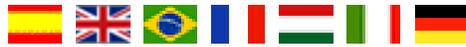


## INTERPRETACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LA IMPOTENCIA PSICO-SEXUAL<sup>1</sup>. (1908e).



**Sándor Ferenczi**

Son escasos los argumentos objetivos que se han aducido contra la interpretación y el tratamiento de las psiconeurosis según el método de Freud. Uno de ellos alude a que este tratamiento sólo consigue una acción sintomática. Puede suprimir los síntomas histéricos, pero no cura a fondo la histeria. Freud replica con toda justicia que la crítica es mucho más indulgente con los restantes tratamientos. Por lo demás, un análisis lo suficientemente profundo -que Freud compara a las excavaciones arqueológicas- puede provocar en el paciente una modificación de su personalidad tan importante que no tengamos ya derecho a considerarla patológica. Las observaciones de Jung y de Muthmann permiten concluir incluso que un análisis completo refuerza las defensas del individuo frente a nuevos traumatismos psíquicos, igualándolo casi con un individuo sano no analizado. Además sabemos que la gente normal conserva durante toda su vida determinado número de complejos de representaciones inconscientes rechazadas que, debido a un traumatismo, pueden irrumpir con toda su carga afectiva aumentando el efecto patógeno.

Por el contrario, la obligación de aportar semejante prueba desaparece cuando nuestra labor se limita a la reducción de *un solo síntoma*. Entre ellos, uno de los más difíciles es el tratamiento de la impotencia denominada psíquica.

Es tal el número de personas afectadas y tan grande su miseria moral, que continuamente he multiplicado mis tentativas para remediarla a base de tratamientos medicinales<sup>2</sup> y sugestivos.<sup>3</sup> Ambos métodos me han reportado algunos éxitos, pero nunca resultados verdaderamente satisfactorios. Por ello hoy estoy tanto más satisfecho cuanto que puedo aportar resultados más positivos, gracias al método psicoanalítico de Freud.<sup>4</sup> Antes de las consideraciones teóricas voy a exponer algunos casos concretos, reservando mis observaciones para la conclusión.

Un obrero de treinta y dos años acudió a mi consulta. Su proceder tímido, casi sumiso, anunciaba de entrada la “neurastenia sexual”. Inicialmente pensé que se encontraba abrumado por una culpabilidad surgida de la masturbación y sus consecuencias. Pero su mal era más serio: desde que se hizo adulto no había conseguido ninguna satisfacción sexual a causa de una erección imperfecta y de una eyaculación precoz. Había consultado a muchos médicos; uno de ellos, muy conocido por sus anuncios en la prensa, le había apostrofado brutalmente: “¡se debilita usted mismo, eso es lo que le ocurre!” El paciente, que había practicado el onanismo entre los quince y los dieciocho años, quedó firmemente convencido de que su impotencia era la consecuencia merecida e irremediable de su “crimen juvenil”.

Esta dolorosa experiencia le había alejado de los médicos durante un tiempo; más tarde realizó una nueva

1.- Conferencia pronunciada el 7 de noviembre de 1908 en la Real Sociedad de Medicina de Budapest.

2.- FERENCZI: *Sobre la farmacología neurológica*, “Gyógyászat”, 1906.

3.- FERENCZI: *Sobre el valor terapéutico de la hipnosis*, “Gyógyászat”, 1904.

4.- Mis fuentes literarias son el conjunto de la obra de Freud y los siguientes libros de dos médicos vieneses:

- Dr. Steiner: *Die funktionelle Impotenz des Mannes* (La impotencia funcional masculina), Wiener Med. Presse, 1907, parte 42.

- Dr. Steckel: *Nervöse Angstzustände* (Los estados nerviosos de la angustia), Viena, Braunmüller, 1908.

tentativa con otro médico que le aplicó el método privilegiado de la terapia sugestiva: la corriente eléctrica, con fuertes estímulos. Pero no obtuvo ningún resultado. El enfermo se hubiera resignado a su suerte de no haber encontrado recientemente una chica que le gustó. Esto fue lo que le decidió a realizar la “última tentativa”.

