, linealmente” (p.7).

Desde acá se puede desprender las funciones de la serialización, estas están definidas por un esquema general que está compuesto de introducción, desarrollo y cierre.

Introducción: Se refiere al texto en que se le indica al lector, desde el lugar que se encuentra (sentido común) y cuál es la dirección que adopta la idea que se quiere mostrar. Como también en que consiste el recorrido que se está invitando. (Propósito del texto) (Haye, 2005).

Desarrollo: Texto que pretende acompañar al lector por un recorrido de razonamientos e imágenes que permita comprender la idea de lo que se quiere mostrar, como también de la veracidad de lo expuesto

Cierre: Texto que busca extraer del recorrido de razonamientos e imágenes todo lo que esté relacionado y de interés del propósito del texto, como refiere el autor Haye, “Reunir todos los aspectos de la idea que se han buscado mostrar, para recomponer a los ojos del lector una visión integrada de tal idea” (p. 7)

Así de lo anterior puede verse que para los propósitos de este estudio, el formato de un estado de arte (Haye, 2005), es la forma de revisión bibliográfica más pertinente para abordar la problemática en cuestión. Y se utilizara para tener una mirada actualizada

de las posturas de la urología internacional (a nivel de los países desarrollados) de modo de poder usarla luego con material de contraste y análisis con las posturas encontradas en los urólogos chilenos –de la muestra- por medio, una investigación empírico-descriptiva.

3.5. Plan de Análisis

El procedimiento análisis de los datos empíricos, se realizó en concordancia a los primeros pasos analíticos del método del Análisis Cuantitativo de Contenido (Cáceres, 2003), para lo que se eligió el **ítem** como **unidad de análisis**. De modo que los dos primeros textos obtenidos a partir de cada una de las entrevistas, fueron sometidos de inmediato y en forma independiente a la primera etapa del proceso de codificación abierta –hasta la categorización de unidades de información-, antes de pasar a las siguientes entrevistas. Y luego esta información empírica, se contrastó a nivel primario con parte de la información de tipo teórico-bibliográfico (internacional) -obtenida de la Revisión bibliográfica de Estado del Arte-, lo que dotó al análisis de una visión global previa, y objetivamente orientadora de la problemática, que sirvió además de criterio central de retroalimentando en la evolución del proceso de muestreo teórico usado, durante todo el análisis. Todo esto guiado por el esquema de razonamiento del método del Análisis cualitativo de Contenido, de la realidad social, determinado por el paradigma de codificación.

3.7. Aspectos Éticos.

Este estudio ha considerado los aspectos éticos de toda investigación: confidencialidad, consentimiento informado, derechos de los entrevistados, profesionalismo por parte del entrevistador, entre otros. Para lo que tomaron las normas del código de ética del

Colegio de Psicólogos de Chile, que citan a continuación (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999):

Normas:

- Bienestar del Cliente
- Atención del Cliente
- Objetividad hacia los Clientes
- Honestidad y Sinceridad
- Secreto profesional
- Confidencialidad
- Respeto a la Libre Elección
- Respeto por la Autonomía del Cliente
- Interconsultas, derivaciones y trabajo en equipo
- Interrupción de los Servicios

3.7.1. Consentimiento Informado

En todos los casos se pidió el consentimiento a los entrevistados, tanto para la realización de la entrevista grabada, como para utilizar los datos y opiniones obtenidos en forma exclusiva para esta investigación. Además, se resguardaron sus identidades, usando un código cifrado para de los nombres-de la forma doctor-1, doctor-2, etc.- puesto que para estos profesionales la condición de anonimato era importante; además durante de los relatos, se consideraron siempre los silencios y las omisiones que estos manifestaron.

Así antes de iniciar las entrevistas, los facultativos leyeron y firmaron el consentimiento informado (ver Anexo N° 3).

IV. Resultados y Discusión de Resultados

4.1. Descripción Categorial y Análisis de las Categorías

Como se pudo verificar son en general la Disfunción Eréctil –DE- y Eyaculación Precoz -EP- las dos MSD tratadas y conceptualizadas por los urólogos, y será respecto a estas que se realizará la siguiente descripción categorial.

4.1.1. Asignaciones Etiopatogénicas de las MSD.

En esta sección se describe, tanto el marco conceptual usado por los urólogos, para hacer las asignaciones etiopatogénicas sobre la DE y la EP, como las definiciones que de la misma surgen. Por esto se decidió usar como términos sinónimos, los de concepción y asignación etiopatológica, puesto esta última, más bien se refiere a un proceso subjetivo influenciado por las creencias del urólogo.

En primer término, el análisis general permitió determinar que tanto para la DE como para la EP, se presentan dos categorías centrales:

- a) Asignación de etiopatogenia Orgánica,
- b) Asignación de etiopatogenia Psicogénica.

Y, en segundo término, se encontró que estas categorías pueden presentar, dos subcategorías, definidas desde lo sintomatológico/temporal, como de tipo primario o secundario. Y como se verá más adelante, a pesar de que usan los mismos términos en la DE y la EP, estos presentan significados y especificaciones distintas, para estas patologías por lo que de aquí en adelante el análisis se realizara por separado.

Se encontró, además, que los profesionales más jóvenes, consideraban la opción de una tercera categoría, conformada por la concurrencia conjunta las dimensiones a y b, la dimensión mixta. Siendo justamente esta la postura, la que se tiene desde la psicología (Kaplan,1970). Pero tampoco estos profesionales le atribuyeron mayor importancia.

4.1.1.1. Asignaciones Etiopatogénicas de la Disfunción Eréctil:

Se encontró que para la asignación etiopatológica de DE, los urólogos tienden a usar, las dos dimensiones antes citadas -orgánica o psicogénica-, a modo de un primer apellido, más dos subdimensiones -primaria o secundaria- como un segundo apellido. Así se definirán una DE orgánica o DE psicogénica, las podrían ser de carácter primario o secundario.

a) Asignación de Etiopatogenia Orgánica:

Para esta dimensión los urólogos tienden a usar los términos de DE o DE Orgánica, como sinónimos. Y se obtuvieron definiciones solo de tipo sintomatológicas, como puede apreciarse en las siguientes citas:

La DE Orgánica es...”la dificultad para mantener una suficiente rigidez para que la relación sea placentera,” (párrafo 8),...de modo que,...”cuando la rigidez del pene te ofrece llevar a una relación placentera, estamos en normalidad y , cuando eso no acontece, ya hay una disfunción de tipo erectiva, es la Disfunción Eréctil” (Doctor 6; p.2; párrafo 10).

Otra visión que incorporan el bienestar de ambos miembros de la pareja, es: ”disfunción eréctil en el sentido de que no hay una erección satisfactoria para el hombre y/o para la mujer, pues muchas veces para el hombre es satisfactoria pero para la mujer no, pues a la mujer le gusta más erección que esté más parado” (Doctor 1; p.1,parr.4).

Como puede verse, a este nivel no se obtuvo una asignación etiopatológica propiamente tal, ahora se consideran las dos subdimensiones –primaria o secundaria-, en busca de definiciones más específicas.

a.1) DE Orgánica de origen primario, donde el término primario se refiere a una etiopatogenia derivada de una patología orgánica, que correspondería a problemas vasculares en la región urogenital, causadas por concurrencia de patologías crónicas como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, como también a problemas cardiovasculares o derivados del envejecimiento natural de tejidos. Siendo denominada como DE Orgánica primaria o simplemente DE primaria.

Cita: Se da...”en gente donde uno ve que hay una patología orgánica, o gente que tiene mayor edad, que puede ser asociado a hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes” (Doctor 2; p.2; parr.5).

Cita:” Pacientes en pacientes que por su edad y condición vienen algunos problemas, como DE principalmente o hipogonadismo, andropausia” (Doctor 4, p.1, inicio).

Cita. ”yo creo que la disfunción eréctil por diabetes, creo es una de las más frecuentes que nos llegan, lejos” (Doctor 1; p.1; parr.8).

a.2) DE Orgánica de origen secundario, donde el termino secundario se refiere a una etiopatogenia que no se debe a enfermedades crónicas; esto es, cuando no cumpliéndose las características fisiopatológicas del caso anterior, se encuentran evidencias clínicas de daños en las redes neuronales que controlan el proceso de erección. Lo que es causado, tanto por enfermedades neuro-degenerativas, como por

las secuelas -iatrogénicas- de tratamientos de hiperplasias o de cánceres prostáticos— como cirugías o quimioterapias-. Siendo llamada solo DE Orgánica secundaria.

Cita:

Pacientes que tienen problemas que no son primariamente disfunciones sexuales, son consecuencias de los tratamientos de que les aplicamos”...”y además hay algunas secuelas de algunas cirugías que hacemos, como las de patología benigna de próstata”,...“en el caso de las operaciones por cánceres de próstata en los que uno hace una prostatectomía radical, es decir una extirpación de la próstata completa con las vesículas seminales y otras cosas”,... “uno corre el riesgo de lesionar los nervios que están encargados de generar el estímulo de la erección, por tanto en un porcentaje variable pero que representa el 50% de los pacientes quedan con un grado de DE permanente. (Doctor 4, p.1, inicio).

Cita:

Eso se da como resultado de algún daño neurológico, y eso lo que más vemos nosotros habitualmente, es producto de una operación a la próstata, que si bien se ve cada vez menos si. Y al hacer la prostatectomía radical, nosotros tratamos de separar esos nervios, para no dañarlos, porque con un lado y quede intacto, ya el pene se puede parar bien. Pero si se cortan los dos lados de las bandeletas nerviosas se llaman, el pene queda sin erección. (Doctor 1, p.8, medio).

Este mostraría como al parecer en el manejo clínico cotidiano, se usa solo la visión sintomatológica, sin que intermedie un mayor cuestionamiento al respecto.

b) Asignación de etiopatogenia Psicogénica:

Aquí se tiene la DE Psicogénica, cuya asignación se realiza por descarte, esto es, cuando se han desechado todos los posibles factores orgánicos, y en algunos casos se reconocen además factores de tipo contextual, problemas personales y/o de pareja, que podrían influir, pero esto último no determina el diagnóstico.

Cita:

En un hombre joven y sin patología de base, es decir sin patología cardiovascular, sin diabetes, sin hipertensión, sin patología neurológica, y que además tiene un inicio tardío de la DE; Es decir que no es algo primario, o sea el paciente tuvo función eréctil normal y hay algún hito en su biografía que hizo que la perdiera, ahí uno puede desde inicio clasificarla como psicógena” (Doctor 5, p.1, final).

Se debe destacar que en esta asignación no se consideran las subdimensiones de primaria o secundarias, con lo que se omite la especificación de factores contextuales de tipo permanente o situacional que son claves para entender el fenómeno -como se considera en la clasificación internacional-.

Cita: “la DE psicogénica, es claro aquel paciente joven que presenta una erección de mala calidad o de corta duración,...un paciente joven con una carga emocional o estrés importante”(Doctor 2; p.1; párr. 18).

Diferencia entre orgánica y psicógeno:...“es orgánico en los que tienen mayor edad,... y es más bien psicológico en los que tienen menor edad” (Doctor 2; p.4; parr.8).

También puede verse como asimilan lo psicógeno con lo simplemente reactivo:

Determinar si lo suyo es más del punto de vista {Psicógeno}...pues muchas veces hay pacientes, son pacientes con problemas en la parte sexual, que son más bien reactivos, al tipo de vida que tienen, las exigencias laborales, o que están trabajando y estudiando. Y tratar de ver con ellos, que entiendan esto es una respuesta normal del organismo, y que probablemente no existe una barita mágica para poder solucionar el problema,.. sino que hay que ir viendo el cómo se puede hacer” (Doctor 3; p.1; medio).

