

Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales

Mirna Pérez Feo

Sección de Investigaciones Psiquiátricas. Unidad de Psiquiatría
Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.
Mérida - Venezuela

Resumen

Se trata de una breve descripción del desarrollo de la sexualidad humana, en la cual se incluyen diferentes aspectos, característicos para cada una de las fases del mismo, desde la infancia, pasando por la adolescencia y la edad adulta, hasta la edad avanzada. Se resalta la necesidad de mantener informados sobre estos aspectos, tanto a los jóvenes como a los adultos, para prevenir la aparición de problemas sexuales. Así mismo, se hace una descripción sobre las diferentes causas que pueden producir disfunciones sexuales, las cuales se presentan en cualquier individuo, de manera independiente de la edad, sexo, raza, religión, etc., y que afectan la conducta del ser humano en cualquiera de las etapas de dicho desarrollo.

Palabras claves: Sexualidad, causas, disfunciones.

Abstract

Human Sexuality and Sexual Dysfunction's Causes

A brief description on the human sexuality evolution is given. For each phase of sexual development, the different and characteristic aspects are described. The phases are childhood, adolescence, to adulthood and old age. The need to maintain both teenagers and adults informed on those aspects is remarked in order to prevent sexual problems. A description is given on the several causes that can produce sexual dysfunction. Those causes are present in everybody and are independent of age, sex, race, religion, etc. Those causes affect the human behavior in any of the developmental stages.

Key works: Sexuality, causes, dysfunctions.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo de revisión se hace una breve descripción, en términos generales, sobre la Sexualidad Humana y el desarrollo de la misma en cada una de sus fases, haciendo hincapié además en las diferentes causas que conducen a la disfunción sexual como patología. Nos referiremos a la primera parte tomando en consideración el concepto del Comité de Sexualidad Humana de la Asociación Médica Americana, que define la sexualidad humana en los siguientes términos: "Lo que somos y lo que hacemos; así como también, una identificación, una actividad, una dirección, un proceso biológico, un mirar hacia fuera y una expresión de sí mismo, la cual está influenciada por creencias sociales y personales". Así mismo, autores como Shen (1982), describen la sexualidad humana como un proceso de desarrollo, una experiencia personal y una expresión de conducta. El mismo autor expresa además, que la

sexualidad humana es una parte básica del total de la personalidad y debe ser considerada como un proceso a lo largo de toda la vida, el cual va desde la infancia hasta la ancianidad y que tiene consecuencias biológicas, psicológicas y morales.

SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Según McDermott et al. (1983), la adolescencia es sólo un estado en el ciclo de vida humano, pero que debe ser visto como una transición entre la infancia y la vida adulta. El concepto convencional del período de la adolescencia está caracterizado por descripciones tales como período caótico, desconcertante, abrumador, agresivo, impredecible y casi imposible de comprender y conocerlo (Tirado, 1985). El evento más importante en la adolescencia es el desarrollo

psicosexual y las consecuencias del mismo parecen ser lo que produce el caos en la comprensión del adolescente. Presenta cambios corporales dramáticos y de rápida evolución a los cuales tiene que adaptarse, además de mantener en equilibrio sus necesidades internas. Tales signos de crecimiento no deben ignorarse ya que en cierto sentido se advierten en símbolos de feminidad o virilidad (Tirado, 1985). Según Calderone (1983), se considera conveniente mantener al adolescente bien informado sobre el cuerpo, la mente y la sexualidad humana; así como también, la adaptación de su sexualidad y la relación de ésta con la intimidad. Todo lo dicho hará posible la prevención de los problemas sexuales.

Smith y Udry (1985) realizaron un estudio en adolescentes varones y hembras entre 12y 15 años, blancos y negros, estudiantes de secundaria en una ciudad del sur de Estados Unidos, previa autorización de los padres, con la intención de determinar conductas sexuales fisiológicas coitales y no coitales, en relación con el inicio de su vida sexual. El propósito fundamental de dicha investigación fue entender la secuencia de la conducta sexual en los adolescentes y determinar si la actividad no coital puede predecir el contacto sexual en las jóvenes vírgenes.

