

ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PSIQUIATRÍA

La participación del médico psiquiatra en el abordaje de la disfunción eréctil (DE) se centra en tres tipos de pacientes, según el origen de la disfunción:

Pacientes con DE “funcional” o “psicógena”

Son aquellos en que los mecanismos fisiológicos de la erección se hallan aparentemente íntegros y la disfunción se debe a una inhibición psicógena en la que pueden estar involucrados al menos dos mecanismos:

- Estímulos provenientes de la corteza y los núcleos cerebrales transmitidos a la médula sacra pueden inhibir la erección refleja, tal como ocurre si existe una anticipación negativa o un miedo al fracaso durante la fase de excitación.
- Un excesivo tono simpático con elevación de las catecolaminas circulantes puede incrementar el tono constrictor, contrarrestándose los mecanismos de relajación del músculo liso cavernoso, como puede ocurrir en situaciones de estrés o de elevada ansiedad.

Ambos mecanismos pueden actuar en cualquier individuo, en ausencia de factores psicopatológicos.

Pacientes con DE “mixta” orgánica-psicógena

En los que una serie de factores psicológicos se suman a la etiología orgánica. Estos factores psicológicos pueden ser:

- **Mantenedores.** La DE se inicia por un factor orgánico que luego desaparece (un fármaco que se retira o un problema de salud que se estabiliza), pero la disfunción se mantiene, en ausencia del factor originario, por la inhibición funcional.
- **Agravantes.** Existe un trastorno orgánico de base que afecta al mecanismo erectivo de forma parcial, pero los factores funcionales dan lugar a una disfunción total o mucho más severa que la explicable por el factor orgánico.
- **Acompañantes.** Son aquellas reacciones psicológicas que acompañan a cualquier enfermedad, tales como la pérdida de autoestima, el miedo a las consecuencias de la actividad sexual (al dolor, a una recaída) o la creencia de que aquella enfermedad o cirugía han resultado invalidantes para una conducta sexual normal.

Dado que estos procesos se presentan en todos los pacientes con DE de etiología orgánica, la decisión respecto a la necesidad de atención psiquiátrica debe tomarse atendiendo a su relevancia en el contexto de la disfunción que se está tratando.

Pacientes con DE y psicopatología activa

Algunos trastornos psicopatológicos interfieren directamente con el mecanismo erectivo a través de alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario, como ocurre en los trastornos depresivos. Otros, alteran la vivencia y el comportamiento sexual, como ocurre en el trastorno obsesivo compulsivo o los trastornos psicóticos. En muchas ocasiones, la DE tendrá su origen en los fármacos usados para tratar estos trastornos. Cuando uno o varios de estos supuestos interfieren de forma evidente en el origen o el abordaje terapéutico de la DE, ésta debe ser objeto de atención psiquiátrica.

El psiquiatra debe tener en cuenta que un amplio porcentaje de sus pacientes puede verse afectado por una DE. En la depresión, la incidencia de DE oscila entre el 18-35%. En depresiones muy severas algunos autores han llegado a considerar cifras cercanas al 90%, aunque este porcentaje probablemente está contaminado por los efectos secundarios de los fármacos y por la disminución del deseo sexual presente en depresiones graves¹.

Se ha comunicado una incidencia de DE del 46,7% en pacientes con esquizofrenia².

En cuanto al tratamiento con psicofármacos, una media del 29,5% de los varones desarrolla una DE al iniciar un tratamiento con ISRS. La paroxetina es la que presenta una tasa más alta, del 41,4%. También se ha comunicado una incidencia de DE del 50% en los tratados con clomipramina, siendo esta tasa dosis-dependiente, amén de un 36,3% en el caso de la venlafaxina y un 44,2% de los pacientes tratados con risperidona^{3,4}.

PROPUESTA DIAGNÓSTICA

El especialista en Psiquiatría debe llevar a cabo, además de la historia médica general del paciente, la siguiente evaluación:

Evaluación psicológica

Ansiedad, depresión, fobias, trastorno obsesivo y trastornos de la personalidad, que puedan estar relacionados con el problema sexual.

