

DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ALCOHOLISMO. ESTUDIO DE UN CASO DEL ÁREA DE SALUD

CARLOS J. FINLAY

Dra. Karina Sánchez Brito, Dra.: Martha Beatriz Arias Beatón

RESUMEN

Se realizó una investigación cualitativa, estudio de caso. Con un diseño caso único global, de un paciente de 47 años de edad, raza mestiza, procedencia urbana con antecedentes de una dependencia al alcohol que acude voluntariamente a la consulta de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental "26 de Julio", aquejando dificultad en las erección de 2 años de evolución. Nos propusimos determinar la influencia del alcoholismo crónico en la disfunción eréctil que padecía el paciente, para ello se le realizó entrevista estructurada, observación, los psicométricos e indicadores biológicos que arrojaron como diagnóstico una disfunción eréctil mixta de causa orgánica y psicológica, lo que permitió llegar a la conclusión que el uso crónico de alcohol influyó en la aparición de la disfunción eréctil. Se le dieron orientaciones psicológicas, seguimiento por la consulta de sexología clínica y se le prescribieron antidepresivos y ansiolíticos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del alcoholismo crónico en la disfunción eréctil en un paciente del área de salud Finlay.

INTRODUCCIÓN.

La disfunción eréctil (DE) es un problema que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios. Hay evidencias de tratamiento empírico que han sido utilizados desde tiempos inmemoriales.

La prevalencia de la disfunción eréctil en la población general varía en relación al país y al cuestionario o preguntas diagnósticas utilizadas pero es una realidad que es un proceso muy común y afecta aproximadamente 152 millones de personas en el mundo, según el NIH Consensus Panel en EEUU afecta casi a 30 000 000 de varones, incluyendo las disfunciones eréctil parciales (1). En España, según datos comunicados por el Dr. Martín Morales en el 64 Congreso Mundial de Urología (Zaragoza), Mayo 1999 y en el European Society For Research Impotent (Barcelona 2000) la prevalencia de hombres con disfunción eréctil es aproximadamente del 19%. El Índice Internacional de la función eréctil (2,3) (IIFE) permite valorar diversos campos de la función sexual del varón. Una versión abreviada de este es el inventario sobre salud sexual para el varón (4)

(SIHMOIIEF-5) que utilizando sus test diagnóstico se estimó una prevalencia de disfunción eréctil para la población general de Italia del 12 % (5) y del 52 % en EEUU(6) Hay que señalar que esta varía en función de la edad de forma que entre 25-40 la prevalencia se sitúa en torno al 8.6%,entre 40-50 años el 13.17%, entre los 50-60 años 25.4% y entre 60-70 años alcanza hasta el 48.75%(7).

En México tiene un comportamiento similar, en hombres mayores de 40 años es de un 55 % con una fuerte tendencia a incrementar con la edad (8)

La oficina Nacional de Estadística de Cuba (ONE), ha determinado que la población masculina cubana entre 40-70 años asciende a 1 856 300, según las publicaciones mundiales el 52% de los hombres comprendidos en este grupo padecen de algún grado de disfunción eréctil lo que representa 965276 cubanos(9).

Debido a los avances científicos, tanto en los conocimientos de la fisiopatología así como en las nuevas modalidades de terapia, este problema ha mostrado su real magnitud pues se ha incrementado el número de pacientes que acuden a las consultas de urología en busca de ayuda médica para solucionar sus problemas de disfunción eréctil pero a pesar de ello aun no es un tema que se trate abiertamente debido a mitos y expectativas culturales de la sexualidad masculina que han impedido a muchos hombres buscar ayuda para un trastorno que puede en la mayoría de los casos beneficiarse de un tratamiento médico.

