

Por ejemplo en el caso de la disfunción eréctil que es un problema sexual sufrido por un 19% de varones. Sin embargo, puede ser tratada con eficacia en un adecuado periodo de tiempo. En distintas manifestaciones, tanto si esta disfunción se considera de origen orgánico y necesita ser supervisada desde la medicina, según las variables referidas por los pacientes; como si se aborda desde la terapia sexual basada en las manifestaciones psicológicas o los métodos de regulación emocional, podrá resolverse de manera adecuada y, proporcionando al paciente un cambio considerable en su calidad de vida y salud sexual.

La disfunción eréctil (DE) se experimenta cuando no se consigue la capacidad para mantener una erección completa durante la actividad sexual. Junto con la eyaculación precoz, son las disfunciones sexuales más frecuentes en varones. La DE puede estar producida o facilitada por una gran cantidad de alteraciones orgánicas, algunas que afecten directa o indirectamente el proceso fisiológico ligado a la excitación sexual y el desencadenamiento de los cambios que esta produce en los genitales del varón.

Si nos fijamos en las estadísticas, las patologías con causas orgánicas con las que más se asocia la disfunción eréctil son las enfermedades cardiovasculares y la hiperplasia benigna de próstata. Es decir, dos fenómenos que influyen directamente en el funcionamiento de los genitales (no hay que olvidar que la erección se produce cuando los cuerpos cavernosos se llenan de sangre) y de sus zonas aledañas.

Por otro lado, como sabemos, la disfunción eréctil se manifiesta estadísticamente muy vinculada a la edad, y afecta aproximadamente al 7% de los varones menores de 40 años, al 22% de los que tienen 40 años y, a uno de cada dos entre los que tienen 70 años. Sin embargo, clínicamente no puede reducirse la disfunción eréctil a un problema médico. En gran cantidad de ocasiones las principales causas son psicológicas, e incluso en los casos en los que hay una enfermedad orgánica, también las alteraciones emocionales suelen solaparse con los síntomas de esta última. Por este motivo, cuando se ofrece terapia a varones con problemas para conseguir erecciones, en las primeras fases de la intervención, en el IASP evaluamos la causa o causas de lo que está ocurriendo, buscando la focalización del origen del comportamiento. Desde ahí, es cuando podemos ofrecer soluciones personalizadas sin obviar los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales que juegan un posible papel en la aparición de este fenómeno.

Entre los aspectos psicológicos que pueden causar o favorecer la aparición y mantenimiento de la disfunción eréctil, tanto en nuestra experiencia en el IASP, como en los hallazgos de la literatura científica, son destacables:

Depresión.

Ansiedad durante el acto sexual o ansiedad de ejecución.

Pensamientos intrusivos relacionados con el fracaso a la hora de conseguir una erección.

Inseguridad con la propia desnudez y sexualidad.

Fenómeno de autoobservación.

Dinámicas relacionales conflictivas con las últimas parejas sexuales que se han tenido.

Por tanto, en el IASP disponemos de distintos modelos de intervención para pacientes con disfunción eréctil, que aplicamos dependiendo de las necesidades específicas de cada persona, aunque aportando siempre como eje sistémico, el uso del neurofeedback, que mantiene su eficacia terapéutica como soporte de la autorregulación de la ansiedad, parámetro fundamental en la manifestación psicológica de esta conducta:

1. Psicoeducación y educación sexual

Es necesario aportar al paciente la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad, la gestión de las emociones y los hábitos saludables que pueden prevenir disfunciones sexuales. Resulta muy útil para resolver la disfunción eréctil, sobre todo, en casos en los que está provocada por los miedos o "creencias".

2. Exposición en imaginación

Se basa en la realización de ejercicios de imaginación. Permiten controlar las emociones durante el transcurso de acciones clave, centradas en la sexualidad y la excitación sexual. De este modo es posible practicar la gestión de la ansiedad y de otras emociones en un "ambiente controlado". De este modo, se le va perdiendo el miedo al tipo de experiencias asociadas a la erección.

3. Mejora de la autoestima mediante reestructuración cognitiva

La baja autoestima está muy ligada a las disfunciones sexuales, es tanto una causa como una consecuencia. Por eso, es frecuente en terapia, que se trabaje para conseguir un nivel de autoestima más adecuado. La técnica y estrategia más relevante sería la reestructuración cognitiva.

4. Realización de un calendario de retos

Entre las sesiones de terapia, los pacientes deben llevar a cabo una serie de tareas en su vida privada. Estas metas están distribuidas temporalmente y diseñadas siguiendo una curva de dificultad ascendente y ajustándose al nivel de progreso a de la persona, lo que facilita que el paciente se sienta motivado por seguir mejorando.

Finalmente, como mencionamos con anterioridad, todos estos modelos de intervención, en el IASP van fundamentados sobre el soporte del neurofeedback. Esto contribuirá en la amplia diversidad de dificultades originadas por una mala regulación de la ansiedad. De este modo, el paciente se induce a un determinado estado mental, proporcionado por una serie de sensores que le permiten aprender a promover las operaciones psicológicas que le acercan a sus objetivos propuestos en determinados comportamientos.