Usted considera lo psicógeno?:

Claro, lo que pasa es que son reactivos, son reactivos, los que tiene a un problema puntual. Y que probablemente si han tenido más tiempo, se dan cuenta, que en vacaciones si les baja el nivel de stress, ellos son capaces de responder mejor en la parte sexual”. (Doctor 3; p.1; medio)

Debe aclararse que no se logra acceder a las nociones de la DE Psicógena por medio de un dialogo reflexivo, sino que se debía interrogar a los urólogos en forma directa por esta dimensión. Una lectura más profunda apunta a que en general tienden a omitirla, como un tema de tipo reactivo y de menor relevancia, puesto que escapa del rango de acción de sus protocolos. Y solo algunos urólogos indagan en causas de tipo psicosocial que pudieran estar implícitos, como los siguientes:

Cita:

Descartando eso de la diabetes {DE Orgánica}, hay hombres que han tenido algún problema, ya sea con su mujer, ya sea que tengan un pasado que ellos no conocen, como hemos descubierto con la práctica clínica, hombres que traen un pasado en su mente y que les sigue molestando, y otros que por ignorancia, hasta viejos,...a veces hombres hasta de 40 años que no saben cómo tener relaciones sexuales”. (Doctor 1; p.1; parr.10)

Así mismo se le da una connotación psicogénica asociada a la falta conocimiento sexual:

En jóvenes de mediana edad y adultos, en hombres adultos que muchas veces por ignorancia tienen su disfunción eréctil a veces, pues no saben cómo excitarse, no saben cómo buscar la excitación, los juegos amorosos, ni la privacidad necesaria.” (Doctor 1; p.5; parr. 8)

Probablemente el subestimar la DE psicógena, en pos de la DE orgánica, este reforzada por el hecho que para la DE Orgánica, los urólogos cuentan con tratamientos fármaco-quirúrgicos que pueden de escalar en cuatro niveles, que ya sea química o mecánicamente producirán algún tipo de erección del paciente, pero con un sacrificio del factor sensorial. Esto no da espacio a tratamientos psicoterapéuticos, de modo que lo psicogénico aparece como algo extraño y poco útil – el detalle de lo referente a los tratamientos.

4.1.1.2. Asignaciones Etiopatológicas para la Eyaculación Precoz (EP):

Aquí se encontraron varias clasificaciones, que pueden remitir a concepciones distintas, incluso opuestas de la EP, cuyo uso no está normado, y queda al arbitrio de cada urólogo.

Otro punto a destacar es que para entrar en definiciones o asignaciones etiopatológicas, los urólogos usan las mismas dimensiones que en DE -Orgánica y la Psicógena- y si bien para las subdimensiones, usan los mismos términos de primario o secundario, les dan un significado distinto que en el caso de la DE, pudiendo estos variar entre los facultativos. Y solo los dos urólogos más jóvenes, hicieron alusión una definición formal, pero es definición antigua de la International Society for Sexual Medicine (*ISSM*), la que se basaba solo en los tiempos de la latencia de eyaculación intravaginal -ILET- y la clasifican a la EP en 4 niveles, de los cuales ellos usan solo los dos primeros, como dimensiones.

Cita: “Si bien Waldinger clasifica EP en cuatro niveles, hay claramente dos que son importantes, que son: la primaria, cuando el paciente desde su primera relación sexual tuvo EP, y la secundaria, es la de inicio tardío” (Doctor 5; p. 6; párrafo 8).

Además consideran a la siguiente definición como la única científica y realmente fiable, pues excluye percepción de los pacientes.

Cita:

La Eyaculación Precoz definida por Waldinger, es un término estadístico, al cuantificar todos los tiempos de latencia y tomar el percentil 5 (de 2 minutos). Y bajo el percentil 5, como es una variable continua, dicen que tiene EP, pero es sobre la población general”. (Doctor 5; p.6; Parr.10)

Y no consideran que esta definición, fue ampliada y modificada tanto por la ISSM como por la UEA, restituyéndole a partir de 2010 la importancia a los factores psicogénicos y contextuales que había sido calificados por más de una década como poco científicos. Así en esta nueva definición, el valor numérico del Tiempo de latencia de eyaculación intravaginal -IELT-, solo es uno de los factores a considerar, junto con la percepción la capacidad de postergación satisfactoria de la eyaculación, el buen desempeño sexual. (UEA, 2010; ISSM PE Guidelines Committee, 2014)

Así, se tienen las siguientes concepciones para las dimensiones antes citadas:

2.a. Asignación de Etiopatogenia Orgánica:

Aquí se tendrá la EP Orgánica, que los urólogos que también llaman EP primaria o “De por vida”, y si la consideran debida solo niveles deficientes de Serotonina, en las redes neuronales que controlan las tres etapas del proceso de la eyaculación, no se obtuvieron asignaciones etiopatogénicas claras, sino más bien clasificaciones sintomatológicas.

Cita:

Bueno esto basado en una clasificación de la **Sociedad Internacional de Medicina Sexual**, que divide a la EP en cuatro categorías, siendo dos las más importantes, el que tiene **EP primaria**, es el que nunca ha tenido una eyaculación normal, siempre ha sido precoz, y son los que más andan bien con terapia con drogas, con medicamentos” (Doctor, 4, p.7, parr. 5).

No se encontró mayor cuestionamiento, sobre el hecho que en la actualidad a nivel internacional, se descartaron los factores orgánicos, y genéticos como la base etiopatogénica, asignándole una etiopatogenia desconocida, donde podrían concurrir tanto factores orgánicos y psicógenos, aun no clarificados. De modo que la denominación como EP primaria o de por vida, solo hace referencia, a que la EP se presentó desde el inicio de la vida sexual del paciente, y no a que es de carácter orgánica (ISSM PE Guidelines Committee, 2014).

Esto muestra un claro desfase de nuestros profesionales en relación a la comunidad internacional urológica respecto de la EP.

2.b. Dimensión Psicogénica:

Corresponde a la llamada EP psicogénica, secundaria -o “adquirida”-. Y su asignación se hace por descarte, esto es cuando el tratamiento farmacológico usado para la EP Orgánica no ha dado resultados. Es en este caso cuando se considera alguno más de tipo personal o situacional, como se había indicado.

Cita:

La secundaria, sería el que había tenido una sexual normal, y desarrollo una EP en algún momento de su vida, y este tipo de paciente, y en especial si lo tiene por periodos o momentos, es el que nosotros denominamos más **psicógeno**, porque aquí está más relacionado con problemas de la vida diaria. Y hay otro grupo de pacientes que son los tienen reciente diagnóstico de EP o que creen tener una EP, pero no la tienen. (Doctor 4, p.7, parr. 9)

Este es uno de los pocos casos en que se admite la presencia de factores personales en EP, si bien después se los tiende a minimizar. Y como se ve en las siguientes posturas, donde lo banalizan, o atribuyen solo a angustia.

Cita:

Mi visión es que si son pacientes que tienen erección, se excitan, pueden penetrar a la pareja habitualmente y eyaculan tienen placer, entonces ellos no tienen un problema sino, que fundamentalmente es el tiempo que se están tardando es poco. Conversando, me parece que la solución es a veces conversar un poco el tema. (Doctor 3; p.2, medio).

Cita:

Lo que pasa es que todos los pacientes que llegan, por lo menos en la parte urológica, llegan con niveles de angustia elevado, y **uno no sabe si es primario**, o sea, si el nivel de angustia va asociado directamente con la producción de la eyaculación precoz, o si después de varias eyaculaciones precoces se siente miserables y eso le genera la angustia. (Doctor 3; p.4, inicio).

Y hay otro grupo de pacientes que son los tienen reciente diagnóstico de EP o que creen tener una EP, pero no la tienen“(p.7,párrafo 9).....“Son los piensan que duran poco. Claro eso es, y hay otros que el en fondo saben que no tienen EP, pero te consultan como para validar su estatus. Y esos son los falsamente eyaculadores precoces. (Doctor 5, p.7, párrafo 11).

De lo anterior puede decirse que en la asignación de la categoría de psicogénica o secundaria, en general no se la entiende como una psicopatología, sino algo menor, reactivo, por angustia. Y en el mejor de los casos, solo como un síndrome en el aparecen elementos de tipo ambiental o personal. Así la siguiente definición la asigna como un problema de pareja solamente:

Cita: “si en una relación de pareja por un periodo por mas de 6 meses, si sobre el 60% son en base a una eyaculación precipitada indeseada insatisfactoria eres un eyaculador precoz” (Doctor 6, p3, final)

Al contrastar estas posturas con la evidencia científica actual, se tiene que al igual el caso que la EP primaria, a la secundaria se le asigna una etiopatogenia desconocida, donde podrían concurrir tanto factores orgánicos y psicógenos aun no clarificados. Y se la denomina simplemente por EP secundaria, haciendo alusión solo al hecho que no se presenta desde el inicio de la vida sexual y que puede ser contextual. (*ISSM PE Guidelines Committee, 2014*)

4.1.2. Concepciones y procedimientos o protocolos de diagnóstico para MSD

En esta categoría se describen los procedimientos o protocolos de diagnóstico usados por los urólogos para diagnosticar la DE y la EP en las respectivas dimensiones ya descritas.

Se debe aclarar que las Dsm son solo una de las muchas patologías de tipo urológico que atienden esto estos profesionales, por lo que en general inician la consulta -y el diagnóstico- con una anamnesis urológica general, la que profundizara sobre MSD en la medida que aparezcan datos al respecto. Esto puede ser trabajoso, en especial con pacientes con resistencia a expresar este tipo de problemáticas, y demandara del urólogo una cierta sensibilidad.

Se encontró que en general en Chile no existen protocolos oficiales, que indiquen procedimientos generales y estandarizados, por lo esto quedan al arbitrio de cada profesional.

Citas:

No, no existen protocolos, ni nos han mandado nada de la clínica, y no existe una organización al respecto, ...por lo menos que nos llega nosotros aquí, no, y nosotros tenemos que arreglarnos con lo que hemos aprendido en la experiencia de años no más” (Doctor 2, p.1, medio).

Cita: “Solo hay algunas recomendaciones de la NIH (*National Institutes of Health*)... respecto de la disfunción pero generalmente, no nada de peso, como establecido” (Doctor 3, p.1, final).

Cita: “Este hospital no tienen ningún protocolo, pero lo que dicen las guías (europeas), es que estos pacientes se benefician con psicoterapia, y que también se benefician

mucho con terapias de primera línea, como serían los inhibidores de la fosfodiesterasa-5". (Doctor 5, p.2, medio)

El otro punto general se encontró, es que la mayoría de los pacientes vienen derivados y con un diagnóstico y tratamiento de nivel primario, que por lo general no funciona.

Cita:

Muchas veces son pacientes, que muchas veces a nivel primario los ven y les dicen: sabe que tiene un problema sexual, les dan la pastilla de viagra,..les dicen ya vaya se a su casa, y con eso se evita todo como la profundización del tema". (Doctor 3, p.3, inicio)

Aquí se daría una excepción con los pacientes ABC1, que tendrían más clara su problemática:

Cita:

Vienen, vienen y caen directo en el punto, si para eso vienen al urólogo, ellos saben que nosotros manejamos ese tema, y son consultas que habitualmente duran muy poco, porque el paciente llega y dice: yo tengo tal problema, y uno les explica en poco rato de que se trata, le da el medicamento, lo examina, y el paciente se va, muy conforme. (Doctor 2, p.5, final).

Por lo que el factor socio-económico tendría relevancia para el paciente al momento de enfrentar su problemática.

a. Concepciones y procedimientos para el diagnóstico de la DE:

Para este diagnóstico independiente que el paciente manifieste verbalmente su problemática de DE -muchos lo evaden - es para los urólogos la anamnesis la que arroja las evidencias fiables de DE. De modo que verificado este dato, pasan a un examen físico, que descarta problemáticas tipo anatómico. Descartadas estas, se pasa a una entrevista específica para la DE, que busca determinar desde cuando ocurre y en que contextos. Además, para determinar la presencia, tantas patologías crónicas basales que remitan a una DE orgánica, de tipo primaria o secundaria, se podrán indicar una amplia gama de exámenes clínicos. Casi en paralelo, se tiende a aplicar un tratamiento farmacológico primario, cuya respuesta positiva permitirá establecer el diagnóstico de DE Orgánica -sin apellido- y de no funcionar sería psicogénica.

Citas: "Realizar exámenes, un buen interrogatorio, una buena anamnesis, exámenes y hay que hacer un estudio completo del paciente descartando diabetes, descartando enfermedades sanguíneas y enfermedades de todo tipo especialmente, hematológicas" (Doctor 1, p.2, final).

Cita: “Todas las guías dicen que la DE, sea psicógena, orgánica o mixta, debe partir primero -si es que no hay contraindicaciones- con tratamiento medicamentoso oral, esto con los inhibidores de la fosfodiesterasa-5, partiendo por el Sildenafil (Doctor 5, p.2, fin).

Así el diagnóstico de DE está sujeto principalmente a los resultados del tratamiento farmacológico, y solo en caso que este no funcione, se la clasificará como **DE psicógena**, y se buscarán factores de tipo psicógeno.