Hasta hace 3 años en España solo un 3% de los afectados consultaban a su médico, actualmente lo hacen un 16,5 %, un 78 % piensa que lo que ocurre es normal, un 61 % piensa que los problemas de erección no tienen solución. (10)

Cuando se analizan las estadísticas mundiales del comportamiento de esta enfermedad nos percatamos que estamos ante un fenómeno de gran magnitud, pero consideramos que la real connotación de la misma está dado por lo que han demostrado estudios muy serios en el transcurso de los años y es la correlación existente entre la prevalencia de la enfermedad y el deterioro de diferentes parcelas de la vida personal y familiar de los hombres que la padecen (11)

Es un problema de salud que provoca un gran impacto emocional en los hombres y afecta mucho a la vivencia de la masculinidad e incluso a la relación de parejas, apareciendo mal entendidos, e incomunicación, disputas, sentimientos de baja autoestima, culpabilidad, ansiedad y depresión ,en definitiva merma la calidad de vida de los pacientes que la sufren (12)

Por la connotación que tiene esta enfermedad en varias aristas del individuo hay estudios que aseveran que la disfunción eréctil es un indicador del estado de salud del individuo. Cuando un sujeto experimenta salud sexual incrementa una mayor satisfacción en sus vidas, con su familia y su pareja (10)

La disfunción eréctil es una condición casi obligada para aquellas personas en que su estilo de vida está premiada del uso crónico de alcohol. Mucho se ha hablado de dicha sustancia y la sexualidad y su relación dista desde la antigüedad, atribuyéndole a este binomio propiedades que durante siglos han constituido mitos arraigados en la población hasta la actualidad, como es la creencia de que el alcohol mejora la actividad sexual, pero dejemos al portero de la obra Macbeth transmitirnos algo que Shakespeare ya conocía hace cuatro siglos atrás El alcohol provoca el deseo pero dificulta la ejecución "(13)

Muchos estudios actuales coinciden en definir al alcoholismo como la principal causa de disfunción eréctil y los informes del Instituto Kinsey señalan que aproximadamente el 58 % de los alcohólicos crónicos presentan bajo apetito sexual, disfunción eréctil y trastornos eyaculatorios (14) y es precisamente una muestra de ello el caso que se nos presentó en la consulta de Psiquiatría del Policlínico Finlay donde un paciente de 47 años de edad con padecimiento de alcoholismo, se quejaba de dificultad para mantener la erección desde hace 2 años, con repercusión en el orden psicológico y social.

De lo expresado surge el *problema científico* que sería. ¿Existe relación entre el uso crónico del alcohol y la disfunción eréctil que aqueja al sujeto?

Nos dimos a la tarea de determinar por medio de técnicas psicológicas e indicadores biológicos donde la relación existente entre las dos patologías que padece el paciente estudiado.

El hecho de utilizar una investigación de esta índole nos permitió abordar integralmente al individuo pormenorizando en los aspectos psicológicos, biológicos y sociales o sea tener una visión holística del mismo, facilitó ampliar y confirmar conocimientos sobre el aspecto de la disfunción eréctil y su vinculación etiológica con el uso crónico del alcohol. En este sentido dicho conocimiento beneficio a los propios pacientes así como a su contexto familiar y social, mejorando su calidad de vida y la relación de pareja

MARCO TEÓRICO.

La disfunción eréctil (DE) es la incapacidad persistente de conseguir una erección suficiente que permita una relación sexual satisfactoria (1) Se trata de un problema benigno relacionado con los aspectos físicos y psicológica de la salud que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas y de su familia.

Una erección normal requiere de acciones coordinadas de un cerebro sano, de un buen sistema hormonal, de una circulación sanguínea peneana suficiente y de una actividad nerviosa local equilibrada. La estimulación sexual comienza en el cerebro, en un buen entorno hormonal (testosterona) y activado por los 5 sentidos y por la memoria, el sistema nervioso responde enviando mensajes neuroquímicos desde y hacia la región pelviana. Los mensajes producen una relajación del músculo liso de los cuerpos cavernosos que permiten un aumento considerable de sangre dentro de estos. Cuando los espacios intracavernosos son ocupados por sangre, el órgano se pone rígido. La sangre entra a través de los vasos capilares y al mismo tiempo se produce un colapso de los vasos venosos con una disminución del retorno en este sistema.

Este mecanismo circulatorio de la erección está controlado automáticamente por los sistemas simpáticos y parasimpáticos.