Smith y Udry (1985) refieren que la literatura por ellos revisada, sobre la conducta sexual de jóvenes blancos, sugiere que la secuencia de la conducta heterosexual es progresiva desde caricias hasta llegar al intercambio sexual. En cambio, la información sobre jóvenes de color es escasa pero indica que la secuencia no es rígida y que es poco usual la utilización de caricias si no se llega al intercambio sexual, por lo que se ha observado, sobre todo en los varones, que llegar a la relación sexual es un objetivo mayor que cualquier otro, sin tomar en cuenta la aceptación de la compañera, lo cual va acompañado de la falta de virginidad en las jóvenes. Smith y Udry (1985) llegan a la conclusión que en los adolescentes blancos y negros existe una diferencia en cuanto a la normativa, es decir, en los blancos la

expectativa sobre las conductas precoitales es mayor que en los negros y constituye un período preparatorio antes de su primer encuentro sexual, el cual puede alternarse con períodos de abstinencia. Este período es conveniente para prepararse en el uso de los anticonceptivos; sin embargo, los adolescentes de color, en general, no se ajustan a este proceso y tienen menos oportunidad de desarrollo. En los adolescentes negros parece que la expectativa termina en un coito precipitado, lo que indica, según los autores, que estas conductas tienen una influencia étnica y social importante en los jóvenes estudiados.

SEXUALIDAD EN EL ADULTO

En la primera mitad de la vida del adulto, el nivel de actividad sexual es estable por un largo período. Esta capacidad se da con una pareja aceptada y con buen estado de salud. No hay edad específica para que una persona sana deba suspender su actividad sexual, la cual puede continuar bien hacia los 70,80 ó 90 años. El nivel de actividad sexual en el adulto joven es importante, ya que cuando comienza temprano persiste hasta mayor edad. El pico de la capacidad sexual en la mujer es hacia los 30 años, cuando está en máxima capacidad reproductiva y en estas circunstancias el deseo es mutuo. En la edad media de la vida, la mujer responde más que el hombre, ya que hacia los cincuenta años éstos notan una disminución de la intensidad y una lentitud natural de la respuesta sexual. Las mujeres se ven menos susceptibles a la pérdida de la función sexual con la edad, ya que no hay pruebas de que la menopausia resulte en pérdida del deseo sexual; al contrario, para algunas produce aumento del mismo. Para los hombres de edad la función sexual está influenciada por la salud, experiencias sexuales pasadas, grandes satisfacciones vitales, capacidad para adaptarse, clase social y nivel educacional. En la mujer tiene mucha importancia el estado marital, así como también el estado psíquico y emocional de su pareja y las creencias religiosas. Si en una mujer disminuye el interés sexual, es más por

las circunstancias que por la pérdida de la capacidad, lo cual puede verse en las mujeres liberadas, las cuales son más asertivas que las de su misma edad (Labby, 1985).

Kirkpatrick (1984), considera que la experiencia sexual de la mujer depende de una serie de factores y sugiere que los mismos deberían ser analizados de manera amplia e independiente. Se refiere este autor, a la necesidad de revisar la respuesta sexual de la mujer en grupos particulares, tales como mujeres afroamericanas o indoamericanas, en mujeres de edad media y en mujeres de edad avanzada. Así mismo, considera importante revisar la victimización de la mujer en casos como el incesto, prostitución, embarazos en la adolescencia, enfermedades venéreas, matrimonios forzados, aculturización y sus consecuencias en la sexualidad femenina. Sin embargo, en relación con investigaciones realizadas sobre la posible asociación de la educación sexual en colegios públicos para adolescentes y el inicio temprano del intercambio sexual, Furstenberg et al. (1985) concluyen que la misma no es definitiva, ya que depende de muchas otras causas, como son la información familiar, las costumbres, el uso temprano de anovulatorios orales, etc., (Shen, 1982; Kornsfeld, 1985).

En cuanto a las preferencias sexuales del adulto, Bell et al. (1982), encontraron que las conductas seductoras, restrictivas o negativas de las madres, no influyen en la preferencia homosexual de los hijos; sin embargo, las buenas relaciones interpersonales con el padre favorecen la preferencia heterosexual y las malas relaciones con ellos tienen como consecuencia, generalmente, la preferencia homosexual en los hombres. El sentimiento de conformidad con su propio género durante la infancia es importante en la predicción de la preferencia sexual en el adulto. En el caso de las mujeres, se describe como importante las buenas relaciones interpersonales con sus madres. Por otra parte, los mismos autores (Belí et al. 1982) han encontrado que un alto porcentaje de mujeres homosexuales manifiestan malas o pobres relaciones interper-

sonales con el padre.

