



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

DISFUNCIÓN ERÉCTIL POSTRAUMÁTICA: "EL QUE NO ACEPTA SU REALIDAD"

Pablo José Ortega Morales, María del Mar Magán Magán, María del Carmen López López.

paormo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Paciente de 34 años que sufrió 4 meses antes un accidente de circulación in itinere con su moto de reparto. Atendido por mutua laboral con resultado de trauma cerrado con estallido testicular izquierdo que precisó ingreso para orquiectomía con posterior recuperación en la que aquejaba problemas con la erección y eyaculación, siendo valorado por endocrinología y urología de la mutua descartándose la existencia de causa orgánica (Estudio hormonal, Ecografía y Eco-doppler normales) y ofertándole posibilidad de implantar prótesis testicular que declinó, instaurándole tratamiento con sildenafil con poco éxito.

MOTIVO DE CONSULTA

Al mes de Alta de la mutua, acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de ansiedad que se acompaña de tristeza, desesperanza y anhedonia de 2 meses de evolución.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales de fracturas diversas en mano derechas y fémur izquierdo por accidentes de moto previos y hernia de hiato que trata con IBP en determinadas temporadas.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente soltero, heterosexual, con una hija de 16 años de una pareja con la que rompió la relación hace 4 años y con la que comparte la custodia y mantiene aparentemente una buena relación. Actualmente con parejas esporádicas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con cuadro de ansiedad que se acompaña de tristeza, desesperanza y anhedonia de 2 meses de evolución que solicita ayuda por imposibilidad para mantener la erección y conseguir la eyaculación a pesar de tratamiento, ocasionándole un sentimiento de insatisfacción propia, al que acompaña un pensamiento repetitivo de "*no dejar satisfecha a la pareja sexual*" que le lleva a retraerse a la hora de establecer nuevas relaciones con el sexo contrario. Se le diagnóstica de depresión reactiva.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL POSTRAUMÁTICA: "EL QUE NO ACEPTA SU REALIDAD"

EXPLORACIÓN FÍSICA

Cicatriz quirúrgica en escroto izquierdo y ausencia de teste en su interior.

EXPLORACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

No presenta alteración sensitiva, ni motora, sin problemas de memoria, ni de la percepción, ni del lenguaje, ni del nivel de conciencia, ni del pensamiento, ni de la conducta, con buena orientación temporoespacial. En lo que respecta al estado emocional se observan síntomas negativos con hábito depresivo y baja autoestima. Su red social siempre ha estado a su lado durante la recuperación aunque el paciente no ha compartido con nadie de su entorno por vergüenza su disfunción eréctil. El paciente muestra dificultades para la concentración en actividades de la vida diaria.

TEST REALIZADOS

- Escala de Autoestima de Rosenberg: en el inicio calificación de 23 llegando al final del tratamiento a una puntuación de 34.
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: en el inicio calificación de 8 y 6 respectivamente, mejorando a 3 en la escala de ansiedad y 1 en la escala de depresión al final del tratamiento.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico diferencial se realizó con Disfunción eréctil de causa orgánica, Trastorno de estrés postraumático o Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso-depresivo.

TRATAMIENTO Y TERAPIAS APLICADAS

Tras descartar la presencia de factores orgánicos que pudiesen explicar la disfunción (Estudio hormonal, Eco-doppler y Ecografía) y el fracaso terapéutico con el uso de Citrato de sildenafil, se inició tratamiento por Unidad de Salud Mental con benzodiazepinas e ISRS con posterior reducción de las benzodiazepinas, realizando un proceso de integración al mismo tiempo mediante psicoterapia psicodinámica y cognitivo-conductual.

EVOLUCIÓN

Tras tratamiento con ISRS y psicoterapia, teniendo en cuenta las dificultades de realización de esta última al no poder trabajar con el paciente y la pareja por no tener éste una relación estable, se decide una vez avanzadas las sesiones de salud mental ofertar de nuevo al paciente la

DISFUNCIÓN ERÉCTIL POSTRAUMÁTICA: "EL QUE NO ACEPTA SU REALIDAD"

posibilidad de implantarle una prótesis testicular que finalmente acepta, experimentando una mejoría tras varios meses de sesiones que incluso le hace solicitar reducir dosis de medicación antidepressiva. En esta fase, de 9 meses de evolución, vuelve a tener necesidades y deseo por las cosas de la vida, realizando sus actividades diarias con mayor grado de concentración. Se emite Alta por salud mental para seguimiento por Atención Primaria, que a los 12 meses suspende tratamiento con ISRS, sin experimentar hasta la fecha recaída.