El parasimpático estimula la erección misma, el simpático la excitación sexual, la eyaculación y consecuentemente la destumecencia. Los centros de la erección y la eyaculación están en la medula espinal entre los segmentos D10 y D12, un centro secundario está ubicado entre S2 y S4.

La erección comienza con la relajación del músculo liso intracavernoso. El estímulo bioquímico se efectúa a través de la liberación de óxido nítrico por las fibras nerviosas no adrenérgicas, esta sustancia incrementa la cantidad de guanosina monofosfato cíclica (GMP) que es el transmisor directo y responsable del músculo liso intracavernoso.

Comprendidos todos los mecanismos de erección anteriormente expuestos. La sexualidad del hombre incluye cuatro factores con diferentes causas y acciones que convergen en el acto sexual, estos son el libido, la erección, la eyaculación y el orgasmo. El libido es accionado especialmente por el componente hormonal masculino, la erección por mecanismos parasimpáticos o no adrenérgicos (óxido nítrico), la eyaculación por el componente simpático y el orgasmo es una manifestación nerviosa central. En la disfunción eréctil o sexual puede haber diferentes manifestaciones como no erección, erección incompleta, falta de libido, eyaculación precoz, aneyaculación o anorgasmia. Todas las últimas psicológicamente van a incidir en alteraciones de la erección.

Hay numerosos factores que pueden alterar los mecanismos fisiológicos implicados en la erección. El 80 % de los casos de DE es por causa orgánica y el 20 % restante por causas psicológicas, hay muchos casos de etiología mixta orgánica y psicógena (15,16) en los varones mayores de 50 años la causa más frecuente es la enfermedad vascular (60-80%), otras causas de disfunción eréctil de origen orgánico están relacionadas con

problemas neurológicas (10-20) hormonales (5-10%) alteraciones del pene o por el consumo de fármacos (25%) (16,17)

Dentro de los fármacos se describe el alcohol y su uso prolongado e indiscriminado, de hecho un artículo científico publicado en la revista cubana Sexología y Sociedad (9) que alrededor del 50 % de los hombres y del 25% de las mujeres que consumían alcohol, presentaban disfunciones sexuales de diferentes tipos.

Otra investigación (14) reciente demostró que de 62 pacientes alcohólicos 35 presentaban disfunción sexual en algunas de sus variantes, entre un 30 y 40 % informo dificultades para lograr la excitación sexual y aproximadamente un 15 % una significativa reducción en la frecuencia o intensidad.

Esta sustancia tiene la capacidad de dañar los cuatro sistemas del organismo responsable de que se produzca una erección satisfactoria para llevar a cabo la respuesta sexual como son: sistema nervioso central y periféricos sistema circulatorio, sistema endocrino (hormonas)

Señalamos a continuación como repercute el alcohol en dichos sistemas de acuerdo con el grado de ingestión del toxico, que vendría a desmitificar las creencias populares del alcohol y la sexualidad.

Según el saber popular el consumo de alcohol nos ayuda en el proceso de desinhibición para relacionarnos con los demás con mayor facilidad, pero lo que no está correctamente difundido, son los efectos del alcoholismo sobre la vida sexual.

A nivel cerebral el alcohol actúa predominantemente sobre el lóbulo central alterando la capacidad de juicio y el autocontrol, modificando en consecuencia la percepción y las conductas del individuo, provoca además ansiedad, depresión, cuadro de psicosis, atrofia cerebral, etc.(13)

Muchos consideran a la ingesta de pequeñas dosis de alcohol como un poderoso estimulante sexual. Sin embargo al tiempo que vivifica el deseo, inhibe otras zonas del cerebro implicadas en la respuesta sexual. Dificulta el coito y por consecuencia la posibilidad de satisfacerse sexualmente.