SEXUALIDAD EN EL HOMBRE DE EDAD

En condiciones fisiológicas, la motivación sexual persiste hasta la edad de los 70 a 80 años, según Freeman, 1961 (citado por Labby, 1985). Otros dicen que los hombres de edad reportan gran interés sexual y mayor actividad sexual que la mujer de edad, aunque en ambos declina el interés al avanzar la edad (Labby, 1985). En el 80% de los hombres mayores persiste el interés sexual cuando tienen buena salud, en una proporción de dos por cada tres hombres a los 60 años y uno por cada cinco, a los 80 años; en el caso de las mujeres, una de cada tres, a los 60 años (Labby, 1985).

CAUSAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL

La función sexual es controlada por el Sistema Nervioso Central a varios niveles corticales y las disfunciones sexuales pueden ocurrir por alteraciones en cualquier punto de dicho sistema (Haslam, 1982). La actividad genital y otros tejidos eréctiles son mediados por el Sistema Nervioso Parasimpático. El orgasmo y la eyaculación están bajo el control del Sistema Nervioso Simpático. En condiciones fisiológicas, los dos sistemas están en equilibrio, pero puede haber desbalance en situaciones de respuesta de ansiedad, la cual puede ocurrir tanto en los hombres como en las mujeres. En el hombre, está asociada con la incapacidad para mantener la erección del pene o con una eyaculación prematura; en la mujer la dificultad está en no tener orgasmo antes de concluir su encuentro sexual. En cada caso, explica Haslam (1982), la respuesta sexual y la respuesta de ansiedad podrían estar inhibidas por el Parasimpático y activadas por el Simpático.

Las disfunciones sexuales se presentan en cualquier individuo, en forma independiente de la edad, sexo, raza, religión, estado civil, etc. Son muchas y diversas las causas que conllevan a los trastornos de la respuesta sexual. Según Haslam (1982), el 60% de los

casos de trastornos de la respuesta sexual es debida una respuesta de ansiedad intensa, específica al encuentro sexual. Otro 30% está determinado por factores orgánicos, enfermedades psiquiátricas y alcoholismo.

Munjack y Oziel (1980), de la Unidad de Terapia Sexual del Sowerth California Medical Center (EUA), se refieren igualmente a una serie de causas que influyen en el funcionamiento sexual del hombre y la mujer, tales como procesos fisiopatológicos, factores bioquímicos y psicofisiológicos.

Autores como Verhulst y Heiman (1985), agrupan las causas de las disfunciones sexuales en tres grandes categorías, como son el Nivel Fisiológico, donde incluyen algunos medicamentos como los psicotrópicos, diuréticos, antihipertensivos, anticolinérgicos, cimetidina, etc. los cuales actúan como antiandrogénicos y pueden afectar el deseo sexual y la erección; también refieren las bebidas alcohólicas y las drogas como la heroína, cocaína, anfetaminas, etc. En segundo lugar, el Nivel Psicológico General, el cual es necesario evaluar cuando no hay causas claras diferentes a las antes señaladas, las cuales pueden ser desde problemas maritales hasta factores de personalidad, según que los síntomas se presenten de manera temporal o situacional como en el primer caso o durante toda la vida como en el segundo caso. Refieren Verhulst y Heiman (1985), que pueden considerarse factores situacionales a las pérdidas o ganancias importantes. Finalmente, el tercer nivel o nivel Psicosexual en el cual muchas veces los problemas sexuales están limitados a causas psicológicas independientes de la interacción sexual siendo uno de los factores más comunes la sensación de preocupación por la separación, manifestada por ansiedad constante, demandas, expectativas o asumiendo el rol de observador. Casi siempre (dicen estos autores) las causas psicológicas se manifestaron por una preocupación ante el desempeño sexual en relación con la función, los movimientos coitales o los toques o caricias, según un patrón previo. Esta presión

puede ser real o percibida solamente por el individuo o por su pareja, la cual lleva a la respuesta de ansiedad o pánico y quizás a una observación constante de su actuación sexual manifiesta por una pérdida sexual y afectiva en él o en ella.