El caso es bastante simple; la anamnesis no contenía elementos significativos. Resultó que la impotencia estaba acompañada por un conjunto de síntomas neuróticos, fundamentalmente perturbaciones del sueño, pesadillas, hiperestesia auditiva, parestesias diversas y una hipocondría intensa; se trataba, pues, de una neurosis de angustia en el sentido señalado por Freud, provocada por la insatisfacción sexual y las frecuentes excitaciones incompletas. Pues el paciente, a pesar del fallo de su mecanismo de coito en el momento crítico, fantaseaba continuamente en estado de vigilia o entre sueños situaciones sexuales acompañadas de erecciones intensas. Este detalle me hizo sospechar que además de las consecuencias nerviosas de la abstinencia, el enfermo debía padecer también una psiconeurosis, debiendo buscarse la causa de la impotencia en un complejo de representaciones inconscientes cuya fuerza de interdicción, de inhibición, se manifestaba en el preciso instante del coito. Este estado morboso es muy conocido como “impotencia psíquica”; sabíamos que la inhibición resultante del temor interrumpía el paso del arco reflejo, intacto por lo demás. Sin embargo, se admitía de manera general que tal estado se explicaba por la simple “cobardía”, o al recordar un fracaso sexual, limitándose nuestra acción como médicos a tranquilizar y a dar ánimos, obteniendo por este medio, a veces, algunos resultados. Conociendo la psicología de Freud, no podía quedarme satisfecho con una explicación tan superficial; supuse que la impotencia no estaba determinada por el “temor”, sino por procesos mentales inconscientes de contenido bien definido, cuyas raíces se hallaban en la primera infancia, probablemente un deseo sexual infantil que, debido al desarrollo cultural, se había convertido en imposible e incluso en impensable. A todas mis preguntas en este sentido, el paciente respondió negativamente. No le había sucedido nada especial; nunca había hecho observaciones ni experiencias sexuales relacionadas con sus padres, su familia o su entorno social; en su infancia apenas se ocupó de “esas cosas”; nunca había mostrado tendencias homosexuales; le repugnaba la idea de poner en funcionamiento sus “zonas erógenas” (erotismo anal, oral); el exhibicionismo, el sadismo y el masoquismo le eran desconocidos. Lo más que admitió, bastante a disgusto, fue una predilección un tanto excesiva por los pies y zapatos femeninos, sin que pudiera proporcionar ningún dato sobre el origen de este atractivo fetichista. Naturalmente invité al enfermo a contarme al detalle cómo había adquirido sus conocimientos sexuales, sus fantasías de masturbación, el desarrollo de sus primeras tentativas sexuales fracasadas. Pero ni siquiera esta anamnesis profunda reveló algo que pudiera dar una explicación satisfactoria de su estado. Sin embargo, sabemos por Freud que una anamnesis, aun suponiendo la mayor franqueza y una excelente memoria en el paciente, no manifiesta la verdadera historia del desarrollo del individuo; la conciencia se apaña tan bien para “olvidar” los recursos y pensamientos penosos que únicamente al laborioso trabajo del análisis puede hacerlos surgir del escondrijo, conduciéndolos de nuevo a la conciencia. Así, pues, apliqué sin dudarle el método psicoanalítico.

El análisis confirmó rápidamente mis sospechas en cuanto a la psiconeurosis. Además de los síntomas mencionados, el paciente se lamentaba de diversas parestesias histéricas; posteriormente aparecieron muchos temas obsesivos: imposibilidad de mirar a los demás a los ojos, cobardía, complejo de culpabilidad, miedo al ridículo, etc.

Estas formaciones obsesivas son muy características de la impotencia sexual. La cobardía del impotente se explica por la difusión en el conjunto de la personalidad del efecto humillante de tal insuficiencia. Freud afirma acertadamente que la eficacia sexual configura toda la personalidad (Vorbildlichkeit der Sexualität). El nivel de seguridad en la eficacia sexual determina la seguridad del juicio y del comportamiento. Sin embargo, el sentimiento inmotivado de culpabilidad, tan importante en nuestro paciente, hacía sospechar la existencia de pensamientos en algún modo “verdaderamente culpables”, profundamente rechazados. Poco a poco reunió el análisis el material que me permitió descubrir la naturaleza de esta “culpabilidad”.

Desde el principio me sorprendió el acusado interés que el paciente manifestaba en sus sueños por las mujeres corpulentas “cuyo rostro no veía nunca”; le resultaba imposible consumir el acto con ellas, incluso en sueños: en el último momento, en lugar de la esperada polución, era presa de una intensa angustia y

se despertaba sobresaltado, víctima de pensamientos tales como: “¡Esto no puede ser!, ¡esta situación es impensable!” Tras estos sueños angustiosos se despertaba agotado, molido, sudoroso, latiéndole el corazón vertiginosamente, y pasaba un día malísimo.