Cita:

En un hombre joven y sin patología de base, es decir sin patología cardiovascular, sin diabetes, sin hipertensión, sin patología neurológica, y que además tiene un inicio tardío de la DE; Es decir que no es algo primario, o sea el paciente tuvo función eréctil normal y hay **algún hito en su biografía que hizo que la perdiera**. Ahí uno puede desde inicio clasificarla como psicógena que la perdiera, ahí uno puede desde inicio clasificarla como psicógena” (Doctor 5, p.1, fin).

Cita:

Aquí hay preguntas que uno puede hacer en la anamnesis que te indican que va por el camino de lo psicógeno;...por ejemplo pacientes que tienen erecciones nocturnas normales y no tienen erecciones con su pareja, eso es un punto a favor de lo psicógeno,...Otro ejemplo, solteros que tienen parejas sexuales múltiples y que con algunas parejas tienen potencia sexual y con otras tienen DE, eso es claramente psicógeno y otro también es la masturbación, cuando en esta pueden tener buenas erecciones y no con la pareja. Esos tres elementos nos hacen pensar que es más psicógeno. (Doctor 5, p.2, inicio)

También se encontró que, en el formato corriente de las consultas urológicas, se asigna un tiempo de 15 minutos por paciente, lo que no facilita a una mayor profundización del caso.

b. Concepciones y procedimientos para el diagnóstico de la EP:

Se encontró que los urólogos realizan un procedimiento relativamente general, que parte con examen físico para determinar factores orgánicos, luego tratan de determinar el tiempo de aparición de la EP, su frecuencia –en todas o algunas relaciones- y si conlleva elementos contextuales -como distintas parejas-. También pueden obtener del

pariente una aproximación al tiempo de eyaculación intravaginal –IELT- a modo de criterio cronológico, que deja fuera percepciones del paciente al respecto.

Citas:

Respecto de los procedimientos, en general yo empiezo por exámenes, luego tratamientos y después psicología, eso es el camino que sigo”. (Doctor 1, p.13, final)

“la gran pregunta es: ¿cuánto tiempo duras adentro?, o sea: eyaculas antes de entrar a la vagina o cuando entraste?, ya antes de entrar, entonces es EP grave, severo; pero si entras: cuanto tiempo estas adentro? un minuto, eyaculación precoz, dos minutos, eyaculación precoz. Pero otros contestan: no es que yo estoy 10 minutos, pero quiero estar 15 min; No, eso es solo su cabecita, que hay que convencerlo que, eso no está mal, te fijas”. (Doctor 1, p.6, medio)

En el último párrafo aparece una práctica que es compartida por gran mayoría de los urólogos, la que se refiere a mostrar al paciente la diferencia entre una eyaculación muy corta, sobre la que no se tiene ningún control, y la sensación subjetiva que se no está durando lo suficiente de acuerdo a “criterios” sociales, y que estarían distorsionados por la pornografía y los medios de comunicación. Así establecer esta diferencia permite, al urólogo determinar la presencia de EP, y al paciente entender y contextualizar su real problemática. Por lo que este paso es diagnóstico, y en parte del tratamiento a la vez. Si fuera necesario se le pedirá al paciente que lleve por un tiempo un registro de su IELT, para afinar más el diagnóstico. Y con este parámetro sería suficiente para establecer el diagnóstico primario de EP, que siempre se considerará, en esta primera etapa como EP orgánica. Y con este diagnóstico se iniciara una farmacoterapia standart. Y solo en el caso que la farmacoterapia falle, se considerará la opción de sea una EP Psicógena.

Además los urólogos mas jóvenes, manejan en forma casi paralela la definición dada por M. Waldinger, que solo considera el tiempo que tarda el paciente en eyacular después de la penetración – o tiempo de latencia de eyaculación intravaginal (IELT)-, para clasificar como EP orgánica o sin EP.

Cita:

La Eyaculación Precoz -Orgánica- definida por Waldinger es un término estadístico, que cuantificar todos los tiempos de latencia y tomando el percentil 5 (2 minutos) y bajo el percentil 5, como es una variable continua dicen que tiene EP. Donde el percentil 5 corresponde a 3 minutos. Pero es sobre la población general” (Doctor 5; P.11; Parr.11).

Ahora como en esta definición el percentil 5 corresponde a tiempos inferiores a 3 min, se tendría que bajo esta perspectiva que, alguien que presente tiempos de latencia intravaginal iguales o inferiores a 3 min, tendría una EP orgánica. Este enfoque deja fuera todas las percepciones y problemáticas del paciente, sin mediar análisis de ningún otro factor -incluso de orden neurofisiológico-, más que el criterio estadístico. Por lo que pacientes con tiempos de latencia de eyaculación intravaginal -IELT- aun bajos por ejemplo 4-5 min, que siente que tienen un gran problema, quedaran sin un tratamiento. Y los con que lo cumplieran, quedaran bajo el estigma de una dolencia totalmente orgánica, sin reversión posible.

En primer lugar, se debe destacar que en el diagnóstico de la EP pesa mucho la asignación etiopatológica, se debe solo a bajos niveles de serotonina en redes neuronales específicas. Pero como estos niveles de serotonina no son cuantificables de forma directa, la única herramienta de medición con que cuentan es la percepción sintomatológica del paciente, respecto de sufrir de episodios de EP. Se debe aclarar se usó el término de "percepción sintomatológica del paciente", puesto que los urólogos la consideran poco fiable.

4.1.3. Concepciones y procedimientos de tratamiento de Dsm

En esta categoría se describen los procedimientos de tratamiento usados por los urólogos para tratar la DE y la EP en sus respectivas categorías.

a. Concepciones de los urólogos usadas en los protocolos de tratamiento de la DE.

Para la DE, los urólogos, tienden a partir en base a un prediagnóstico general DE orgánica, aplicando un tratamiento farmacológico de dos niveles. Y en los pocos casos en que no funcionan los medicamentos, se podría considerar que es DE psicógena si aumentaran las dosis. Ahora si sospechara que hay daño orgánico grave o iatrogenia, podrán seguir escalando a través de dos niveles más, de una escala de cuatro niveles de terapia fármaco-quirúrgica. Así el tercer nivel usa medicación de tipo intracavernoso -fármacos aplicados directamente sobre el cuerpo cavernoso-. Y de no funcionar lo anterior se pasa al cuarto nivel quirúrgico, con la implantación de distintos tipos de prótesis penianas.

Cita: Para el primer y segundo nivel: "...evidentemente uno parte con dosis estándar de Sildenafil y va aumentando, se parte con 50 y después aumenta a 100 mgr, y si no me va bien con 100 mgr/día, de ahí me paso directamente Cialis o Levitra, en dosis máximas, para probar con otros medicamentos,"... y para el tercer y cuarto nivel: "...y si

no anda bien con nada de esto, hay que plantearle al enfermo una posibilidad de prótesis o de *Caverject* intracavernoso primero, y si anda mal el *Carverject* intracavernoso pasamos a prótesis". (*Doc.2; pag.2; parr. 5*)

Así, el procedimiento general sería:

Cita:

Están primero, los inhibidores de la 5-alfa-fosfodiesterasa, cualquiera de los 3; luego está la inyectoterapia; y si eso no resulta, están las instalaciones de prótesis. que pueden ser semirrígidas o maleables. Ese es el Algoritmo del tratamiento de la disfunción eréctil. (Doctor 6, p.16, final)

Cuando hay iatrogenia de tratamientos por cánceres o hiperplasias prostáticas el procedimiento es el mismo:

Cita:

Se puede recuperar con diferentes terapias, que son escalonadas, así una parte por el usar inhibidores de la 5-alfa-fosfodiesterasa, como el Sildenafil o sus derivados, pasando después sino resulta el uso de bombas de vacío o terapia intracavernosa, y si eso no resulta, la instalación de una prótesis. (Doctor 4, p.1, inicio)

Respecto de tratamiento de la DE psicógena, una vez diagnosticada al haber fracasado por lo menos los dos primeros niveles el protocolo y haber encontrado elementos situacionales, aconsejaran a los pacientes para que vean que solo es mental, pero siempre el tratamiento es medicamentoso. Y solo algunos urólogos, proponen una derivación psicólogo o psiquiatra, y de darse este en general se desentienden del caso.

Cita:

Habitualmente conversamos con el paciente vemos dependiendo de la edad del paciente y dependiendo de una serie de factores, es la dosis que utilizamos, y la causa de la impotencia: si nos parece que es psicogénica, o si nos parece que más bien hay algo orgánico de fondo, y si es algo más bien psicogénico partimos con dosis más bajas de Sildenafil, y si hay algo más bien orgánico, partimos con dosis más altas de Sildenafil. (*Doc.2; pag.1; inicio*)

Cita: "Todas las guías dicen que la DE, sea psicógena, orgánica o mixta, debe partir primero con tratamiento medicamentoso oral; esto con los inhibidores de la fosfodiesterasa-5, partiendo por el Sildenafil" (Doctor 5; p.2, final).

b. Concepciones de los urólogos usadas en los protocolos de tratamiento de la EP.

Para el tratamiento de la EP, aunque se contara ya con el diagnóstico de EP primaria o secundaria siempre se parte con el mismo tratamiento primario, una farmacoterapia con Inhibidores de la Receptación de Serotonina -ISRS-. Y solo si esta no funcionara, se estima que es EP psicógena, por lo que se alienta o aconseja al paciente a controlarlo, y en algunos casos se les da la opción de derivación a psicoterapia, o continuar con la farmacoterapia. Para el caso de la EP primaria, solo dan al paciente la última opción, esto es conformarse efectos de la farmacoterapia y se puede ir incrementando la potencia de ISRS.

Citas

Yo parto y la mayoría de los urólogos partimos con Sertralina, y si no anda bien con la Sertralina, y si la respuesta es parcial, pasamos a Paroxetina que tiene mejor respuesta. Pues con la Sertralina uno tiene como un 80% resultado y la Paroxetina sobre un 90%, pero la Paroxetina más cara por eso partimos con Sertralina. (Doctor 2, p.2, inicio)

El como muchos de sus colegas usan un protocolo que es privativamente farmacológico para la EP

cita

A veces si un paciente lo diagnóstico con EP primaria.... entonces yo intento con fármacos solamente, a ver cómo le va, y dependiendo de cómo funcione en general igual lo voy a mandar a un psiquiatra o psicólogo; Ahora si el paciente tiene episodios variables de EP, o sea si me parece cae cualquiera de una de las otras tres categorías que vimos, yo lo voy a derivar a un psiquiatra,... y yo si descubro que el paciente realmente no tiene una EP, solamente lo aconsejo,...no le hago que eso,... no lo derivo a nada, ni le dio fármacos, ni agua ni nada,...y le explico que lo que le está pasando es una situación que él cree que es una EP; porque eso es que le pasa, llegan y me dicen: no doctor es que yo eyaculo muy rápido; o que se yo,... y les explico que no lo es realmente y que por eso no requiere de un tratamiento o medida compleja,... solo basta con calmarlo no más". (Doctor 4, p.9 final)

Ante factores ambientales o emocionales excluye lo psicológico y asume que son solo ideas del paciente,

Cita:

Conversamos un poco sobre el tema,... vemos que es lo que pasa,... pedimos estudios, que es muy importante, porque parece que dentro del tratamiento, yo creo que pedirles estudios ayuda mucho,... porque se dan cuenta que es algo que se puede objetivar y tiene algún tipo de tratamiento,... y en base a eso después vemos si son candidatos, a si tiene alguna otra cosa,... y si no, son candidatos al uso de algún tipo de medicamento, y dentro de esos

medicamentos, claro ahí son pocas las alternativas que uno tiene”. (Doctor 3, p.3, inicio)

Puede verse como en general estos urólogos tienden a desechar los factores psicológicos y aplicar solo farmacoterapia

4.1.4. Concepciones sobre el fenómeno y la terapéutica de las MSD.

Aquí se exponen las categorías que recogen las posturas y visiones de los urólogos sobre sus concepciones personales sobre el fenómeno de las MSD, y las formas de enfrentarlas. Las que serán además contrastadas con la evidencia científica actual, puesto que en la revisión de estado del arte sobre las concepciones de las MSD (ver marco teórico), se detectó que, a partir de 2010, los principales supuestos paradigmáticos sobre los que se sustentaba la visión neurofisiopatológica con que la urología interpretaba las MSD, fueron desmentidos. Así que, para clarificar este análisis, se expondrá una síntesis de los principales postulados que fueron modificados, y entorno a estos se hará el contraste.