Evaluación sexológica

Historia sexual, incluyendo factores educativos, religiosos y actitudes sexuales; relaciones sexuales actuales, incluyendo frecuencia, estímulos aversivos, pensamientos y fantasías sexuales, creencias sexuales erróneas y disfunciones sexuales asociadas; problemas derivados de la actitud de la pareja sexual y de la propia relación de pareja e historia del problema sexual concreto. Algunos instrumentos para valorar estos aspectos son el Inventario de Interacción Sexual de LoPiccolo o el Cuestionario de Satisfacción Sexual de Rust y Golombock (G.R.I.S.S.), aunque no están validados en castellano. Sí lo está el Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)⁵.

Diagnóstico diferencial

El factor que mejor discrimina la organicidad o la psicogenicidad es la presencia de erecciones matutinas o nocturnas claramente apreciadas por el paciente. Puede valorarse también la presencia de erección en circunstancias sexuales no coitales, como son el juego previo o la masturbación. Otros aspectos a tener en cuenta son la edad y la forma de presentación, que suele ser brusca para la DE psicógena y lenta o insidiosa para la orgánica (excepto en el caso de una rotura de cuerpos cavernosos). Una valoración cuidadosa de estos aspectos, junto con el historial médico del paciente y la atención hacia los factores de riesgo, puede proporcionar una discriminación diagnóstica muy fiable. Como ayuda diagnóstica, el psiquiatra puede solicitar también una analítica básica (ver documento troncal).

PROPUESTA TERAPÉUTICA

Es obligatorio que el psiquiatra lleve a cabo lo que llamaríamos una “intervención general” ante cualquier paciente con DE, consistente en tranquilizar, suministrar información sexual correcta y modificar creencias y expectativas erróneas. A nivel específico, puede decantarse por una o varias de las siguientes:

Terapia sexual

Cuyas líneas básicas (prohibición de coito, focalización sensorial, pérdida voluntaria de erecciones, no expectativas de respuesta, etc.) deben ser conocidas por el psiquiatra. Para que existan ciertas garantías de éxito se precisará, además, de una serie de condiciones⁶:

- Que exista una pareja estable y colaboradora.
- Que ambos posean un nivel cultural mínimo que les permita entender cuales son las causas del problema y los objetivos que se persiguen.
- Que ambos sean capaces de asumir cambios de actitud.
- Que no presenten una psicopatología grave de fondo.
- Que sea posible eliminar o matizar aquellos factores que generan expectativas de erección (deseo de sexualidad coital únicamente, deseo de fertilidad inmediata, pareja sexualmente exigente, etc.)⁷.

Terapia farmacológica

Está indicada cuando no se cumplen las condiciones anteriores, cuando ya ha fracasado una terapia sexual previa o cuando el paciente se halla demasiado bloqueado para intentar un abordaje psicológico. La terapia farmacológica puede ser empleada conjuntamente con la psicológica, de cara a obtener unos resultados iniciales que permitan avanzar en el tratamiento psicológico desde una perspectiva de mayor seguridad y confianza por parte del paciente.

El tratamiento de primera elección son los fármacos por vía oral.

Sildenafil: a pesar de la eficacia demostrada por el sildenafil (76% de mejora en pacientes depresivos)⁸, determinados pacientes pueden bloquear la acción del fármaco, por lo que se aconseja acompañar su prescripción con una serie de pautas:

- No es preciso tomarlo “justo” una hora antes. Esta pauta comportará problemas a los pacientes más obsesivos.
- Intentar olvidar la toma y no estar anticipando negativamente la relación sexual.
- No poner a prueba el fármaco, ya que ello conlleva poner a prueba la erección.
- Centrar la atención en los aspectos eróticos y no en el resultado.

Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil

Documentos de especialidades:

Psiquiatría

- No hacer caso de posibles fracasos en las primeras tomas.

Si el paciente no presenta ningún trastorno orgánico de base, se tenderá a disminuir la dosis de sildenafil hasta su completa retirada, una vez que el paciente haya recuperado la confianza en su funcionamiento sexual y se hayan abordado los problemas concomitantes.