El que durante el sueño no viera nunca el rostro de la mujer constituye un ejemplo típico de deformación onírica (“Traumentstellung”), cuyo objeto consiste en dejar en el anonimato a la mujer a quien se dirigen los pensamientos libidinosos. Por el contrario, el despertar sobresaltado indica una toma de conciencia inicial de “la imposibilidad de esta situación” con la mujer evocada en el sueño. La crisis de angustia es la reacción afectiva de la conciencia superior, al cumplimiento de este deseo.

Al parecer, un excelente poeta húngaro (Ignotus) ha descubierto la existencia de la deformación onírica y de la censura onírica, según se desprende del siguiente fragmento de un poema:

“... los sueños de un cobarde le descubren.  
La vida le golpea y le destroza con tanta saña  
que ni siquiera se atreve a soñar su ventura.”

A quienes su orgullo médico les impulsa a despreciar la literatura, les responderé, como lo he hecho en mi artículo titulado “El amor en la ciencia” (Gyógyászat, 1901), que las fuentes de nuestro conocimiento de la psicología individual no se hallan en los escritos médicos sino en las obras literarias y poéticas.

La prohibición que le impedía la satisfacción sexual era tan fuerte en nuestro enfermo que incluso en sus fantasías diurnas, en el momento de imaginar el acto, se censuraba y desviaba su pensamiento hacia otra cosa.

Freud me había señalado la frecuencia con que los impotentes repiten el sueño-tipo del examen, lo que también se da a menudo entre individuos de potencia normal; yo mismo he podido confirmar plenamente esta observación. Tales sujetos sueñan muchas veces a la semana que se examinan del bachillerato o de la licenciatura y que no pueden aprobar, a falta de una preparación suficiente. Esta incapacidad del sueño proviene del sentimiento de incapacidad sexual. Y probablemente también es una metáfora vulgar para significar el coito, lo cual explica que los impotentes que he tratado soñaran tan a menudo con armas de fuego enmohecidas o encasquilladas que disparaban mal, erraban el tiro, etcétera.

En los sueños de nuestro paciente aparecía con frecuencia una cierta crueldad activa; se veía cortando el dedo de alguien a dentelladas, mordiéndole el rostro, etc.; no resultó difícil hallar su origen en la hostilidad que experimentaba en su infancia hacia su hermano mayor, de veinte años, totalmente justificada por el comportamiento de éste para con él. La tendencia a la crueldad se manifestaba también en estado de vigilia, aunque enmascarada por la cobardía del paciente. Cada vez que se había mostrado cobarde ante alguien, por lo general superior, se pasaba muchos minutos fantaseando situaciones en las que daba pruebas de energía frente a esa misma persona, o bien le infligía diversos castigos corporales. Se trata de la manifestación de “l’esprit d’escalier” tan frecuente entre los psiconeuróticos cuyas fantasías quedan, por lo general, en estado de ensoñaciones eternas; en la próxima ocasión la vieja timidez volverá a reprimir el insulto furioso y a retener la mano dispuesta a golpear. La estrecha relación psicológica entre cobardía, crueldad e impotencia sexual es mostrada a la perfección por Ibsen en el personaje del *obispo Nicolás* (“Los Pretendientes”). Esta cobardía y esta timidez nacen del respeto que anteriormente compensó la rebeldía del niño contra los castigos corporales y el sermoneo de los padres y personas mayores.

Existiendo una relación fisiológica y una estrecha asociación de ideas entre las funciones de la eyaculación y de la micción, no es sorprendente que el análisis revelase cierta inhibición a la micción en el paciente. Era incapaz de orinar en presencia de otra persona. Cuando se encontraba solo en un urinario público lo hacía de forma normal y regular. Pero si entraba alguien se interrumpía al instante, “como si se hubiera cortado de golpe”. El singular pudor que mostraba ante los hombres me hizo concluir que su componente homosexual era superior al normal, como en la mayoría de los neuróticos. Pensé que su origen estaría relacionado con la persona de un hermano menor con quien compartió el lecho durante muchos años, y con quien concertó una alianza de defensa y ataque a las bromas del hermano mayor. Al hablar de “homosexualidad superior a

la normal”, quiero subrayar que la práctica psicoanalítica confirma la teoría de la bisexualidad, o sea, que la primitiva estructura bisexual del hombre no deja exclusivamente huellas anatómicas<sup>5</sup> sino también huellas psicosexuales que, bajo el influjo de circunstancias externas propicias, pueden llegar a ser dominantes.