Las nuevas definiciones conceptuales impuestas por la evidencia científica

Estas definiciones, fueron dadas en los últimos updates de los comités de lineamientos sobre las MSD, con las que tanto la European Urology Association (*EUA*), como la de International Society for Sexual Medicine (*ISSM*), respetivamente en los años 2010 y 2014, terminaron por anular casi por completo la visión paradigmática predominante, que asignaba una etiopatogenia solo neurofisiopatológica, y en algunos casos genética a las MSD. De modo que, fue reemplazada por una más amplia y flexible, que acepta la confluencia de factores tanto orgánicos como psicogénicos, reconociendo además que sus etiopatogenias son aún desconocidas por las ciencias médicas.

Así, cuando en las nuevas definiciones se refieren a la etiopatogenia de la EP, la EUA afirma que:

Se desconoce la etiopatogenia de la EP, con pocos datos que respalden las hipótesis biológicas y psicológicas propuestas, entre ellas: Ansiedad, hipersensibilidad del pene y disfunción de los receptores de 5-HT. Además, la fisiopatología de la EP se desconoce en gran medida” (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 883).

Por su parte la ISSM dice: “La etiopatogenia de la EP es desconocida. Hasta la fecha, no se ha demostrado que ningún factor biológico sea causativo, en la mayoría de los hombres con EP” (*ISSM PE Guidelines Committee*, 2014, p. 1411).

Respecto a la negación de los factores psico-emocionales, la que se trató de sustentar en base al modelo de F. Giuliano (2011; 2013), también fue desmentido por la ISSM PE Guidelines Committee (2014). Hecho que le devuelve tanto la fuerza a estos factores, como al rol de la psicoterapia para combatirlos y equilibrarlos.

Del mismo modo, cuando esta institución modifica su postura sobre el rol de la serotonina, que antes era considerado como el factor que explicaba la EP, afirmando: “La desregulación de serotonina, como hipótesis etiopatogenica para la EP primaria, solo explicaría un muy bajo porcentaje (2-5%) de los problemas de la EP en la población general” (*ISSM PE Guidelines Committee*, 2014, p. 1397), le devuelve de modo oficial la relevancia a los factores psico-emocionales implicados, que por años se habían negado.

También puede decirse que cuando la EUA, pasó a calificar a la DE como un síndrome reactivo, afirmando que: “La DE es un síntoma, no una enfermedad. Es posible que algunos varones no sean evaluados correctamente o reciban tratamiento para una enfermedad o trastorno subyacente que podría estar causando la DE” (*EUA Guidelines Office*, 2010, p. 848). Y agregan: “Las modificaciones de los hábitos de vida pueden mejorar la función eréctil” (*EAU Guidelines Office*, 2010, p. 848), no se están excluyendo los factores psicológicos, como causa de este síntoma. Por el contrario, les asigna estos factores el lugar que tendrán en cada caso, de acuerdo a criterios que ellos suministran.

Con estos datos recién presentados se inicia la exposición y análisis de las categorías encontradas

Nivel de cuestionamiento sobre bases etiopatológicas

Se refiere a las respuestas de los urólogos, ante la interrogante directa a su postura sobre las bases solo orgánicas -incluso genéticas- para las MSD, versus la posibilidad de una base etiopatológica psicógena. No fue fácil entrar en esta interrogante y las respuestas que se obtuvieron fueron negativas.

Cita:

No lo sé, mi postura da lo **mismo, porque no tengo postura en eso, no soy sub-especialistas, por lo tanto, mis conocimientos no pueden** apoyar, ni validar eso; es orgánico, es por un trastorno de menor cantidad de serotonina a nivel cortical (Doctor 2, p.4, fin).

Pero la afirmación de que es orgánico por qué se debe a deficiencias en los niveles de serotonina, ya refiere a una postura y fue desmentida por evidencia científica. Se le asigna sus causas aún indeterminadas, en las que podrían confluír factores orgánicos y psicogénicos

Y sobre lo mismo agrega, “Hay médicos que tienen la subespecialidad que son andrólogos, urólogos-andrólogos que hay, y que tienen mayor cantidad de conocimientos acerca de esto. Con lo que sabemos manejamos bien a un porcentaje muy alto de pacientes que tienen problemas” (p.4, fin).

Aparece aquí una cierta sobrevaloración a sus protocolos y una resistencia a cuestionárselos, lo mismo se ve a continuación.

Cita:

Lo que uno tiene es una herramienta, y esta herramienta muestra ser útil en un porcentaje importante de pacientes y la verdad es que uno, **no es que uno se cuestione el porqué de las cosas**. Nosotros funcionamos mucho con protocolos de tratamiento, así uno dice el paciente tiene esto, por lo tanto, yo hago esto. No hay mucho de improvisar, no hay mucho de descubrir ciertas cosas (Doctor 4, p.8, fin)

Con todo llama la atención lo rígidas de sus posturas, que además están basadas supuesto erróneos, que ya fueron desmentidos científicamente. Cabe preguntarse si en parte, la rigidez se produce ante un tema que se considera poco relevante, puesto que para ellos las metodologías que aplican en general funcionan bien.

La práctica de aconsejar a los pacientes

Esta categoría muestra como aun cuando los urólogos descartan un origen orgánico para las MSD, muchas veces no asumen que sea psicógena, sino que tienden a aconsejar a los pacientes, para “mostrarles” que es más bien una percepción errónea y nada más.

Cita:

Y yo si descubro que el paciente realmente no tiene una EP, solamente lo aconsejo, no le hago que eso, no lo derivo a nada, ni le dio fármacos, ni agua ni nada. Y le explico que lo que le está pasando, es una situación que él cree

que es una EP, porque eso es que le pasa, llegan y me dicen: `no doctor es que yo eyaculo muy rápido`, o que se yo; y les explico que no lo es realmente, y que por eso no requiere de un tratamiento o medida compleja, solo basta con calmarlo no más (Doctor 5, p.9, párrafo 10).

Si bien aquí hay mayor acercamiento y dedicación al paciente, el asumir que porque hay no cumple con criterios neurofisiopatológicos no tiene EP, sigue siendo sesgado.

Cita:

Yo trato de conversar con los pacientes para ver qué les pasa, porque muchas veces el asunto es que ellos tienen un problema, por eso yo converso con ellos y trato de, les trato, no de convencerlos, pero sí, de demostrar que realmente lo que les pasa no es una enfermedad como tal, que realmente no están enfermos (Doctor 3, p.2, medio)

Además, tras estas prácticas, se podría decir que los urólogos están haciendo una intervención al nivel de consejería para un tema emocional o contextual, el que minimizan excluyendo los elementos psicogénicos que pudieran estar presentes.

Derivar a psicólogo

Esta categoría recoge las posturas de los urólogos ante la pregunta directa, sobre el por qué y cuándo derivan a psicólogo a los pacientes, si lo hacen al detectar elementos psicógenos de peso, por ejemplo.

Cita:

Yo te puedo decir que mi percepción es que en general el urólogo lo que hace, es que cuando a un paciente le detecta un problema. Y si lo puede solucionar lo soluciona, y si no, lo manda a un psiquiatra o psicólogo, o a un especialista en medicina sexual, un andrólogo, llegamos hasta ahí. Puesto que el manejo psicógeno de las disfunciones sexuales, no lo hace habitualmente el urólogo (Doctor 4, p.6, inicio).

Lo que indica que solo deriva después que la farmacoterapia no ha funcionado, y al parecer se desentiende.

Cita: “Si (derivo), pero es fundamental si, conocer a alguien que sepa hacerlo, porque no todos los psicólogos, hay distintos tipos. Y esa es más o menos la cosa”. (Doctor 1, p.2, medio).

Si bien deriva, muestra una cierta desconfianza en la experticia de los psicólogos en esta área.

Cita: “Y aquel paciente que no podemos solucionarlo nosotros, lo derivamos donde un especialista, que son un porcentaje muy bajo. Creo que en los últimos cinco años he derivado a un solo paciente” (p.4, fin), luego agrega, “yo generalmente derivó a psicólogo, los psicólogos también manejan bien eso supongo” (Doctor 2, p.5, medio). También hay un cierto dejo de desconfianza, además un haber derivado a un solo paciente en cinco años, equivale a no derivar.

Finalmente, algunos urólogos dicen no lo hacen porque algunos pacientes no querrían ser derivados:

Cita:

Yo a algunos pacientes los trato de derivar. Pero muchos pacientes no quieren ser derivados a psiquiatra, porque no se consideran tan mal, a psiquiatra”,...”En ocasiones algunos pacientes no les interesa ir a psicólogo, por la razón de una cobertura de Isapre que no tienen (Doctor 3, p. 3, medio)

Se ve como la derivación se rige los protocolos no actualizados por los que se guían, que actúan solo por descarte, solo si la farmacoterapia no funciona, buscaran otra alternativa como derivar a psicólogo

Rol de la psicoterapia en MSD

Esta categoría recoge la evaluación del rol que los urólogos le asignan a la psicoterapia en el contexto general de las MSD.

Para el caso de DE:

O sea, si anda bien con los Sildenafilos, no po, hasta ahí no más llega el problema, y se le arregla”...”Si po, si es psicológico, porque hasta ahí no más llego. Por eso es que no les llega gente de este calibre a ustedes, porque ahí se les supera el problema, porque ahí, si o si, el medicamento es el que actúa, no la mente (Doctor 6, p. 17, inicio).

Según esto el factor psicógeno sería superado con el medicamento, luego no tendría ninguna importancia. Pero esta afirmación fue desmentida por evidencia científica.

Cita:

EP Primaria: problema a nivel de Serotonina, sobre todo, y que debe ser equilibrado mediante fármaco terapia. Y de hecho uno ve los estudios de pacientes que se mandan a psicoterapia más fármacos, y pacientes que se

mandan solo a fármacos, tienen la misma respuesta, en ese tipo de EP. O sea, sería un placebo la psicoterapia (Doctor 5, p.6, medio).

Cita:

La figura antigua que uno tenía de un mal desempeño sexual, que estaba centrado en esencialmente en lo psicológico, en que estaba nervioso, de que ya no le gustaba, que era un problema de desafecto. Esto ya cambio, por mucho tiempo se le daba mucho hincapié, que lo psicológico era lo fundamental, en un mal desempeño sexual, pero esto ya cambio (Doctor 6, p.2, final)

Tanto las afirmaciones que se debe a un problema a nivel de serotonina, y que “la psicoterapia sería un placebo”, como que los factores psicológicos y las percepciones solo el desempeño sexual “son cosa del pasado”, han sido desmentidas por la evidencia científica, y ratificado esto por la *EUA* y la *ISSM*, de modo que las anteriores opiniones son más bien hechos del pasado.

El caso específico de los ejercicios de Master & Johnson, que salen mencionados en las guías europeas de urología mostrando sus falencias, aquí se las critican en extremo.

Cita:

Si los ejercicios de Master & Johnson, las guías los mencionan. Ahora viene el pero, que es que, para el caso de la EP primaria esta terapia no tienen ninguna eficiencia, nada cero. Y solo podrían tener algún rol en la de inicio tardío, sin embargo, son de una eficiencia moderada, un 50%, y completamente reversibles, es decir el paciente deja de hacer los ejercicios y pierde todo (Doctor 5, p, 9, medio).

Las últimas guías no tienen esa postura tan crítica, si bien, aún hacen eco del real desprestigio que se ganaron Master & Johnson, a raíz de su manipulación en los datos sobre niveles de eficacia de sus terapias.

Se encontró la mayoría de los urólogos, consideran que psicoterapia tiene un efecto bastante limitado, y en algunos casos incluso inoperante, y cosa del pasado. Por lo que estas concepciones contrastan, con la postura actual de la comunidad científica internacional, le devolvió el espacio a la psicoterapia.

Valoración del trabajo interdisciplinario para tratar las MSD

Esta categoría indaga las posturas de los urólogos ante la alternativa de un trabajo desde el enfoque interdisciplinario para las MSD.

Cita:

el único problema es que la psicóloga pertenece al servicio de ginecología del hospital. Conmigo, yo lo único que le solicito es que me envíe un informe al final de la terapia, para contarme como fue la evolución. yo sigo con él, además, yo tengo que controlar si el tratamiento medicamentoso tuvo efectos adversos o no, y si tuvo el efecto requerido (Doctor 5, p.2, medio).