I. Respuesta de ansiedad

La causa fundamental del trastorno de la respuesta sexual es la presencia de la respuesta de ansiedad concomitante con el ejercicio de la función sexual (Bianco, 1978), la cual establece una competencia entre ambas respuestas por el antagonismo entre las modificaciones fisiológicas que se producen en cada una, tanto a nivel vascular (vasocongestión y vasoespamo), como a nivel muscular (miotonia "in crescendo" e hipertonia) (Masters y Johnson, 1976). Tal proceso lo han tratado de explicar Redmon, et al. (1983), en su repone dedos casos de pacientes que han manifestado situaciones de ansiedad intensa por diversas razones, lo cual ha coincidido con la presencia de eyaculación espontánea. Los autores de dicho reporte, manifiestan que el proceso se produce por un mecanismo Noradrenérgico a nivel del Sistema Nervioso Central y recalcan que la mayoría de las publicaciones por ellos revisadas, se orientan hacia un punto de vista fisiológico, por lo que son más consistentes con la interacción entre ansiedad y actividad sexual. Una de las situaciones que produce mayor respuesta de ansiedad es la preocupación ante el desempeño de la función sexual siguiendo un patrón previo. Dicha presión puede llevar al paciente a una respuesta de ansiedad intensa o una situación de pánico (Verhulst y Heiman, 1985).

II. Adaptación Matrimonial

La causa más común de la falla en la erección en las disfunciones de pareja, es la pérdida del interés sexual asociado con la pérdida del deseo por el objeto amado a nivel cortical. Según Haslam (1982), este tipo de problema de pareja es la queja primaria en cuanto a disfunciones sexuales se refiere. Según Labby

(1985), en la aparición de los trastornos sexuales hay la influencia de factores sociales y psicosociales, como es la desaprobación de los jóvenes hacia las conductas sexuales de los padres o abuelos, por lo que algunas personas de edad consideran que no es "propio" de ellos tener deseo o actividad sexual; así mismo, el retiro o la pérdida de la pareja por accidente, enfermedad o muerte.

Kilman (1984), realizó un estudio en 48 parejas casadas, donde todas las mujeres tenían disfunción orgásmica secundaria, sin síntomas de dispareunia ni vaginismo y ninguno de los hombres tenía eyaculación precoz ni disfunción eréctil. Dicho autor encontró que hubo mayor insatisfacción a nivel de la frecuencia de la actividad sexual; las mujeres presentaron disminución de la obtención de placer en la actividad sexual y los hombres tenían un nivel de placer más elevado que los controles; así mismo, los hombres eran menos sensibles en la percepción de las preferencias de su pareja en contraste con los dos grupos de mujeres, en los cuales tanto las disfuncionales como las sexualmente sanas no diferían en cuanto a la mayor percepción de las preferencias sexuales de sus parejas. Kilman (1984), encontró además que hubo menor aceptación por parte de los hombres, de la respuesta sexual de su pareja, mientras que las mujeres tenían mayor aceptación de su pareja, en ambos grupos. En general, las parejas presentaron disarmonía e insatisfacción en la interacción sexual, por lo que las mujeres experimentaban poco placer; por su parte, los hombres, deseaban que sus parejas obtuvieran mayor placer pero eran incapaces de percibir sus limitaciones y se dedicaban a su propio placer sexual. En definitiva, las mujeres tenían disfunción orgásmica y los hombres estaban libres de disfunciones sexuales. Por lo tanto, la baja autoaceptación de tal incongruencia reportada por los hombres refleja expectativas no realistas de su propia respuesta sexual, ya que la autoaceptación de su propio placer fue mayor que en el grupo de parejas normales; sin embargo, ellos llegaron a creer que tal conducta podía aumentar el placer de su pare-

ja. Según Redmon et al., (1983) el ataque de pánico es quizás el elemento que mantiene el problema sexual cuando la persona se dice a sí misma "no soy capaz de complacer al otro". Un segundo factor que se presenta es cuando el poder y la intimidad son parte de la interacción sexual y en la cual se presentan conflictos territoriales en la pareja. Un tercer factor, es la existencia de historia de traumas o abusos sexuales, generalmente la mayoría de las víctimas son las mujeres, las cuales pueden presentar dispareunia, vaginismo o aversión al sexo, con dificultad para combinar el sexo y el amor. En algunos casos resultan cuadros clínicos confusos como los descritos por Verhulst y Heiman (1985), en el caso de una mujer exprostituta, la cual está felizmente casada pero presenta aversión a la actividad sexual. Algunas pacientes no recuerdan qué pasó, pero tienen la vaga sensación de que "algo malo" ha pasado; así mismo, el caso de la violación marital, la cual es más común de lo que se piensa.