Alertado por el análisis de casos similares, sospeché que la mujer corpulenta del sueño ocultaba a alguna pariente próxima del enfermo; pero éste rechazó indignado la sospecha y me hizo saber que sólo una de sus hermanas era corpulenta, precisamente la que menos aguantaba. Pero quienes hayan constatado, como yo, cuántas veces una simpatía penosa para la conciencia queda disimulada bajo una exagerada rudeza y malhumor, no se dejarán desarmar por tal información (“Ich hasse weil ich nicht lieben kann”,<sup>6</sup> Ibsen).

Poco después, el paciente me refirió una extraña alucinación hipnagógica que había sufrido tiempo atrás. Al dormirse, tuvo la impresión de que sus pies (que sentía calzados aunque estaban desnudos) se elevaban, mientras que su cabeza se hundía; le dominó la angustia, como le acontecía tan a menudo en los sueños, y despertó sobresaltado. Ya he mencionado su fetichismo respecto a calzado y pies; reemprendí el análisis profundo de las asociaciones, ideas y recuerdos del enfermo sobre el tema, y ello hizo surgir recuerdos largo tiempo olvidados y muy desagradables para él. La hermana corpulenta “a la que no aguantaba”, que le llevaba diez años, tenía la costumbre de hacerle atar y desatar sus zapatos cuando él tenía tres o cuatro años; también le hacía saltar a caballo sobre su pierna desnuda, desencadenando de este modo una sensación voluptuosa. (Se trataba indudablemente de un “recuerdo pantalla”, en el sentido de Freud; seguro que entre ellos había ocurrido algo más.) Cuando más tarde él pretendió reanudar los juegos antiguos, su hermana, ya con quince o dieciséis años, le reprochó este deseo, calificándolo de inmoral e inconveniente.

Pude entonces comunicar a mi paciente la firme convicción de que la base psicológica de su impotencia debía buscarse en su deseo rechazado, pero vivo aún de repetir esos actos, deseo que era incompatible con la “moral sexual civilizada”.

El paciente solo se convenció a medias y siguió negando. Pero al día siguiente vino a confesarme, muy contrariado, que reflexionando sobre todo lo anterior se había acordado de que en su juventud (de los quince a los dieciocho años), a menudo tomaba como objeto de sus fantasías para masturbarse la experiencia infantil con su hermana; fueron los remordimientos provocados por la inmoralidad de tales pensamientos los que le condujeron a abandonarlos; al mismo tiempo había dejado de masturbarse. Luego no había vuelto a pensar en ello.

Animé al paciente a proseguir sus tentativas de relación sexual durante el desarrollo del análisis. Poco después de la interpretación del sueño anterior, llegó con aire radiante y me hizo saber que la víspera, por primera vez en su vida, había conseguido un contacto sexual que terminó con orgasmo completo de duración normal: con la avidez característica de los neuróticos, repitió la hazaña dos veces más el mismo día, cada vez con una mujer diferente.

Prosiguió el tratamiento durante algún tiempo y me dediqué a analizar los restantes síntomas de su neurosis; pero como había alcanzado su objetivo principal no estaba lo suficientemente motivado para continuar, de modo que puse fin a la cura.

Para comprender este éxito terapéutico son precisas algunas explicaciones. La importante obra de Freud sobre el desarrollo de la sexualidad en el individuo (*tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad*) nos enseña que el niño recibe sus primeras impresiones sexuales de entorno inmediato y que tales impresiones determinan la elección ulterior del objeto sexual. A consecuencia de factores constitucionales o de circunstancias externas (por ejemplo, un niño muy depravado), puede ocurrir que la elección incestuosa quede fijada. Sin embargo, el incipiente sentido moral del individuo se defiende con todas sus fuerzas y rechaza los deseos contrarios a la moral. Al principio el rechazo es un éxito completo, como hemos visto en el caso precedente (“Período de defensa victoriosa”, Freud); pero bajo el efecto de las modificaciones orgánicas de la pubertad, o de las secreciones internas, puede renacer el deseo, haciéndose necesario un nuevo rechazo. En nuestro paciente, este segundo rechazo quedó señalado por la interrupción de la masturbación. Pero el rechazo

---

5.- FERENCZI: *Sobre los estadios intermedios de la sexualidad*, “Gyógyászat”, 1909.