Puede verse como no existe ni integración, ni mayor involucramiento en el tratamiento psicoterapéutico, el urólogo solo continuo con la farmacoterapia, más sería una modalidad multidisciplinaria.

Cita:

Y yo estoy súper de acuerdo en que en estos casos debiera ser así (mas multidisciplinario), o sea el paciente con EP debiera ir a una evaluación integral. Ahora en la practico, últimamente se está tratando con otros fármacos como la Dapoxetina y/o el Tramal (Doctor 4, p.8 inicio).

Si bien dice que sería importante un trabajo interdisciplinario, en la práctica solo se enfoca en nuevos fármacos, esto es, en tratamientos medicamentosos.

Cita:

Yo pienso que la eyaculación precoz, en la medida que la mujer adquirió mayor relevancia, lleva a ser más cotidiana, pero yo estoy seguro de que como hay un componente de ansiedad mayor, ahí si tiene que ser multidisciplinario. Ahí, yo creo que debería haber psicólogos que se dediquen a tratar los conflictos de pareja, y analizan esto {indica los grafico}, esto está abandonado. Y esto si, que ustedes deberían adiestrarse en tomar con seriedad, científicamente esta pauta de cotejo, de verificación (Doctor 6, p. 18, fin).

Si bien considera la opción interdisciplinaria, desestima el trabajo actual de los psicólogos, incluso dice que los psicólogos deberían adiestrarse más, y propone otros métodos basados en simples pautas de cotejo, que para el son más científicos que el trabajo psicoterapéutico.

Aquí se encontró que solo algunos urólogos consideran el trabajo interdisciplinario, pero solo para el caso de la EP. El resto de los profesionales, si llegan a derivar, o se desentenden del caso, o solo ven la parte médica.

En lo recientemente expuesto, puede verse que, más que una resistencia en si al trabajo interdisciplinario, hay una subvaloración de su importancia, probablemente porque hay un claro desconocimiento y una subvaloración de la labor de la psicología en este contexto.

Por otro parte esta postura, se contrapone a la tendencia de la urología internacional - incluyendo a la OMS- que reconociendo la preponderancia de los factores psicógenos recomiendan trabajar en una modalidad interdisciplinaria.

Falta de cercanía y de feedback con los pacientes

Esta categoría analiza la problemática en torno al formato de consulta urológico, más bien distante, que restringido a solo 10-15 minutos por pacientes, muchas veces no logra establecer un mayor contacto con el paciente, ni entrar en la problemática real. De modo que solo logra dar un pretratamiento general, que, de no funcionar, motiva al paciente a deambular por varios urólogos en busca de ayuda.

Cita: “si como te digo este es el mercado de la salud, el paciente es libre y puede consultar a tres o cuatro urólogos, y no sabes al final que está pasando” (Doctor 5, p.11, medio).

Aquí está el reconocimiento que muchas veces no saben cómo evolucionan los tratamientos de MSD, puesto que los pacientes no vuelven con el mismo urólogo.

Cita: “me ha pasado de varios pacientes que vienen rotando por varios urólogos, que el urólogo les dio, para eyaculación precoz Eleva y se van” (Doctor 3, p.4, final).

Esto incluso puede llegar en algunos casos a los urólogos a pensar que los pacientes que no vuelven, es porque el tratamiento funciona bien, y puede ser al contrario.

Cita: “vienen tus les das el tratamiento, se mejoran y les dices después que vengan con los exámenes de control y nunca llegan. Eso significa que están bien” (Doctor 5, p. 5, medio).

No tiene ninguna prueba de que no volvió por está bien, objetivamente hay la misma posibilidad que sea porque no está bien.

Cita:

y son consultas que habitualmente duran muy poco, porque el paciente llega y dice: yo tengo tal problema; y uno les explica en poco rato de que se trata, le da el medicamento, lo examina, y el paciente se va muy conforme” (Doctor 2, p.5, final).

En el formato que usa es corto, pero otros urólogos más preocupado que el promedio de los doctores, vuelven a citar a los pacientes durante el día sábado, puesto que los casos de MSD demandan más tiempo y atención.

También afirma tener muy altos índices de éxito con farmacoterapia:

En general andan muy bien los fármacos en general andan muy bien los fármacos, por lo general andan sobre un 90% de buenos resultados, con la eyaculación precoz andan tan bien, andan tan bien, que por eso uno tan pocas veces manda al psicólogo, porque andan bien, y porque es una patología que muchas veces es origen primario (Doctor 2; p.3; parr.12)

Pero estos niveles tan altos de efectividad no cuadran con la información científica, ni con la del resto de los urólogos de la muestra, por lo que se puede pensar que es porque se asigna como exitoso a los casos de pacientes que no regresan.

Todo esto se mostraría por el formato mismo de consultas acotadas a la aplicación de protocolos rígidos, en tiempos muy restringidos, sumado a una postura más bien distante hacia el paciente, pueden ser los factores que más interfieran en el éxito de este tipo de tratamientos.

Por otro lado, se encontró que algunos urólogos, han detectado esta carencia y tienen una postura crítica al respecto, afirmando que se le debe al paciente más tiempo y dedicación.

Cita:

No es la prestación de un simple servicio comercial. Porque si yo soy muy estructurado, el paciente me va a ver, le van a ofrecer una mala resolución del problema y va a consultar a otro. Si es muy fácil dejar una receta, tome sertralina 50 mg, una en la noche por tres meses y vuelva a verme. No po, si hay que plantear el problema, hay que hacer consciente a los dos (Doctor 6, p.10, final).

Aquí se muestra una crítica ante posturas funcionalista de otros colegas

Cita:

si cuando hablo con los pacientes, ellos conversan, regularmente cuando me toca revisar a estos pacientes, yo los re-cito del día de semana al día sábado,

en que la cosa esta más relajada, y ahí uno puede conversar un poco más tiempo con ellos, y ahí conversando, muchas veces conversando, el paciente se da cuenta, y es capaz de darse cuenta de hechos biográficos, que tienen mucho que ver con, con cuando se desarrolló el problema. (Doctor 3, p.4, final)

Cuando se le pregunta: ¿Cree que esta es una práctica regular entre los urólogos?

Cita:

No, no lo hacen, me ha pasado de varios pacientes que vienen rotando por varios urólogos, que el urólogo les dio, para eyaculación precoz Elevel y se van, No, no funciona, en la parte sexual sino tiene ese apoyo emocional, ninguna de estas cuestiones funciona". (Doctor 3, p.4, final)

Lo indica que por lo menos algunos especialistas ven parte de las problemáticas que tiene este formato de atención restringido por lo económico.

La especialización en cirugía versus la necesidad de manejo de habilidades blandas.

Aquí se trató de revelar hasta qué punto la formación en cirugía podría sesgar o limitar su acercamiento al paciente de forma corta y pragmática, de la misma forma que se aplica durante las cirugías. Este cuestionamiento resultó ser un tema más álgido que lo que se podría imaginar, logrando pocas opiniones directas. Cita:

creo que, porque los urólogos somos cirujanos, por decirlo así pertenecemos a la tribu de los médicos que tomamos decisiones e intervenimos más activamente, cuando tienes y que abrir abres, cuando estas operando óperas y lo haces todo ahí, no puede ser después (Doctor 4, p.6, inicio).

Se debe acotar que el trato de un cirujano con un paciente muchas veces es mínimo, remitiendo a conocer sus antecedentes generales durante el preoperatorio y luego un contacto mínimo en postoperatorio. Sus funciones son solo operar y derivar, además sus tiempos son muy caros.

Algunos reconocen tener ese enfoque de los cirujanos, que es muy distinto del enfoque de un médico clínico.

Cita:

Nosotros tenemos un sesgo en desarrollar especialmente algunas áreas, y que son todas quirúrgicas, y todas las áreas que sean medicamentosas, no es un área que sea muy profunda, a parte no hay estudios (Doctor 3, p.5, medio).

Por otra parte, como este sesgo de alguna forma remite a un cierto grado de rigidez mental ante cuestionamientos a su visión paradigmática, se trató de revelar su reacción ante cuestionamientos a su visión. Y se les consulto si para ellos la mayor eficacia de la Paroxetina en la EP, podría indicar que estuviera actuando sobre factores emocionales, que por tanto si tendrían peso relevante en la EP. Y en la mayoría de los casos se encontró resistencia a analizar el punto, tan solo uno de los urólogos más jóvenes - con conocimientos en andrología-, consideró el cuestionamiento, respondiéndolo ciñéndose a la visión clásica de M. Waldinger:

Hay que considerar que los fármacos tienen, y sobre todo los del sistema nervioso tiene, pero un sinfín de efectos, porque en el sistema nervioso es así es muy sucio. Cada sistema funciona con muchas moléculas, y estas se repiten en otros sistemas, como el del hambre, el sueño, el dormir, entonces siempre vas a tener efectos que son sucios, nunca solo el efecto que buscas, lo que pasa es que esto es lo que hay” (Doctor 5; p. 8; parr. 6).

Y sobre lo mismo agrega:

Pero lo que uno tiene es una herramienta, y esta herramienta muestra ser útil en un porcentaje importante de pacientes y la verdad es que uno, no es que uno se cuestione el porqué de las cosas; Nosotros funcionamos mucho con protocolos de tratamiento, así uno dice el paciente tiene esto, por lo tanto, yo hago esto. No hay mucho de improvisar, no hay mucho de descubrir ciertas cosas, eso lo dejamos más en general para el psiquiatra, el psicólogo” (Anexo 5, P. 8, Parr. 6).

Sin embargo, aquí el cuestionamiento que se debe hacer es de orden neurofisiopatológico, por lo que, si es atinente que lo hicieran los urólogos, y no solo los psicólogos o psiquiatras. Además, la última evidencia científica ratifica la relevancia de los factores emocionales.

Una explicación ante la rigidez con que rechazan el aporte de la dimensión psicológica, se ve en el caso de la DE, donde las herramientas fármaco-quirúrgicas, siempre van a funcionar si se escala suficientemente alto en intensidad. Por lo que no requieren hacerse mayores cuestionamientos, y solo tienen que aplicar un protocolo standart, de ahí que la gran mayoría usen razonamientos metodológicos como el siguiente:

Cita:

Esta primero, los inhibidores de la fosfodiesterasa, cualquiera de los tres; luego está la inyectoterapia, y si eso no resulta, están las instalaciones de prótesis, que pueden ser semirrígidas o maleables. Ese es el Algoritmo del tratamiento de la disfunción eréctil (Doctor 6, p.16, final)

Factores socioeconómicos e influencias culturales

Esta categoría indaga en la percepción de los urólogos sobre los distintos factores de orden sociocultural que pudieran influir sobre los pacientes que se ven enfrentados al tema de las MSD.

Citas:

si es como cuando vienen a la consulta y le preguntan: ¿oye fuiste el urólogo?, y si ¿y que te hizo, te metió el dedo huevón?, O sea, se preocupan de cosas, de estupideces. Si los prejuicios, los prejuicios de, ¿por qué fuiste?, ¿el por qué fuiste?, y el paciente trata de ocultar lo que tiene, sobre todo si viene por disfunción eréctil o eyaculación precoz o eyacula o cualquier cosa del ámbito (Doctor 1, p.2, final)

Esta afirmación muestra el peso que aún existe en muchos hombres sobre ir al urólogo y en expresar su problema. Si bien las MSD se dan transversalmente desde lo socioeconómico, son en general los prejuicios, aprensiones o tabúes asociados a la falta de potencia viril, lo que más pesa para estos pacientes. (sus pacientes son de clase media o inferior)

Por otro lado, está el efecto positivo, el cambio cultural, que significo el Viagra.

Cita:

En base a la figura del Viagra que ha cambiado la sexualidad humana, porque eso, hay un antes y un después, el Sildenafil vino a ser un quiebre en, ¿en cómo abordar?, ¿cómo tratar?, como ver?, ¿cuál es la visión de la gente con respecto a la sexualidad y su desempeño? y asumir eventualmente sus trastornos, ya, eso ha cambiado (Doctor 6, p.1, inicio)

Ve un importante cultural una apertura a raíz del Viagra (sus pacientes son mínimo de clase media acomodada)

Al parecer este cambio cultural ha sido tomado más rápidamente por los pacientes jóvenes en nuestro país.