III. Creencias Religiosas

Algunos autores como Liech-Mak en 1981, escriben sobre la influencia de las creencias religiosas como causantes de trastornos sexuales, tal es el caso de los hombre chinos con incompetencia eyaculatoria debido al necesario y obligante hábito de no realizar la eyaculación intravaginal, por una mala interpretación de la doctrina sexual Taoista y la creencia de que la pérdida de semen puede alterar su salud posteriormente, por lo que consideran deseable conservarlo. Por otra parte, Bhugra y Cordle (1986), describen la existencia de disfunciones sexuales en 32 pacientes asiáticos (23 hombres y 9 mujeres), casados, que acudieron al Leicester General Hospital (Reino Unido), entre 1977 y 1983. Se pudo observar que la duración de los síntomas osciló entre 6 meses y 25 años en los hombres y de uno a cinco años en las mujeres; el mayor porcentaje (14%) correspondió a la eyaculación prematura y a disfunción eréctil secundaria en los hombres y dispareunia (6%) y pérdida del interés sexual (7%) en las mujeres. Los datos publicados por Bhugra y

Cordle en 1986, contrastan con datos de pacientes blancos encontrados por otros autores, lo cual podría explicarse por la mayor pasividad, menor demanda y diferentes expectativas de las mujeres asiáticas, en general.

IV. Factores de Personalidad

Autores como Miller, McLoughlin y Murphy en 1982, realizaron una investigación en un grupo de 138 jóvenes estudiantes de secundaria (69 varones y 69 hembras, de los cuales 50 de cada grupo eran solteros), con la intención de correlacionar los trastornos de personalidad con las disfunciones sexuales, para lo cual utilizó cuestionarios específicos a la exploración de cada situación de estudio. Dichos autores encontraron que los individuos con una constelación específica de personalidad, tienen un alto riesgo de tener disfunciones sexuales y que existe, evidentemente, una relación entre los factores de personalidad y las disfunciones sexuales.

En un trabajo realizado por Pérez de G. (1987) se observó predominio de personalidad histérica en mujeres con vaginismo; sin embargo, el estudio de personalidad en los hombres no orientó hacia un tipo específico de Personalidad de Eysenck (introversión-extraversión), así como tampoco en el grupo de mujeres con disfunción orgásmica.

V. Enfermedades Psiquiátricas

Entre las enfermedades psiquiátricas, Haslam (1982) describe la Enfermedad Depresiva, asociada con la disminución de la actividad sexual, con falla para obtener el orgasmo en la mujer o disfunción parcial de la erección en el hombre. Así mismo, refiere que la Depresión Endógena está presente en el 2% de la población y se presenta particularmente en la edad media de la vida. Existen además otras causas de síntomas depresivos, por ejemplo los cambios hormonales en el hombre después de los 55 a 60 años, los cuales influyen en la disminución de la testosterona y se manifiesta en el climaterio con depresión, irritabilidad y

ansiedad (Labby, 1985). También aquellos asociados con neurosis o estados reactivos y con otras enfermedades físicas como anemia, mixedema, insuficiencia renal o hepática, desbalance electrolítico, etc. La depresión se puede presentar además, en la terapia con algunas drogas como los antihipertensivos o las fenotizinas, las cuales pueden interferir la función sexual por el sistema de las Monoaminas, especialmente la Dopamina, provocando hiperprolactinemia. Por otra parte, los pacientes con esquizofrenia pueden presentar trastornos de la función sexual, no sólo por la pérdida de la asociación debido al proceso de la misma enfermedad, sino por la medicación requerida, fundamentalmente con fenotiazinas. Algunos pacientes con neurosis o trastornos de personalidad también presentan, entre otros, impotencia durante un encuentro sexual considerado como normal, ya que son hombres con necesidades sexuales diferentes, por ejemplo, dificultad para mantener una relación heterosexual estable con otros adultos a nivel psíquico o que requieren condiciones sexuales especiales (Haslam, 1982).