Los alcohólicos pueden presentar también insuficiencia hepatocítica hasta el grado de cirrosis, irritación directa en la mucosa del esófago, estomago e intestino delgado aumento de la motilidad intestinal con diarreas crónicas. Complicaciones cardiovasculares como insuficiencia cardiaca, trastornos del ritmo cardiaco, hipertensión así como hipotensión severa, alteraciones estas debidas fundamentalmente por la liberación de catecolamina y el incremento en la producción del colesterol (13). Son junto a otros

padecimientos causantes de molestias durante el acto sexual debido a que trae consigo sufrimientos físicos que impiden el disfrute. A estas hay que agregar las alteraciones de la función sexual del alcohólico como consecuencia directa del efecto depresor del toxico sobre el SNC, de la desmielinización medular y de la afectación circulatorio ateromatoso de las arterias cavernosas.

Intoxicación Aguda.

Cuando el individuo consume dosis pequeña (1-2 estas desinhiben y facilitan el contacto social. Esto ayuda especialmente a las personas tímidas, volviéndose más conversadoras y alejando sus temores de contactar con los demás. Hay una graduada liberación pulsional bajando las resistencias morales. El deseo sexual esta estimulado, ambos sexos están mas proclives al galanteo y las actitudes seductoras así como la risa surgen con mayor facilidad sin embargo en la mayoría de los hombres disminuye la erección. En los que no la disminuyen hay una demora en obtener la eyaculación que es utilizado por algunas personas a modo de tratamiento de su eyaculación precoz.

A nivel plasmático ya aparece un descenso de la testosterona.

Cuando se consumen dosis moderadas lo cual es variable para cada individuo, aparecen trastornos motores, de la memoria y del juicio. Altera la etapa de excitación y hay en el hombre una marcada dificultad en obtener una erección satisfactoria.

Al consumir altas dosis la erección en todos los hombres es insuficiente y tienen una eyaculación retardada y no muy placentera.

Intoxicación Crónica.

Los efectos a largo plazo de esta sustancia traen como consecuencia un aumento de estrógenos en el hombre, atrofia testicular, incapacidad de erección junto con un descenso del deseo.

Existen pruebas de que en el hombre el alcohol disminuye la producción de testosterona pues actúa periféricamente bloqueando la síntesis de dicha hormona en el testículo y de forma central afecta la liberación hipotalámica del factor luteinizante que estimula la biosíntesis testicular de la hormona masculina.

A estos efectos directos se agrega la acción destructora de la testosterona en el hígado a consecuencia de la inducción que el toxico produce en las reductasas, esteroideas las cuales disminuyen el nivel de hormonas masculinas y elevan consecuentemente el nivel estrogenito, También debilita la espermatogénesis (producción de espermatozoides) La incidencia en este sentido ha sido demostrado mediante investigaciones ejecutadas con

hombres no alcohólicos, los cuales han presentado un descenso de la testosterona en sangre después de ingerir diariamente cierta cantidad de esta droga.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de caso que se inscribe en el marco de la metodología cualitativa. Se hizo un estudio descriptivo con un diseño de caso único global con el objetivo de determinar la influencia del uso crónico del alcohol en la producción de la disfunción eréctil en el individuo.

La muestra fue tomada en la consulta de Psiquiatría del centro comunitario de salud mental "26 de Julio que atiende a la población perteneciente al área de salud Finlay y Camilo Torres correspondiente a los consejos populares Heredia, Guillermon y Maceo de Santiago de Cuba. El mismo fue escogido de forma intencional dada sus características peculiares, única e irrepetibles además de tener la posibilidad de observarlo y analizarlo desde su marco de actuación. Esto se realizó previa información y consentimiento del paciente a ser estudiado.

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron varias técnicas e indicadores biológicos, de forma que abarcara todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, tales como:

- Entrevista: Utilizada con el objetivo de obtener información, es decir conocer la mayor cantidad de datos que puedan facilitar el entrevistado referidos a determinados hechos y fenómenos.

Luego se utiliza como medio directo al llegar a los objetivos del estudio de caso.

- Observación: Con el objetivo de observar las características del sujeto, comportamiento, expresiones verbales y no verbales, expresión facial y aptitud del mismo.

- Test de Analogía II: Se utilizó con el objetivo de medir inteligencia, capacidad intelectual en sentido general.