Ni hablar después de internet. Pues, después de internet tú te metes con tú problema, y te salen diez mil artículos. Muchas veces los pacientes vienen con el artículo, de lo que ellos creen que están teniendo. Entonces la información también vino a cooperar, o sea un antes y un después con

respecto a una adquisición de información eficiente, ¿te das cuenta? (Doctor 6, p.1, medio)

Y respecto a fácil acceso a la información agrega:

En estos últimos años con el acceso a la información, ha cambiado la impronta que tiene el paciente frente a consultar patología específica sexual, eh en base a la penetración de la televisión, en base a la figura del Viagra que ha cambiado la sexualidad humana, porque eso, hay un antes y un después, el Sildenafil vino a ser un quiebre en, ¿en cómo abordar?, ¿cómo tratar?, como ver?, ¿cuál es la visión de la gente con respecto a la sexualidad y su desempeño? y asumir eventualmente sus trastornos, ya, eso ha cambiado. (Doctor 6, p.2, final)

También destacaron la influencia de los medios de comunicación como la TV.

Cita:

Si una cosa esta como muy, es increíble lo social, yo me acuerdo que una vez un sábado estaban dando un capítulo de "Sex and the city" que me toco haciendo zapping, pues no me gustaba, pero justo dijeron: "hay que circuncidar",... y yo: hay que circuncidar, y me detuve a ver qué pasaba, y era una de las niñas decía que no le gustaban los penes sin circuncidar porque parecían un sharpei. Y la semana siguiente, yo tuve en la consulta un pick pacientes que se querían circuncidar, porque la polola los mandaba, Ese es el poder salvaje, y mismo pasa con la eyaculación precoz, basta que salga algo en la radio, y esta toda la gente preocupada, y todos quieren tratarse. (Doctor 3, p.6, inicio)

Este efecto de los medios el lo observa en paciente que son de clase media acomoda hacia arriba

Así, se encontró que se daría una diferencia comportamental en la entre la clase media acomoda y la ABC1, con el resto de las clases sociales, puesto que los pacientes ABC1, tendrían mucho mayor claridad del problema tanto respecto del especialista acudir.

-Caso de pacientes ABC1, ¿se dan vueltas ante el tema?: "No, vienen, vienen y caen directo en el punto, si para eso vienen al urólogo, ellos saben que nosotros manejamos ese tema" (Doctor 2, p.5, final).

En cambio, pacientes de clase media o inferior:

Y los pacientes que me toca ver a mí, son pacientes que en gran mayoría son referidos, derivados de otros médicos, habitualmente médicos

generales, que les han hecho algún tratamiento, es raro que llegue un paciente, así como de primera línea; un paciente virgen a tratamiento. Son pacientes que han sido vistos por otros médicos, han fallado el tratamiento y los mandan con uno (Doctor 3, p.1, inicio)

Como también los pacientes que son llevados por la pareja:

Si la pareja, a veces el hombre viene de la oreja, y otras de común acuerdo, vienen los dos a consultar. Como te digo algunos la pareja, pero algunos los trae la mujer, porque no se atreven a consultar, la consulta empieza cuando la mujer explica. Y son aquí las mujeres las que toman la iniciativa (Doctor 1, p.10, final)

Puede verse como la realidad que observan los urólogos sobre la percepción de las MSD por sus pacientes depende bastante de su nivel socio-económico, pero también de la postura o sesgos que urólogo tenga respecto al tipo de pacientes que trata.

Manejo de datos Epidemiológicos

Esta categoría indaga tanto el nivel de datos epidemiológicos, que manejan los urólogos como la relevancia que les atribuyen a estos.

Si bien ningún urólogo mencionó datos, al consultarles si veían cambios en los niveles de prevalencia, las respuestas fueron variables.

Cita: “Evidentemente que han aumentado, pero ahora el hombre se atreve a preguntar”...” Creo que principalmente por eso, es más lo que sí ha aumentado, pero significativamente, es la mujer que trae de la oreja al hombre, y me ha llamado la atención” (Doctor 1, p.10 medio).

Cita:” no, es difícil manejar datos chilenos”,...”no, no hay algo de aumento, pero si yo dijera por algo de, que en el último tiempo no sé si ha aumentado o no, lo que sí, los pacientes consultan más, lo que pasa es que vienen mas”,...”yo no sé si es la prevalencia general de la enfermedad, pero si las personas siente más, se sienten con más confianza para hablar” (Doctor 3, p.5, fin)

Ambos coinciden en que no pueden saber si hay cambios en los niveles de prevalencia en estos últimos años o es que los pacientes se atreven a consultar más.

En general, no era un tema que tuvieran presente o se cuestionaran, para ellos los pacientes con MDS forman parte de la gama de pacientes urológicos que ven a diario.

Por otro lado, la evidencia internacional muestra los niveles dentro de los rangos etarios que existen y que tienden a mantenerse estables en el tiempo. Mientras que en Chile

a nivel de estado no se manejan datos, el Minsal (2011) no incluye a las MSD en los ítems de sus informes epidemiológicos.

Fenómenos anexos a la entrevista misma

Si bien, esta información no corresponde a una categoría extraída de los textos de las entrevistas, fue extraída principalmente de las interacciones extra-entrevistas (pre y post), recogiendo importante evidencia sobre otros aspectos y modos de relacionarse y de entender las posturas de los urólogos en especial frente a la psicología.

En primer término, se determinó que se mueven dentro en un círculo profesional cerrado, al que es muy difícil acceder si no se es médico, que son muy poco permeables a interactuar horizontalmente con otros profesionales que no sean de su misma especialidad. Lo que explica el por qué solo se consiguieron entrevistas con la recomendación directa de un prestigioso especialista y catedrático chileno, de modo que la entrevista no era concedida a un estudiante de psicología, sino “al sobrino de”; y luego cuando alguno de ellos hizo un contacto en su red, fue bajo la recomendación de un amigo cercano.

De alguna forma su rango de “cirujanos”, los pone un poco sobre el resto, y tienden a generar interacciones de tipo vertical con los otros profesionales. Pues son ellos los que toman las decisiones importantes, de lo que hay que hacer, y nadie los puede objetar, dado que son los especialistas. Lo que apareció claramente durante las entrevistas, ellos tendían a molestarse, cuando se intentaba entrar en los temas que significaban cuestionamiento a sus concepciones, aunque los cuestionamientos contaran el respaldo de la evidencia científica.

Además, se detectó otro fenómeno relacionado con su postura de especialistas con la última palabra, el hecho que, para ser considerado un interlocutor válido, se requiere ganarse el respeto y la validación, demostrando primero un alto dominio de los temas a tratar. Y fue así, que, en el intento de introducir los cuestionamientos, al exponer una serie de antecedentes teóricos de relevantes papers (que ninguno de ellos conocía), si bien esto les causaba molestia y extrañeza inicial, terminaba generando el nivel de respeto mínimo para ser tomado en serio, por lo menos en la mayoría de los temas de la entrevista. De modo que, después de haber iniciado la entrevista en una postura un tanto peyorativa, salían de esta, y permitían entrar en detalles propios de su especialidad y experiencia personal, que de otra forma no habrían mostrado. Incluso al finalizar esta, algunos urólogos ofrecieron más ayuda e información anexa.

Sin embargo, ninguno de ellos se abrió a la opción de revisar los nuevos planteamientos, o a cualquier posibilidad de integrar algo distinto a lo establecido.

Por otra parte, hubo dos urólogos extra, que después de ser contactados en forma oficial, se comunicaron para rechazar la entrevista, argumentando que, por el nivel de complejidad de las MSD, ellos solo comentaban el tema con médicos, por lo que una entrevista con un estudiante de psicólogo sería una pérdida de tiempo para ambos. En este comportamiento queda claro nuevamente la subvaloración de los urólogos hacia los miembros de la psicología.

Comentarios sobre la síntesis de resultados

Del análisis comparativo de los datos que mostraban las posturas de los urólogos de la muestra y los de la actual postura paradigmática de la comunidad urológica internacional, se tienen los siguientes puntos:

-La alta resistencia que en diversas formas presentan todos los urólogos de la muestra ante la posibilidad que las MSD tengan factores etiopatogénicos propiamente psicógenos. Que también está relacionada a una falta de actualización en la información científica, la que se muestra en el hecho que ni siquiera los urólogos de formación más reciente, o los que realizan docencia en el área, y que hicieron directa referencia a las guías de la *UEA Guidelines Office*, manejen sus últimas definiciones y lineamientos teórico-procedimentales.

Así, al contrastar las concepciones de los urólogos de la muestra, con la evidencia científica actual, que esta validada por las dos más prestigiosas instituciones del área -la *EUA* y la *ISSM*-, se pudo determinar que estas distan bastante entre sí, y que están ancladas en una serie de hipótesis (ya citadas) que fueron desechadas y/o corregidas incluso con la participación de sus propios autores (M Waldinger y F. Giuliano) a partir del 2010.

Si bien, no se pudo determinar con exactitud el porqué de este importante desfase conceptual entre los urólogos de la muestra y la urología internacional, se podría postular que se deba en parte a su alta resistencia a cuestionar los modelos operativos que les acomodan desde lo pragmático, dado que el modelo neurofisiopatológico en el que están anclados se ajusta cómodamente a lo anterior. Puesto que remite a una atención más simple y mecánica del paciente, que, al eliminar los factores psicológicos, opera con protocolos de diagnóstico y tratamiento, que indican en forma rápida, como usar la farmacoterapia o la cirugía, sin demandar una mayor compenetración de las problemáticas psicológicas del paciente. Además,

esto encaja perfecto en el formato de consulta urológico nacional restringido a tiempos de 10-15 minutos por paciente, donde el especialista da una solución puntual y no tiende a seguir el caso en forma particular. Todo esto coincide con el enfoque de consulta de un cirujano, que prácticamente se relaciona solo desde lo quirúrgico con el paciente durante la intervención.

También es posible que un modelo que se ajusta tan bien a las necesidades del “mercado de la salud”, y que además promueve solo la terapia fármaco-quirúrgica, cuente con todo el apoyo del lobby de las empresas farmoquímicas. De modo que puede postularse, que en parte, el rechazo que este modelo ha propugnado contra la psicología, tendría alguna base en intereses económicos.

Otra arista respecto de la resistencia ante los cuestionamientos del antiguo modelo, fue escudarse en el hecho de que no son subespecialista -uro-andrólogos- y por lo que ellos están lo suficientemente preparados en el ámbito de las MSD como los subespecialistas, por lo que no preocupan de los aspectos teóricos. El contrasentido es que, en la práctica, no les derivan los pacientes cuyas problemáticas demandan un mayor manejo teórico de tema. Por lo que aquí aparecería un posible problema de mercado, los pacientes con MSD son un mercado interesante y ellos los toman, pero no se han puesto al día, en los últimos avances de la ciencia médica.

En el diagrama de la página siguiente, se muestran las interrelaciones e influencias entre el estado actual de las posturas y concepciones teórico-procedimentales que tienen sobre las MSD los urólogos de la muestra, con la evolución y postura actual de la comunidad científico urológica internacional.

Aquí puede verse como los urólogos de la muestra, estando aun ancladas en el antiguo paradigma neurofisiopatológico de la comunidad urológica internacional, permanecen ajenos al cambio paradigmático que está ocurriendo, y continúan en una postura de rechazo y subvaloración y al aporte y el rol de la psicóloga en esta área. Como también en una postura subvaloración del psicólogo en cuanto profesional idóneo para trabajar junto a ellos en las problemáticas de las MSD. Y respecto de sus concepciones teórico-procedimentales se tiene que éstas están determinadas tanto por uno autoconcepto de cirujanos especialistas de opinión incuestionable, como por factores utilitarios que remite al uso de los protocolos de tratamiento del antiguo paradigma, lo que a su vez es completamente funcional al modelo de atención encuadrado en el mercado de la salud chilena.