Así mismo, se ha observado relación entre el trastorno de la respuesta sexual y la presencia de alteraciones psíquicas, tales como las descritas por Derogatis et al. en 1981, cuando se refieren a la presencia de depresión, ansiedad fóbica y somatización en hombres con eyaculación precoz. Así mismo, dichos autores describen la existencia de "distres psicológico" en mujeres con dispareunia y vaginismo, además de depresión y sensibilidad interpersonal manifestada por ansiedad, en mujeres con disfunción orgásmica.

V. Trastornos de la Ingesta

Se han descrito casos de pacientes con trastornos de la ingesta alimentaria, como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia, en los cuales se han observado problemas con respecto a la sexualidad y la conducta sexual, sobre todo en hombres, tal como lo describen Herzog et al. (1984). Dichos autores reportan

limitaciones de la actividad sexual mayor en los hombres que en las mujeres contemporáneas, incluidas en su investigación. Asimismo, reportan alta frecuencia de homosexualidad masculina (26%) comparada con el grupo de las mujeres (4%). Entre otras dificultades sexuales encontradas por estos autores, están el aislamiento y la inactividad sexual. En las mujeres con Anorexia Nerviosa predomina en cambio, la amenorrea secundaria, más que los trastornos de la respuesta sexual propiamente dichos.

VI. *Causas Orgánicas*

Entre las enfermedades físicas descritas por Haslam (1982), aparecen como causa local genital el hidrocele, varicocele, inflamación, prostatitis, dolor postvasectomía, enfermedades venéreas, enfermedad de Peironie, el priapismo, etc. Este último se presenta con más frecuencia por el uso de sustancias vasoactivas empleadas para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil, tal como se describe con el clorhidrato de papaverina, las fentolaminas y prostaglandinas E (Kursh y col. 1988, citados por Lomas y Jarow, 1992), las cuales producen diversos efectos colaterales, tales como erección dolorosa en el 30% de los casos con el uso de prostaglandina E (Levine y col. 1989; Jünemann y Alken, 1989, citados por Gerstenberg y col. 1992), dolor en el sitio de la inyección, hepatitis tóxicas o fibrosis de los cuerpos cavernosos (Kursh y col. 1988 y Benard y col. 1990, citados por Lomas y Jarow, 1992). Sin embargo, esta fibrosis y el priapismo como complicación más importante, han ido disminuyendo con el uso de otras sustancias o combinaciones de ellas, aunque persisten los factores de riesgo individuales, sobre todo con el priapismo inducido farmacológicamente. Entre dichos factores está la diabetes, impotencia neurogénica y psicogénica, esclerosis múltiple y paraplejas (Bociner y col. 1987, citados por Lomas y Jarow, 1992).

Entre las causas físicas generales de disfunción sexual se describe la diabetes, la artritis, alteraciones hormonales y endocrinas.

Así mismo, han sido descritas causas iatrogénicas como las producidas por uso de drogas antihipertensivas como los α -bloqueadores del tipo del propanolol y del tipo de las tiazidas usadas como diuréticos en el manejo de la hipertensión arterial; también con el uso de las fenotiazinas, con inhibidores de las monoaminooxidasas (IMAO) o con antidepresivos tricíclicos (Haslam, 1982). Entre estos últimos se describe el clorhidrato de fluoxetina, el cual produce disminución del deseo sexual y anorgasmia en la mujer ya que actúa como un potente bloqueador de la recaptación de la serotonina (Herman y col. 1990; Zajeeka y col. 1991; citados por Segraves, 1991). Asimismo, el clorhidrato de clorimipramina el cual es también inhibidor de la recaptación de la serotonina y es usado en el tratamiento de la depresión y del trastorno obsesivo-compulsivo, se ha reportado como de incidencia extremadamente alta en la producción de anorgasmia como efecto colateral (Montiero y col. 1985, citados por Segraves, 1991). Sin embargo, se ha demostrado que algunas drogas como el clorhidrato de ciproheptadina, el cual tiene efectos anticolinérgicos y antiserotonérgicos, contrarrestan la anorgasmia inducida por la fluoxetina (McCormick y col. 1991, y Segraves y col. 1989; citados por Segraves, 1991).