Una segunda opción terapéutica o tratamientos de segunda línea son las drogas vasoactivas intracavernosas, siendo la más utilizada el alprostadil intracavernoso (5 a 20 µg), aunque para su prescripción se requiere un entrenamiento previo del paciente. Tanto médico como paciente deben conocer y saber manejar los posibles efectos secundarios inmediatos: hematoma local, dolor, ardor o presión y, en muy pocos casos (1,3%) priapismo y los efectos secundarios a largo plazo: fibrosis de los cuerpos cavernosos o disminución-pérdida de la eficacia que obligue a incrementar dosis o utilizar combinaciones de fármacos. Por ello, la prescripción de alprostadil intracavernoso debe reservarse para psiquiatras especialmente familiarizados con el fármaco y con capacidad de respuesta ante sus posibles complicaciones, bien autónomamente o en coordinación con el urólogo/andrólogo experto en DE.

Corresponde también al psiquiatra la evaluación y tratamiento de la DE provocada por psicofármacos. La estrategia básica ante un paciente con DE secundaria a psicofármacos consiste, en primer lugar, en intentar reducir la dosis o sustituir el fármaco por otro que no afecte a la función eréctil. Si ello no es posible, debe plantearse el uso de coadyuvantes: bromocriptina (si existe una hiperprolactinemia) o sildenafil, cuya eficacia en revertir la DE inducida por ISRS se halla bien documentada^{9,10}.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

De forma genérica se podría decir que la derivación es necesaria en casos en los que se requiera el uso de tratamientos de segunda y tercera línea.

Además, si tras el proceso de diagnóstico diferencial descrito anteriormente, siguen existiendo dudas o bien si se sospecha de forma clara la existencia de algún trastorno orgánico, debe procederse a la derivación del paciente:

- Al urólogo/andrólogo experto en DE para la valoración de los posibles factores orgánicos.

- Al especialista correspondiente (urólogo/andrólogo experto en DE, angiólogo, endocrino o neurólogo) si se conoce con certeza el factor orgánico implicado en la DE. Los psiquiatras familiarizados con las técnicas diagnósticas usadas en la DE (registro nocturno o estimulación visual mediante Rigiscan con o sin fármacos vasoactivos, Eco-Doppler, electromiografía, cavernosografía) pueden solicitar estas pruebas para descartar organicidad o para derivar directamente al especialista que corresponda.
- En cualquiera de los casos anteriores, en los que hayan fracasado las medidas terapéuticas adoptadas y se precise pasar a tratamientos de segunda o tercera línea.
- En aquellos casos en que el psiquiatra no está suficientemente familiarizado con la atención a este tipo de pacientes.
- En el caso de psicólogos y psiquiatras sin formación en sexología, cuando consideren necesaria la intervención de un sexólogo para realizar terapia sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feldman HA, Glodstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study (MMAS). *J Urol* 1994;151(1):54-61.
2. Teusch L, Scherbaum N, Bohne H, Bender S, Eschmann-Mehl G, Gastpar M. Different patterns of sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. Results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone opiate addicts. *Pharmacopsychiatry* 1995;28(3):84-92.
3. Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Psicofármacos y función sexual (1ª edición) Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2000.
4. Hylan TR, Meneades L, Crown WH, Sacristan JA, Gilaberte I, Montejo AL. Disfunción sexual asociada al uso de psicofármacos. Importancia actual y posibilidades terapéuticas¹. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27(Supl 1):22-35.
5. Bobes J et al. Adaptation and validation of the spanish version of the changes in the Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Methodology and results. *Biométrica*, 1998.
6. Forá F, Farré JM. La prostaglandina E₁ intracavernosa en el abordaje psicológico de la disfunción erectiva. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 1996;37:34-41.
7. Farré JM, Lasheras MG, Lozano M. Disfunción eréctil psicógena y mixta: Estudio de seguimiento terapéutico. *Actas Esp Psiquiatr* 2002. En prensa.
8. Hardgrave TB, Edinburgh UK for the Sildenafil Study Group. Efficacy of sildenafil in the treatment of erectile Dysfunction in patients with depression. Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum, Julio 1998.
9. Schaller JL, Behar D. Sildenafil citrate for SSRI-induced sexual side effects. *Am J Psychiatry*, 1999;156(1):156-157.
10. Nurnberg HG, Gelenber A, Hardgreave TB, Harrison WM, Siegel RL, Smith MD. Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1926-1928.