6.- “Odio porque no puedo amar”.

entraña igualmente la eclosión de la neurosis, algunos de cuyos síntomas, entre otros, son la impotencia que databa de las primeras tentativas de coito y la aversión hacia su hermana mayor. El paciente era incapaz de realizar el acto sexual porque toda mujer le recordaba -inconscientemente- a su hermana, y no podía aguantar a su hermana porque -sin saberlo- veía en ella no sólo una persona de la familia sino también a la mujer, y la “antipatía” constituía la mejor de las protecciones. Sin embargo, el control del inconsciente sobre la personalidad física y psíquica del individuo no se mantiene más que hasta que el análisis desvela el contenido de los pensamientos que allí se ocultan. Cuando la conciencia consigue esclarecer el proceso, queda desbaratado el poder tiránico del complejo inconsciente; los pensamientos apartados dejan de ser un depósito de afectos sin posibilidad de abreacción y se integran en el encadenamiento normal de las ideas.

En el caso estudiado, la censura pudo ser engañada de este modo gracias al análisis; en consecuencia, la energía afectiva del complejo no se convirtió ya más en síntoma orgánico (inhibición sexual) sino que pudo desintegrarse bajo el efecto de la actividad de ideación y, como todos los afectos conscientes, desaparecer perdiendo su significación inadecuada.

La impotencia psicosexual proviene de una “fijación incestuosa”; lejos de ser una excepción, este origen es relativamente frecuente. Hallo la confirmación en los análisis de Steiner y de Steckel que han llegado a conclusiones idénticas. Puedo incluso citar otros casos. Un psiconeurótico en vías de curación (que sufría ideas obsesivas angustiosas y compulsiones) presentaba una impotencia sexual muy similar a la del enfermo anterior. El síntoma desapareció a los veintiocho años, tras seis meses de análisis, cuando salieron a la luz los pensamientos incestuosos infantiles dirigidos hacia su madre. Si añado que este paciente, entre sus complejos de representaciones inconscientes, alimentaba también ideas hostiles a su padre, hallaremos aquí una personificación típica del mito de Edipo cuya significación general para la humanidad también nos ha sido revelada por Freud.

Las raíces de la impotencia psíquica pueden remontarse a los pensamientos libidinosos rechazados en la infancia; no sólo se refieren a los parientes próximos, sino también a otras personas, basta con que hayan pertenecido de una u otra forma a la categoría de personas “respetables”. Pondré como ejemplo un enfermo de cuarenta y cinco años cuya crisis de angor cardíaca (angora pectoris nervosa), lo mismo que su insuficiencia sexual se explicaron por las fantasías irrespetuosas respecto a su difunta madre nutricia. La fijación incestuosa (si se puede hablar así respecto a personas que no son de la misma sangre) provenía de que la propia madre nutricia no había respetado en su amor por el niño los límites necesarios: hasta los diez años el niño había compartido su lecho y ella sufría sin protestar su ternura fuertemente impregnada ya de erotismo. Estos casos son los que me han hecho afirmar que “las tentaciones y los peligros que amenazan a la juventud provienen a menudo de sus propios padres y educadores”. Incluso iré más lejos: “no es raro que el niño sea la víctima de disimuladas actividades sexuales por parte de parientes mayores. Y no sólo pienso en los miserables habitantes de tugurios superpoblados, sino también en los de ambientes favorecidos en los que podía suponerse a los niños al abrigo de tentaciones”. El trágico papel desempeñado por la madre nutricia en la vida del paciente se confirmó a continuación; cuando, hace algunos años, el paciente manifestó su intención de casarse, la madre nutricia, con más de setenta años, se había suicidado de desesperación; él estaba persuadido de que se había matado porque había oído hablar muy mal de su novia. El drama había desencadenado las crisis de angor cardíaco que tomaron aquí el sentido literal de “sufrimientos del corazón”: un dolor moral transformado. La insuficiencia sexual existía desde la pubertad; había mejorado considerablemente por el análisis; sin embargo, aunque el enfermo había sufrido igualmente un tratamiento urológico, he querido señalar únicamente en este caso el aspecto patógeno.

Junto a los casos de inhibición psicosexual determinada por los complejos inconscientes, Steiner distingue otras dos categorías de impotencia masculina, que atribuye esencialmente bien a una debilidad congénita (“Minderwertigkeit”), bien a influencias post-pubertales. A mi parecer el valor de esta clasificación es más práctico que teórico.