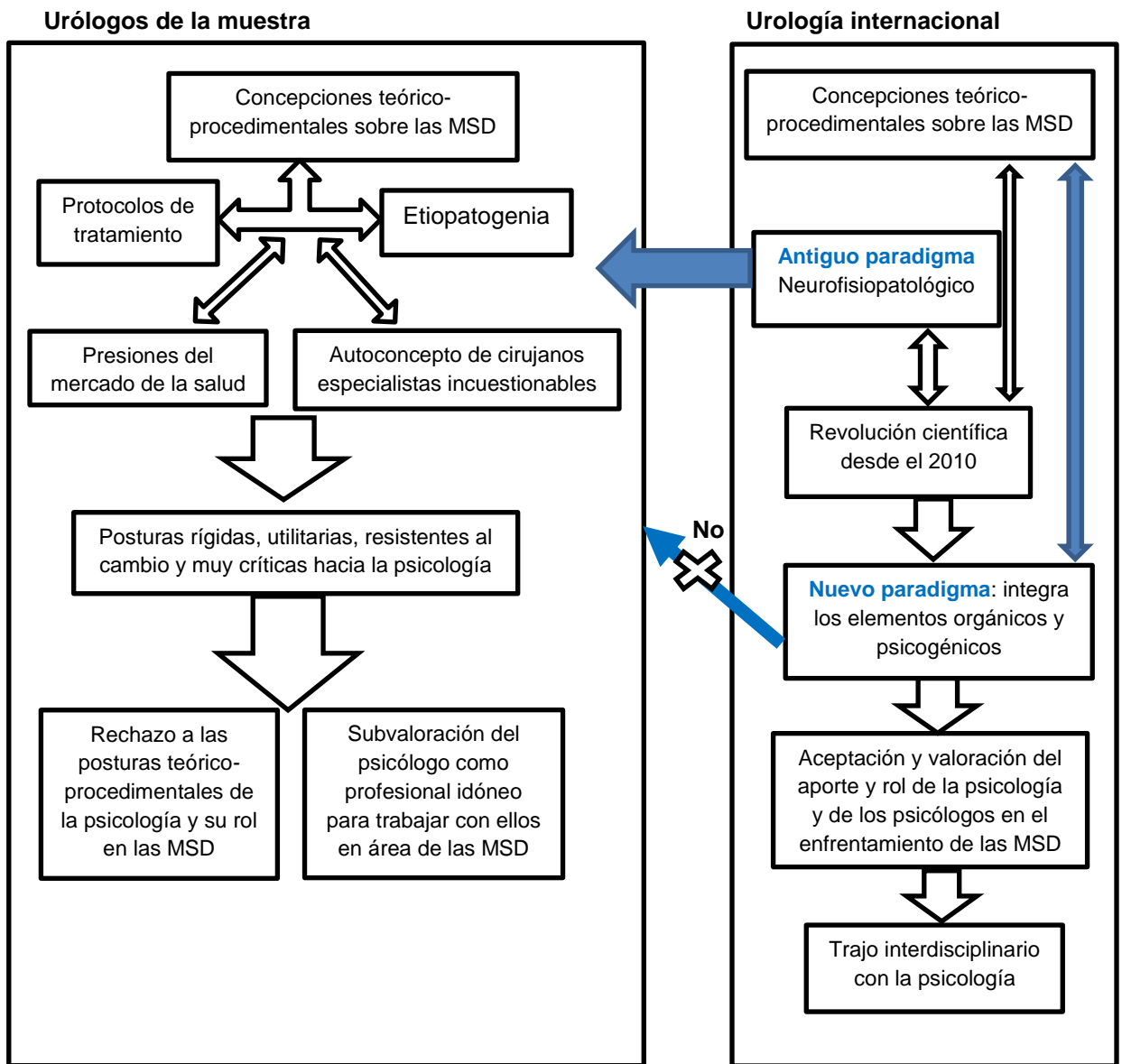


Figura 4.1. Interrelaciones e influencias entre el estado actual de las posturas y concepciones teórico-procedimentales que tienen sobre las MSD los urólogos de la muestra y la urología internacional

5. Conclusiones y sugerencias

Se estima que tanto en la parte teórica (revisión bibliográfica) como la empírica del trabajo se lograron gran parte de los objetivos propuestos. Y que tanto el enfoque teórico, como las metodologías de investigación usadas, fueron las adecuadas, permitiendo entrar a un buen nivel de profundidad en los temas; para luego realizar un análisis comparativo/crítico y relativamente libre de los sesgos propios del autor.

Con respecto a lo anterior, en base a los resultados de la revisión bibliográfica del estado del arte, sobre la visión paradigmática de la comunidad urológica internacional, en torno a las MSD, se puede concluir que, está atravesando por un proceso de profundos cambios teóricos que en términos de T. Kuhn (2004) correspondería a una revolución científica.

Además, se pudo determinar, que este proceso se inició a partir del update 2010 de la *UEA Guidelines Office* -representante de la visión de la Urología- consolidándose definitivamente en el año 2014 a nivel internacional con el update de la *ISSM Guidelines*-representante de la visión de la andrología- de modo que esta revolución científica ya estaría en su etapa de grandes cambios paradigmáticos.

Por otra parte, de la investigación empírica de este estudio, se concluye que los urólogos de la muestra, están aún ajenos a este proceso de revolución científica, que está viviendo la comunidad urológica internacional, permaneciendo aun anclados en los conceptos anteriores al año 2010, que responden al antiguo paradigma urológico. Así se determinó que, sus concepciones teórico-procedimentales de las MSD, están fuertemente sesgadas por conceptos solo neurofisiopatológicos, que excluyen todos los aspectos psicológicos en estas.

Y en asociación a estos sesgos, se dilucidó un claro rechazo y/o menoscabo a las concepciones teórico-procedimentales y la labor pasada y presente de la psicología, como también una subvaloración y desconfianza hacia los psicólogos, no siendo considerados como profesionales idóneos para trabajar en el área de las MSD.

Rechazo que se mantiene en base a un paradigma cuyas bases, fueron completamente desmentidas por la evidencia científica, a partir del año 2014. Evidencia que recomienda a nivel internacional, enfrentar las MSD, usando enfoques clínicos multidisciplinarios especialmente con la psicología. Y esto, auguraría acercamientos cada vez más fructíferos entre ambas especialidades de la salud.

Lo anterior, ratifica la idea expuesta en el planteamiento de este estudio, sobre la necesidad que desde la psicología se busquen y allanen caminos de acercamiento con la urología, en torno a las MSD.

Se estima, de quien tome esta empresa, se enfrentará con la fuerte resistencia, que esconde además una postura un tanto peyorativa hacia los psicólogos. Por lo que deberá contar con herramientas que le permitan validarse ante los urólogos, y poder así, optar a un dialogo analítico y ponderado sobre las visiones teórico-procedimentales y las problemáticas no resueltas de las MSD. En base a este hecho se considera, que este estudio aporta con importantes herramientas, teórico-descriptivas, que ayudaran a generar un sustento teórico y más aún un entendimiento de la forma que los urólogos se relacionan y ven la problemática de las MSD, con la cual el interesado en esta materia pueda validarse logrando así tender puentes con la urología.

Si bien, una de las aspiraciones fundamentales del estudio, fue desde un principio, entrar en una discusión teórico-técnica sobre las investigaciones que produjeron el cambio de paradigma, esto fue imposible, puesto que los urólogos no dieron posibilidad de entrar en un dialogo al respecto. Esto indica antecedentes muy relevantes para comprender la problemática de esta investigación.

Por una parte, en un enfoque más relacionado a las competencias de futuros investigadores, se encuentra el hecho de que no se haya logrado ni una vez entrar en una discusión analítica sobre el cambio de paradigma y las nuevas concepciones de este, ratificando la autoimagen de los urólogos como cirujanos especialistas incuestionables. Sin embargo, fue gracias al intento fallido, de introducir el tema del cambio de paradigma -exponiendo una serie de antecedentes teórico/técnicos que ellos desconocían- que se logró, desde la primera entrevista, un nivel de validación mínima ante los urólogos, sin el cual, ellos no habrían entregado ni el 20% de la información que se obtuvo finalmente.

Mientras que por otra parte, referente a un asunto medular de la comprensión de la población a trabajar, es importante considerar que todo lo mencionado anteriormente, permitió comprender una problemática que estaba pasando desapercibida, el descubrir que en el círculo de los urólogos chilenos existe una tendencia hacia la reservación de conocimientos, que implicaría el estancamiento de la disciplina hacia las discusiones actuales como también la posibilidad de un trabajo interdisciplinario que pueda aportar en la problemática de las MSD.

En base a los antecedentes obtenidos, no es menor, situar las prácticas de los urólogos pertenecientes a un contexto particular, como el chileno, que, estando influenciado por una economía de libre mercado de alta segregación e inequidad, inflencie nega-

tivamente en la forma en que los urólogos se desempeñan con sus pacientes, relegándolos a un ámbito de clientes, más que en una preservación humanitaria de su salud. Esto mismo muestra como muchas veces tras una terapéutica funcional y utilitaria a las exigencias del mercado, se puede perder el espíritu real de los tratamientos médicos

Con todo lo anterior es que resulta muy importante considerar para la realidad nacional que una de las principales falencias detectadas, es la falta de información epidemiológica. En Chile no se cuenta con datos epidemiológicos, puesto que ni siquiera el Minsal (Minsal, 2010) los posee, y tampoco los urólogos en su práctica profesional los manejan, pareciendo indiferentes al tema.

Por lo que se sugiere alertar a instituciones del estado, como el Minsal, de modo que revisen este punto y empecen a obtener e incorporar en sus bases de datos, la información nacional mínima al respecto de la MSD. Puesto que, a nivel internacional estas ya son reconocidas con importancia epidemiológica y existen bastante información actualizada.

Respecto de la información científica, existe un gran contraste entre el importante y actualizado volumen de estudios (más 5.900 publicaciones) sobre las MSD que hay a nivel internacional, y la realidad chilena donde casi no hay publicaciones científicas.

Finalmente se estima que sería de gran aporte, que las escuelas de psicología del país, sometieran a revisión los textos a usar para la problemática de sexualidad y MSD, pues el cambio de paradigma que está ocurriendo en esta área, ya está dejando obsoletos algunos de los conceptos contenidos en estos textos, que son básicos para entender estas patologías en adecuación a la evidencia científica actual.

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acuña, A. (2005). Eyaculación precoz, ¿Qué es en Realidad y Cuanto Falta para la Solución? *Revista Urología Colombiana*, vol. XIV, núm. 2, Agosto, 2005, pp. 13-37, Sociedad Colombiana de Urología, Bogotá. Colombia.
- Alvares-Gayou, J., Sanchez, D., Lara, F. (1986). *Sexoterapia Integral*. Editorial Manual Moderno, México DF.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-VI*. Barcelona: Madsson S.A,
- Blumer, H. (1969). *El Interaccionismo Simbolice, perspectiva y método*. Prentice Hall. London.
- Cáceres, P. (2003): Análisis Cualitativo de Contenido: una Alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas*. Vol. II/2003. 53-82. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). Código de Ética. Colegio de Psicologos AG (Edit.). Santiago. Chile
- Corbin, J., Strauss, A. (2002). *Bases de la Investigacion Cualitativa: Tecnicas y procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada (1ªEd. Español)*. Editorial Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia.
- EAU-European Association of Urology- Guidelines Office. (2010). Guía clínica sobre disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz (spanish edition). *European Urology*. Vol.57, Issue 5, May 2010, p. 846-900
- Fuhrmann, H. & Buhi, E. (2009): Review from: Masters and Johnson's Sex Research and Sex Therapy Program: A Critical Appraisal from Down Under. *Journal of Sex Research*, 46(5), 505–510, 2009
- García Gutiérrez, Eulalia, Aldana Vilas, Laura, Lima Mompó, Gilda, Espinosa Riverón, Ma. del Rosario, Castillo Castillo, Caridad, & Felinciano Álvarez, Vladimir. (2005). Disfunción sexual masculina y estrés. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 34(1).