Por otra parte, los estudios realizados con drogas vasoactivas, sonografía dinámica doble, farmacocavernosografía, monitoreo de la tumescencia y rigidez peneana nocturna, en 174 pacientes con disfunción eréctil, han demostrado que la misma es a menudo, de causa orgánica (Karacand y More, 1982; Wespes y Schulman, 1987; citados por Knispel y Huland, 1992). Así mismo, un estudio realizado por Knispel y Huland (1992), en Alemania, en un grupo de 203 pacientes con disfunción eréctil, mostró que en 32.8% de ellos la causa de la falla eréctil era de origen vascular arterial y en 15.5% se debió a causas vasculares venosas. Así mismo, 13,8% se atribuye a factores neurogénicos y 34,5% a causas psicogénicas. Deben tomarse en cuenta los factores de

riesgo neurovasculares presentes, generalmente, en los antecedentes de estos pacientes con disfunción eréctil, entre ellos fumar más de 10 cigarrillos por día (37,4%), hipertensión arterial (22.7%), diabetes mellitus (10.8), hiperlipidemias (9,4%), alcohol (8.4%) y con historias de cirugía pelvica, traumatismos o antecedentes de enfermedad neurológica, 15.3% (Knispel y Huland, 1992).

La impotencia eréctil es atribuida generalmente a tres causas, entre otras, la enfermedad vascular, diagnosticada por Doppler para medir la presión de flujo sanguíneo peneal, cavernosografía farmacodinámica, arteriografía pudenda y prueba de tumescencia peneana nocturna; en segundo lugar, a trastornos neurológicos autonómicos y en tercer lugar a factores psicológicos, los cuales se reconocen por algunas pruebas utilizadas en los últimos años, tales como los potenciales evocados somatosensoriales pudendos y la inducción eléctrica del reflejo bulbo cavernoso, estimulación pudenda y respuesta simpática de la piel (Gingell, 1992). En una revisión sobre impotencia específicamente y sus diferentes causas, hechas por Gingell (1992), se refiere al complejo mecanismo veno oclusivo del pene humano. En el caso de la impotencia, el defecto se presenta a nivel de la túnica albugínea, en el tejido eréctil del cuerpo cavernoso mismo, el cual puede resolverse con la ayuda de la autoinyección de sustancias vasoactivas como la papaverina combinada con phentolamina y prostaglandina E₁, tomando siempre en cuenta los efectos colaterales.

Entre las disfunciones sexuales de causas orgánicas, se puede observar además, eyaculación retrógrada posterior a la prostatectomía o impotencia sexual posterior a la colostomía (Haslam, 1982).

REFERENCIAS

BELLA, WEINBERG M. KIEFER S.1982. Sexual preferences: Its development men and women. Am. J. Psychiat 139:959-960.

BHUGRA D, CORDLE C. 1986. Sexual Dysfunction in Asian Couples. Brit. Med. J. 292:111-112.

BIANCO, F. 1978. Sexología Clínica. Edit CIPPV. Caracas.

CALDERONE M. 1983. On the possible prevention of sexual problems in adolescence. Hosp. Community Psychiat 34:528-530.

CHEN T. 1992. Diuretic Therapy on Sexual Function. Arch. Intern. Med. 152:1097.

DEROGATIS L, MEYER J, KING K. 1981. Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. Am. J. Psychiat 138:757-763.

FURSTENBERG F, MOORE K, PETERSON J. 1985. Sex education and sexual experience among adolescents. Am. J. Pub. Health. 75:1331-1332.

GINGELL J. 1992. Impotence. Br. J. Surg. 79: 387-388.

GERSTENBERG T, METZ P, OTTESSEN B, FAHRENKRUG J. 1992. Intravenous Self-injection with vasoactive intestinal Polypeptide and Phentolamine in the management of erectile failure, J. Urology. 147:1277-1279.

HASLAM M. 1982. Psychosexual dysfunction. Br. J. Practitioner 226: 188-1886.

HERZOG D, NORMAN D, GORDON C., PEPOSE M. 1984. Sexual conflict and eating disorders in 27 males. Am. J. Psychiat. 141 : 989-990.

KILMANN P, MILLS K, CH, BELLA B, DAVIDSON E, WANLAAS R. 1984. The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. Arch. Sex. Behav. 13: 4149.

KIRKPATRICK M. 1984. Women's sexual experience: Explorations of the Drake Continent Am. J. Psychiat. 141:460461.

KNISPEN H, HULAND H. 1992. Influence of cause on choice of therapy in 174 patients with erectile dysfunction. J. Urology. 147: 1274-1276.