Un estudio más detenido de los casos “congénitos” indica que gran número de ellos surge de la pseudo herencia. Los hijos de padres anormales están expuestos desde su infancia a influencias psicológicas anormales por parte de su entorno y reciben una educación falseada; son estas mismas influencias las que eventualmente determinarán más adelante la neurosis y la impotencia; sin ellas, el niño “tarado” hubiera podido ser un hombre normal.

Freud compara la patogénesis de la psiconeurosis a la de la tuberculosis. En la tisis la predisposición desempeña un papel importante, pero el verdadero agente patógeno es el bacilo de Koch, y si pudiera ser aniquilado nadie moriría por la sola predisposición. Las influencias sufridas en la infancia juegan el mismo papel en la neurosis que las bacterias en las enfermedades infecciosas. Hay que admitir que cuando la predisposición es muy clara, las influencias omnipresentes e inevitables de la vida ordinaria pueden bastar para provocar una incapacidad funcional, pero, sin embargo, podemos afirmar que son las influencias y no la predisposición las que determinan los síntomas de la neurosis; de ese modo, incluso en estos casos, la terapia analítica tiene ciertas probabilidades de responder. Queda por saber, si es ventajoso o no para la sociedad que individuos psíquicamente tan vulnerables puedan prolongar la especie.

A mi parecer la impotencia sexual psicosexual adquirida tras la pubertad sólo difiere en apariencia de la sustentada por complejos inconscientes. Si un sujeto capaz de efectuar normalmente el acto sexual durante cierto tiempo pierde esta facultad bajo el efecto de una causa ansiógena cualquiera (miedo a una infección, a la enfermedad, excitación sexual demasiado intensa, etc.), podemos suponer que subsisten en él complejos sexuales infantiles rechazados. De ese modo el efecto excepcionalmente intenso, patológico, del agente patógeno, es debido al afecto unido a tales complejos y desplazado hacia la reacción actual.

Desde el punto de vista práctico, Steiner tiene razón al aislar este grupo, pues, como ha señalado muy oportunamente, pueden tratarse estos casos tranquilizando al paciente, aplicándole cualquier terapéutica sugestiva, o bien mediante un análisis bastante superficial (que es simplemente la antigua catarsis, según Breuer y Freud, la “abreacción”). Sin embargo, tales tratamientos carecen del valor profiláctico de un psicoanálisis más profundo; los análisis de Muthmann, Frank y Bezzola resultan menos eficaces. Tienen, sin embargo, la ventaja –igual que el procedimiento sugestivo- de imponer una carga menos pesada tanto al enfermo como al médico.

Un análisis superficial de este tipo sanó a un joven paciente mío que había quedado impotente a consecuencia de una gonorrea, por temor a la infección, y también a otro de mis pacientes afectado de impotencia tras haber visto un flujo menstrual.

Un hombre de treinta y seis años recobró la confianza en sí mismo tras haber sido animado y tranquilizado mediante la sugestión: muy activo anteriormente en el plano sexual, se había vuelto impotente cuando una unión legal le había impuesto la obligación de cumplir su “deber” conyugal. En este caso, sin embargo, proseguí el análisis incluso tras el restablecimiento de la función: descubrí los siguientes hechos: el paciente a los tres o cuatro años, e instigado por un adulto, había masturbado los órganos genitales de una niña de su edad; la niña, al mismo tiempo, con un pequeño clavo de madera de los que usaba el padre del paciente, un tonelero, para reparar los toneles agujereados, le había taladrado el prepucio. Sufrió mucho y fue necesaria una intervención quirúrgica para extraerle el clavo. Al miedo se había unido la humillación, sus camaradas barruntaron la aventura y le llamaban “el clavero”. Se tornó sombrío y taciturno. Al llegar la pubertad le sobrevino el temor de que la cicatriz redujera su potencia; pero tras algunas dudas iniciales obtuvo un cierto éxito. Sin embargo, el miedo a no poder satisfacer las obligaciones sexuales constantes en el matrimonio le afectaba hasta el punto que llegó a una inhibición total de la función.