- Giuliano, F., Rampin, O. (2004). Neural Control of Erection. *Physiology & Behavior*. 2004: 83. 189–201
- Giuliano, F., Clement, P. (2005). Physiology of Ejaculation: Emphasis on Serotonergic Control. *European Urology*. 2005: 48. 408–417
- Giuliano, F. (2011). Neurophysiology of Erection and Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*. 2011: 8 (suppl. 4). 310–315.
- Giuliano, F. and Chéhensse, C., Bahrami, S., Denys, P., Clément, P., Bernabé, J.(2013). The spinal control of ejaculation revisited: A systematic review and meta-analysis of anejaculation in spinal cord injured patients. *Human Reproduction Update*, 2013: 5 (19). 507–526.
- Hatzimouratidis, K., Hatzichristou D. (2007). Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *Journal of Sexual Medicine*. 2007; 4, 241–250.
- Hatzimouratidis, K. Giuliano, F. and Amar, E., Eardley, I., Hatzichristou, D., Montorsi, F., Vardi, Y., Wespeset, E. (2010). Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. ***European Urology***. Volume 57, Issue 5, May 2010, Pages 804–814. EUA- European Association of Urology (Edits
- Haye, A. (2005). Guía para Informes de Investigación Bibliográfica- Versión 1.2- con énfasis en Monografías. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Psicología. (Edit.)
- Hellstrom, W. (2007). The DSM-IV-TR is an Appropriate Diagnostic Tool for Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*. 2007; 4: 252.
- Hernandez-Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación (5º Edición). Editorial Mc Graw-Hill, México.
- ISSM- International Society for Sexual Medicine- PE Guidelines Committee. (2014). An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Journal of Sexual Medicine*. 2014:11, 1392–1422
- Jannini, E.A., Waldinger, M.D., McMahon, Ch.G. (Edts.) (2013). Premature Ejaculation: From etiology to diagnosis and treatment. Milan: *Editors Springer-Verlag Italia*.

- Janssen, P., Waldinger, M.D. and Bakker, S., Réthelyi, J., Zwinderman, A., Touw, D., Oliver, B. (2009). Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009- Jan; 6 (1). 276-284.
- Janssen, P., Olivier B., Zwinderman, A. and Waldinger, M. (2014). Measurement errors in polymerase chain reaction are a confounding factor for a correct interpretation of 5-HTTLPR polymorphism effects on lifelong premature ejaculation: a critical analysis of a previously published meta-analysis of six studies. *Public Library of Science one (PloS One)*. 2014 Mar 3; 9 (3); eCollection 2014.
- Jara J., Llego E. (2013). La Medicina Sexual en la Historia. Avances y Controversias (parte II). *Revista Internacional de Andrología*: 2013; 11(4): 149-157
- Kuhn, T.S. (2004). La estructura de las revoluciones científicas (8° Edición). Buenos Aires: Editorial Fondo Cultura Económica Argentina, pp. 1-25; 149-174; 80-91; 92-111; 112-127; 128-148
- Lane A., Deveras R. (2011). Potential risks of chronic sildenafil use for priapism in sickle cell disease. *Journal of Sexual Medicine*. 2011 Nov; 8(11):3193-5.
- Laumann E, Nicolosi A., Glasser D., Paik A., Gingell C., Moreira E., Wang T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80. Prevalence and correlates identifies in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*. 17: 39-57.
- Lizza, E., Rosen, R. (1999). Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. *International Journal of Impotence Research* (1999): 11, pages 141-143. Stockton Press.
- McCary, J. et al. (2000). Sexualidad Humana. Edit. Manual Moderno, 5° Edición; México, D.F.; Pp. 4-21, 125-137,176-184.
- McMahon & Waldinger,M.D et al.(2004). Disorder of Orgasm and Ejaculation in Men. *Journal of Sexual Medicine*: Vol.1 (1).

- Minsal- Ministerio de Salud de Chile-. (2010). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile: 2009-2010, Tomo II; Capitulo V: Resultados. Autor: Gobierno de Chile- Minsal. pp. 735-749.
- Monga, M. & Bodie, J., Beeman, W. (2004). Psychogenic Erectile Dysfunction. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33 (3), 273-93.
- Morgentaler, A. (1999). Male impotence. *The Lancet*, 354(9191), 1713-8.
- Morrison, Heather. (2000). Sildenafil (Viagra): Cardiac risks. *Canadian Medical Association Journal*; Jul 11, 2000; 163, (1), pp. 86-87.
- OMS -Organización Mundial de la Salud-. (1975): Informe Técnico N° 572: Instrucción y Asistencia en cuestiones de salud Sexual Humana: Formación de profesionales de la salud. Autor: OMS-1975, Ginebra, Suiza.
- Palma-Ceppi, C. & Fleck, D., Campos, D., Mercado, A., Fullá, J., Hidalgo, JP., Jarpa, R., Valdevenito, R., Ramos, C. (2014). Efectividad y satisfacción del tratamiento con dosis diaria de Tadalafilo 5 mg para la Disfunción Eréctil. *Revista Chilena de Urología*. 2014; Vol. 79; 22-27.
- Quintana, A., Montgomery, W. (Eds.) (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM. Pp. 47-84
- Rathus, S. et al. (2005). Sexualidad Humana (6ª Ed. en Castellano). Pearson-Prentice Hall; pp. 2-7; 81-83; 327-340
- Reich, W. (1942). La función del Orgasmo (4ª Ed. en Castellano). Editorial Paidós, Buenos Aires
- Reich, W. (1948). El Análisis del Carácter (3º Ed. en Castellano). Editorial Paidós, Buenos Aires
- Rösing, D., Klebingat, K-J., Berberich, H., Bosinski, H., Loewit K., Beier, K. (2009). Male Sexual Dysfunction. Diagnosis and Treatment from a Sexological and Interdisciplinary Perspective. *Deutsches Ärzteblatt International*. 106(50): 821 –8
- Sachs, B. (2003). The false organic-psychogenic distinction and related problems in the classification of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15(1), 72-8.

- Shamloul, R., Ghanem, H. (2012). Erectile Dysfunction. Seminar. The Lancet.2012; Vol. 381, Issue 9861, Pages 153 – 165.
- Sierra Bravo, R. (2007-a). Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica (Quinta Edición). Thomson Editores Spain, Paraninfo, S.A.
- Sierra-Bravo, R. (2007-b). Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicios.(14ª Edición). Thomson Editores Spain, Madrid. (14ª Edición)
- Venegas, JA., Baeza, R. (2004). Prevalencia de Disfunción Eréctil en Chile. Revista de Urología Chilena. 2004; Vol. 6 (N° 3), 199-2002
- Waldinger, M. (2002). The neurobiological approach to premature ejaculation. The Journal of Urology: *Volume 168, Issue 6, December 2002, Pages 2359-2367.*
- Waldinger, M.D. (2011- a). Contribution of Acupuncture to Western Medical Knowledge of Premature Ejaculation: An Intriguing New Development. European Urology 59 (2011) 772-774
- Waldinger, M.D. (2011-b). Toward Evidence-Based Genetic Research on Lifelong Premature Ejaculation: A Critical Evaluation of Methodology. Korean Journal of Urology: 2011; 52:1-8
- Waldinger, M., Hengeveld, M. and Zwinderman, A. (1997). Ejaculation-retarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-blind, randomized, dose-response study. British Journal of Urology: 1997-Apr; 79(4):592-5.
- Waldinger M. and Schweitzer D. (2006a). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. . Part I--validity of DSM-IV-TR. Journal of Sexual Medicine: 2006;3: 682-692.
- Waldinger M. and Schweitzer D. (2006b). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part II--proposals for DSM-V and ICD-11. Journal of Sexual Medicine: 2006;3: 693-705.
- Waldinger, M. and Schweitzer, D. (2007). The DSM-IV-TR is an inadequate diagnostic tool for premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine, 2007; 4: 822-823.*

Wadskier, LA. (2003). Revisión crítica de los tratamientos de la Eyaculación Precoz- La cirugía: Denervación parcial del pene, experiencia y resultados-Ponencia: XXXIV Congreso Colombiano de Urología, 2003, Medellín.

WHO- World Health Organization.(2006). Defining sexual health. *Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31. January 2002. Geneva.

Referencias WEB

-Lab Lilly. (2014). Salud sexual del Hombre.

Extraído el 30/12/2014 de:

https://www.saludsexualdelhombre.com/LACMASS_Chile_Dis/

-Microsoft AcademicSearch. Marcel D. Waldinger's professional profile.

Extraído el 02/08/2014 de: <http://65.54.113.26/Author/5085660/marcel-d-waldinger>

-Neuropsychanalysis Society –PSAS-. Neuropsychanalysis Page. Extraído el

20/09/2014 de <http://www.neuropsa.org.uk/>

-POIS Research. Marcel Waldinger. Extraído el 02/08/2014 de:

<https://sites.google.com/site/poiswebsite/pois-research-study/dr-marcel-waldinger>

-PubMed. (2014- a). Eréctil Dysfunction. Entre 199...-2014 Extraído el 30/11/2014 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%22erectile+dysfunction%22>

-PubMed. (2014-b). MaleSexual Dysfunction, entre 199..-2014. Extraído el 30/11/2014

de:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22male+sexual+dysfunction%22&cmd=DetailsSearch&log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22male+sexual+dysfunction%22&cmd=DetailsSearch&log$=activity)

-PubMed. (2014-c). Premature Ejaculation. Extraído el 30/11/2014 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22premature+ejaculation%22&cmd=DetailsSearch>.

-ResearchGate. Profile-Francois Giuliano. Extraído el 02/08/2014 de:

http://www.researchgate.net/profile/Francois_Giuliano2/publications

-Terra, C. & Palma-Ceppi, C. (2012). Esclavos del Viagra. Revista Paula on line.

Extraído el 20/08/2014 de: <http://www.paula.cl/reportaje/esclavos-del-viagra/>

-Urología U. Chile.-Departamento de Urología Universidad de Chile. (2014). Plan de estudio Urología -Escuela de postgrado Facultad de Medicina.

Extraído el 20/08/2014 de: <http://www.med.uchile.cl/departamento-de-urologia.html>

-Urología UC – Departamento de Urología Universidad Católica de Chile-. (2014).

Programa Postítulo en Urología- Dirección de postgrado Escuela de Medicina.

Extraído el 20/08/2014 de: <http://medicina.uc.cl/concursos/programa-postitulo-especialidades-y-sub-especialidades>

Apéndices

Apéndice I

Guion Temático, entrevista semi-estructurada, este tuvo el siguiente formato:

Tema 1: Aproximaciones y Tratamientos de las Dsm

- En su trabajo como urólogo se presentan regularmente las Dsm... y dentro de estas hay algunas que resalten (por mayor frecuencia, dificultad, etc.)?....

Respecto de estas mismas:

-¿Usa algún tipo de protocolo de tratamiento específico? ... podría explicar en qué consisten y los principios en que se basan estos...

- Alguna estimación del nivel de éxito tienen estos tratamientos.... (para EP y ED, etc.)

- Conoce de algún otro tipo de procedimientos de carácter médico o psicológico usados en Chile o en el extranjero que le merezca comentarios....(respecto niveles de eficiencia, riesgos o contraindicaciones, ... etc.)

Tema 2: Experiencia del especialista en el área

De acuerdo a su experiencia clínica en el tratamiento de las Dsm, podría esbozar cuales son para usted:

-Y en general cuales cree que serían para Ud. los factores etiológicos de las Dsm:

-Las bases etiológicas de las DE.....

-Las bases etológicas de EP.....

-¿Considera que hayan factores emocionales y sociales implícitos en la etiología o solo orgánicos? (...a su juicio las Dsm serían enfermedades o síndromes... del tipo....orgánico,... psicológico, etc.)

...Qué importancia le atribuye a los aspectos emocionales o psicológicos en los tratamientos que aplica?...

[solo cuando el entrevistado no dijera nada al respecto:....Podría dar su opinión respecto de la pertinencia de terapia psicológica para tratar estos factores psicológicos u otros dentro de las Dsm....]

-Respecto del trabajo en conjunto con otros profesionales, usted diría que para las Dsm esto se hace desde un enfoque multidisciplinario o interdisciplinario,... y en su caso,.....

-Cuál su opinión del posible aporte que entrega la visión de la psicología ,...y de un trabajo en conjunto.

-Respecto de los niveles de éxito que vimos se alcanzaban con las terapias, ¿Qué factores cree que incidan en el éxito del tratamiento?..... también Factores emocionales sociales

- Tiene usted alguna estimación sobre niveles de prevalencia de estas (para EP, DE)

- A notado distribuciones de tipo etario, socio-económica, etc., o de variaciones de alguna índole en los últimos años que sean significativas...

(Como posible conclusión):

-Respecto de los desarrollos científicos en los últimos 15-20 años, considera Ud. que hayan estudios o propuestas hayan aportado a su labor clínica.

- Respecto de desafíos o nuevos desarrollos,.... que líneas investigación ve Ud. necesario,...

-Ya finalizando... le cedo el espacio, para que puntualice cualquier tema o comentario respecto a la entrevista, el entrevistador y/o lo tratado en esta.

Apéndice 2:

Disco CD con archivo PDF con transcripción de entrevistas a los urólogos de la muestra