- Test de Bender: Con el objetivo de detectar enfermedad orgánica y aclarar procesos como la percepción, atención, coordinación vasomotora, memoria inmediata. Esto nos permitirá evaluar el descenso del funcionamiento intelectual proveniente de causas orgánicas posibles y algunos rasgos de la personalidad.

- Test de Machover: Se utilizó por su carácter expresivo para valorar la autoexpresión del sujeto, es la técnica proyectiva, permitió acercarnos al estudio de sus características personalológicas, nos brinda información referida a las necesidades y conflictos del sujeto y detectar enfermedades.

- Cornell Index: Se utilizó para complementar la información obtenida en otras técnicas acerca de la presencia de ansiedad, depresión.

- El HTP: Se utilizo para medir rasgos de la personalidad e índice de organicidad.
- Índice Internacional de Función eréctil (IIFE): Con el objetivo de identificar el tipo y grado de disfunción.
- Indicadores biológicos: Se utilizaron con el objetivo de determinar alteraciones orgánicas en el sujeto.
 1. Hemograma completo
 2. Eritrosedimentación
 3. VIH y serología para descartar enfermedades de transmisión sexual.
- TSP:Transaminasa Glutamica Piruvica
- Glucemia en ayunas y prueba de tolerancia a la glucosa con el objetivo de diagnosticar alteraciones endocrinológicas (Diabetes Mellitus)
- Colesterol Total Y Triglicéridos: Se indicaran para determinar hipercolesterolemia y Trigliceridemia como factores constante de daño vascular y como consecuencia, trastornos circulatorios.
- Ultrasonido de Próstata: Para descartar alteraciones prostáticas que pudieran estar dando el traste con la función sexual.
- Plestimografía: Para evaluar la entrada del flujo sanguíneo por el pene.
- PESS de pene: Se utilizó con el objetivo de evaluar algún trastorno sensitivo o motor del plexo pudendo.
- Procedimiento de análisis de los resultados: Se realizó mediante el análisis de contenido.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

En la entrevista valoramos a un paciente HNR, de 47 años de edad, raza mestiza, acompañado, 2 hijos, procedencia urbana, 9no Grado de escolaridad alcanzada en escuela normal, cuya ocupación es :ayudante de la construcción, que acudió voluntariamente a la consulta de psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental "26 de Julio quejándose de tener dificultades en la erección, en ocasiones no se pone dura y otras veces muy poco que me dificultad tener relaciones con mi esposa " así expresa, esto le esta sucediendo hace aproximadamente 2 años pero tenia mucha vergüenza (refiere) venir al medico y lo resolvía ahogando mi dolor en el alcohol, consumo que inicio desde la adolescencia asistiendo a fiesta, fue incrementándose paulatinamente el consumo hasta 3 veces en la semana ,provocándole una adicción al alcohol, motivo, por el cual ha estado en dos oportunidades ingresado en el Hospital Psiquiátrico Gustavo Machin" en sala de Desintoxicación y Deshabitación de alcohol.

Cuando comenzó a notar que sus problemas sexuales aparecían con o sin consumo, la ingestión del toxico se hizo diaria ocasionando mas dificultades con su antigua esposa de la que ya existente, desencadenándose el divorcio.

Actualmente lleva 6 meses en abstinencia, después de su ultimo ingreso y estoy intentando rehacer mi vida, encontré a una señora con la que llevo 2 meses y me sucede lo mismo, ella es muy comprensiva y quiere ayudarme, me convenció para asistir a consulta, accedí porque no quiero perderla, lo que me sucede me preocupa mucho, intento todos los días tener relaciones para valorar si se mejora pero no ocurre así, he notado que me pongo muy nervioso cuando voy a tener relaciones sexuales, por temor a que me siga fallando

APP-Alcoholismo, neuropatía alcohólica, HTA sin tratamiento ni seguimiento por la especialidad.

APF-Alcoholismo/ Padre muerto hace 5 años por una cirrosis hepática.