KORNFIELD R. 1985. Who's to blame: adolescent sexual activity. J. Adolesc. 8, 17-31.

LABBY D. 1985. Aging's effects on sexual function. Expected changes and treatable dysfunction. Post. Grad. Med. 7& 3243.

LIECH-MAK F. 1981. Ejaculatory incontinence in Chinese men. Am. J. Psychiat 138:685486.

LOMAS G, JAROW J. 1992. Risk Factor for Papaverine-induced priapism. J. Urology. 147:1280 - 1281.

MASTERS W, JOHNSON V. 1976. Respuesta sexual humana. Edit. Intermédica México, D.F.

McDERMOTT J, ROBILLARD A, CHAR W, HSU J, TSENG W, ASHTON G. 1983. Reexamining the concept of adolescent:

Differences between adolescent boys and girls in the context of their families. Am. J. Psychiat 140: 1318-1322.

MILLER G, McLOUGHLIN D, MURPHY N. 1982. Personality correlates of college students reporting sexual dysfunction. *Psychological Reports*. 51:1075-1081.

MUNJACK D, OZIEL J 1980. *Sexual Medicine and Counseling in Office Practice: A comprehensive treatment guide*. *Am. J. Psychiatry* 132 (2):251.

PEREZ DE G M. 1987. *Fantasías sexuales y personalidad en Pacientes con disfunciones sexuales*. Edit. Venezolana Consejo de Publicaciones. Universidad de Los Andes. 3007. Medicina. Mérida, Venezuela.

REDMOND D, KOSTEN T, REISER M. 1983. Spontaneous ejaculation associated with anxiety: Psychophysiological considerations. *Am. J. Psychiatry*, 140:1163-1166.

SEGRAVES R. 1991. Reversing Anorgasmia Associated with Serotonin Uptake inhibitors. *JAMA* 266:2279

SHEN J.1982. Adolescent sexual behavior. *Post Grad. Med.* 71:46-55

SMITH E, UDRY R. 1985. Coital and non coital sexual behavior of white and black adolescents. *Am. J. Pub. Health.* 75 (10):pp 1.200-1.203.

TIRADO O.1985. Bases biológicas del desarrollo psicosexual del adolescente *Bol. Med. Hosp. Infant Mex.* 42: 332-336.

VERHULST 3, HEIMAN 3.1985. Sexual dysfunction. A guide to evaluation and intervention. *Post Grad. Med.* 77 :295-303.

El Centro de Investigaciones Psicológicas de la ULA cumplirá 15 años

El Centro de Investigaciones Psicológicas es una unidad académica de investigación y docencia con tres misiones centrales: 1) Desarrollar la investigación psicológica (tanto básica como aplicada) que permita comprender cómo las variables motivacionales, actitudinales y de personalidad afectan la productividad, el rendimiento y la salud del venezolano; 2) Impartir docencia en el área de la Psicología de la Salud a los estudiantes de la Escuela de Medicina, así como adelantar programas de postgrado y de asessorías que estimulen el desarrollo del conocimiento psicológico, en las áreas de especialidad del Centro; 3) Ofrecer apoyo a las iniciativas de extensión (conferencias, seminarios, talleres, colaboración con otras instituciones), para proyectar la labor universitaria a los más diversos niveles del hacer nacional.

El Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes es, muy posiblemente, la unidad de investigaciones psico-sociales de mayor prestigio e influencia a nivel latinoamericano. Sus publicaciones (más de 105 monografías y 12 libros), los numerosos artículos de revistas y presentaciones en congresos, sus aplicaciones a nivel de la tecnología social de intervención, son altamente conocidos en los medios especializados de Brasil, Colombia, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Cuba y México.

De las últimas actividades del personal del Centro de Investigaciones podría destacarse su participación, en julio pasado, en el Congreso Iberoamericano de Psicología, donde el grupo llevó 27 ponencias, tanto de producción directa, como resultado de las numerosas asessorías que realiza.

En mayo de 1993 el **CIP**, como familiarmente se le conoce, cumplirá 15 años de existencia exitosa. **Medula** se complace en felicitar a todos los miembros de su personal docente y de investigaciones y hace votos porque una acción coherente, centrada en la voluntad de hacer verdadera labor universitaria, continúe recibiendo el apoyo y el respaldo de las autoridades.