Este caso es instructivo por muchos conceptos. Demuestra que, aunque la potencia funcional quede establecida tras la desaparición de las ideas angustiosas, no puede decirse que el temor sea la única causa de la inhibición; es incluso probable que en este caso como en otros similares el temor del momento sólo sea patógeno porque se convierte en objeto de un desplazamiento afectivo cuyo origen está oculto en el inconsciente. El análisis superficial, los métodos sugestivos han debilitado el síntoma simplemente, reduciendo la sobrecarga que soporta el aparato neuro-psíquico a un nivel en el que el paciente puede estabilizarse por sí mismo. Además este caso muestra cómo las experiencias sexuales infantiles ajenas a la fijación incestuosa, cuando van acompañadas de una humillación intensa, pueden también originar una inhibición psicosexual ulterior.

Hay un modo de humillación sexual infantil que merece una mención especial, dada su importancia práctica; se trata de la humillación que inflige el entorno al niño sorprendido en plena masturbación, cuyo efecto deprimente se aumenta con los castigos corporales y la amenaza de enfermedades mortales que la acompañan. Pero no puede reprocharse a los padres y a los educadores el que utilicen un método poco delicado y dañino para el porvenir del niño cuando algunos médicos lo aprueban y lo aplican a sus propios

hijos. Sin embargo, Freud ha demostrado que la manera de deshabituarse al niño del onanismo afecta de modo determinante al desarrollo ulterior del carácter o de la neurosis. El aislamiento psíquico de los niños frente a los problemas sexuales, el rigor excesivo en la represión de los hábitos infantiles, el temor y la humillación, el respeto abrumador y la obediencia ciega impuesta por los padres, a menudo sin justificación, contribuyen a conseguir una verdadera producción artificial de futuros neuróticos e impotentes psicosexuales.

En definitiva, mi concepción de la impotencia funcional masculina es la siguiente:

1.- La impotencia psicosexual es el síntoma parcial de una psiconeurosis según la tesis de Freud, es decir, que se trata siempre de la manifestación simbólica del recuerdo de acontecimientos sexuales vividos en la primera infancia y después arrumbados en el inconsciente, del deseo inconsciente de repetirlos y del conflicto psíquico que resulta de todo ello.

2.- En el caso de la impotencia sexual, tales recuerdos y deseos se refieren a personas o a representaciones de modos de satisfacción sexual incompatibles con la conciencia del adulto civilizado. La inhibición sexual es pues una prohibición surgida del inconsciente, que al principio sólo pretendía un determinado modo de satisfacción sexual, pero que, para dificultar con más seguridad la reaparición asociativa del recuerdo o del deseo, se ha extendido a toda la actividad sexual.

3.- Los hechos sexuales de la primera infancia que determinarán ulteriormente la inhibición, pueden ser traumatismos psicológicos graves: pero cuando la predisposición a la neurosis es mayor, las impresiones aparentemente benignas e inevitables en nuestras condiciones de vida pueden acarrear las mismas consecuencias.

4.- Entre las causas patógenas que determinan la impotencia psicosexual, ocupan un puesto privilegiado la fijación incestuosa y la humillación sexual infantil.

5.- La acción inhibitoria del complejo rechazado puede manifestarse a partir de la primera tentativa sexual y convertirse en permanente. En los casos más benignos la inhibición sólo aparece más adelante, con ocasión de un acto acompañado de aprehensión o de una excitación particularmente intensa. Incluso en estos casos, un análisis suficientemente prolongado indica que al lado (o, con más exactitud, detrás) de la causa deprimente concreta se ocultan, como en los casos graves, los recuerdos sexuales infantiles rechazados y las fantasías inconscientes asimiladas a ellos.

6.- La comprensión *integral* de los casos de impotencia psicosexual sólo es posible con ayuda del psicoanálisis de Freud. En los casos de mayor gravedad es difícil obtener la mejoría por otro camino; en los más benignos, pueden también valer los métodos sugestivos o un análisis superficial.

7.- La psiconeurosis, de la que la impotencia funcional es un síntoma parcial, está por lo general complicada con los síntomas de una neurosis concreta (neurosis de angustia, neurastenia).

Naturalmente todas estas observaciones e interpretaciones sólo son válidas en los casos de impotencia de origen exclusivamente psicógeno, y no en los casos de incapacidad fisiológica u orgánica; sin embargo, resulta frecuente aquí la asociación de estados morbosos orgánicos y funcionales.

**(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III, cap. I. “Interpretación y Tratamiento Psicoanalítico de la Impotencia Psico-Sexual “. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).**

*Volver a Selecciones Ferenczianas*

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).