ACTUALIZACIÓN SOBRE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE CAUSA PSICÓGENA

Aunque la mayoría de las personas asumimos el proceso de envejecimiento, aceptar un cambio brusco en nuestra imagen corporal puede resultar un obstáculo difícil de superar. Si a este hecho añadimos la forma de producirse el cambio y las consecuencias que esto conlleva en lo que a problemas sexuales se refiere, la situación a la que nos tenemos que enfrentar es dolorosa y para la resolución se necesita tiempo. De hecho, la escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe que mide el grado de Stress que producen los distintos acontecimientos vitales, le otorga, a la enfermedad personal de nuestro paciente 53 unidades de cambio vital (UCV) y a los problemas sexuales 39 UCV; juntos suponen 92 UCV.

Cuando un paciente sufre un acontecimiento traumático e inesperado, aparece un proceso normal de conmoción inicial seguido de negación en el que los sentimientos se hacen más intensos e impredecibles, afectándose los patrones de pensamiento y comportamiento, con reacciones emocionales recurrentes que intensifican los síntomas físicos previos y afectan a las relaciones interpersonales.

Por existir un símil en el resultado estético y en las posibles conclusiones con el caso que nos ocupa, son diversos los estudios realizados en pacientes con cáncer testicular que precisaron orquiectomía en los que se analiza la relación existente entre el cambio estético y el desarrollo de disfunción eréctil posterior a causa de la ansiedad por dicho cambio. En todos se recalca la presencia de sentimientos de pérdida, vergüenza y malestar asociado a orquiectomía, así como un aceptable grado de satisfacción con la implantación de prótesis.

Una intervención correcta en lo que a disfunción eréctil se refiere, precisa de la identificación etiológica y una vez descartada la causa orgánica, el estudio de las causas psicógenas presentes. En diversos documentos de consenso se diferencian 3 tipos de factores psicógenos:

- Factores psicógenos predisponentes: Facilitan la aparición (Baja autoestima, Miedo al compromiso, Ambiente familiar problemático, Personalidad ansiosa,...).
- Factores psicógenos precipitantes: Desencadenan la aparición (Fracaso previo, Pareja exigente, Depresión, Reacción a causas orgánicas, Expectativas inalcanzables,...).
- Factores psicógenos mantenedores: contribuyen a la instauración de la disfunción como respuesta automática ante el estímulo sexual (Inseguridad, Sentimiento de culpa, Miedo al fracaso, Ansiedad ante la idea real del coito,...).

DISFUNCIÓN ERÉCTIL POSTRAUMÁTICA: “EL QUE NO ACEPTA SU REALIDAD”

La experiencia ha llevado a que los especialistas consideren fundamental la intervención sobre los factores psicógenos mantenedores, únicos responsables de la disfunción y sus recaídas cuando los otros factores están resueltos.

Por último, una intervención eficaz hace necesaria la colaboración entre niveles, con una coordinación entre Atención primaria y especializada acorde a los momentos actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrás Valls, J. J. La disfunción eréctil desde la sexología, En A. Allona Almagro (coordinador): Asistencia integral en la disfunción eréctil. Saned. Madrid. 2001.
2. Olmeda García B, Chavelas Hernández D, Arzate-Mireles CE, et al. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. GAMO 2010; 9(5):208-214.
3. Federación Española de Sociedades de Sexología. Salud sexual: la disfunción eréctil tiene tratamiento. X Congreso Español de Sexología, 2008. Disponible en <http://fess.org.es/web/actividades.php>.
4. Navarro Abal Y, Climent Rodríguez J. A. Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido. C. Med. Psicosom Nº105, 2013.
5. Pomerol Monseny J. M. Disfunción eréctil de origen Psicógeno. Arch. Esp. Urol. 2010. 63(8): 599-602.