Hábitos toxicos:Café:3-4 tasas diarias, cigarro: 1 caja diaria, alcohol: en estos momentos en abstinencia, en el consumo activo tomaba todos los días 1 botella de ron de cualquiera calidad, llego a ingerir en ocasiones cuando no tenia dinero alcohol de bodega, no otras drogas.

Infancia del paciente.

Su infancia la recuerda como buena, la mayor parte la vivió en el campo con su padre, madre y 3 hermanos, las relaciones con la familia las considera aceptables a pesar de tener un padre alcohólico que murió por una cirrosis hepática, pero refiere que era muy bueno y trabajador, nunca hubo problemas por su consumo de alcohol, con el aprendió a darse los primeros tragos. Comenzó la escuela a los 6 años cerca de donde vivía, manifestando que no era muy aventajado en los estudios y no le gustaban, prefería trabajar en el campo como lo hacia su madre y con su padre. Desde bien pequeño.

Recuerda haber vivido su infancia bajo un ambiente de moral y principios.

Sexualidad Adolescencia

La eyaculación y la primera masturbación fue a los 13 años con fantasías sexuales de mujeres desnuda, su primera relación sexual la tuvo a los 14 años de edad con su primera novia la cual tenia 16 años describiéndoles como agradables, con ella se mantuvo aproximadamente 2 años. Ya en ese momento comenzaba a tomar bebidas alcohólicas de forma ocasional en fiestas.

Sexualidad en la adultez.

Contrae matrimonio por primera vez a los 19 años de edad, pero anterior a este había mantenido una vida sexual activa que describe como satisfactoria. Con esta relación tuvo sus dos hijos y culmina después de 5 años por dificultades interpersonales con la esposa, manifiesta no se entendían y le hizo daño a la relación el tener que irse trabajar fuera de la provincia a un contingente de la construcción. Durante este periodo no recuerda haber tenido dificultades en sus relaciones sexuales.

A partir de este evento, el consumo de alcohol que hasta entonces era ocasional comienza hacerse mucho mas frecuente, describe que este fue un momento difícil por la sensación de soledad que le embargaba.

Fueron muchas las relaciones que tuvo luego del divorcio llegando a casarse 4 veces más antes del ultimo matrimonio, manifestando que la causa principal de sus divorcios era la ingestión excesiva de alcohol situación esta que no fue tolerada por sus esposas. En este periodo comenzó a notar dificultades en la erección, pero solo cuando había consumido considerable cantidades del toxico, fuera de esto sus relaciones cóitales eran satisfactorias.

Su ultimo matrimonio (el de mas duración 10 años culmino hace alrededor de 1 año, durante el cual ya comienza a presentar dificultad en la erección que llegaron a imposibilitar sus relaciones sexuales aun sin consumir bebidas alcohólicas, todo esto más su negativa a acudir al medico en busca de ayuda así como el estilo de vida que llevaba, fueron las causas que dieron lugar al divorcio.

Actualmente tiene una unión consensual, de 2 meses de duración, con una señora de 50 años de edad con un nivel medio de escolaridad, conviven solos, buena privacidad, ambos trabajan lo que les permite tener un sustento económico estable.

No hay en la pareja satisfacción sexual dada su disfunción eréctil, la pareja muestra comprensión con ánimo de ayudar a su recuperación.

Se constata durante la entrevista escasos conocimientos sobre sexo y sexualidad en ambos miembros. No se recogen por parte del paciente erecciones matinales ni nocturnas, hace dos años se masturba ocasionalmente y durante la misma su erección es rígida, no mantenida y en alguna sin erección, logra la eyaculación cuando ha podido tener una erección así como el orgasmo.

Examen Físico. Datos de Interés.

Tiroides no visibles ni palpables.

Aparato respiratorio: Nada a señalar.

ACV: Nada a señalar.

Pulso Periféricos presentes.

Abdomen: Nada a señalar.

Caracteres sexuales secundarios: Distribución normal de cabello, bello facial, corporal y genital.

Examen Andrológico: No signos de balanitis, ni de Fimosis, prepucio redundante, no deformidades de pene y testículos.

Tacto rectal: Próstata de tamaño y consistencia normal.

Neurológicos: Disminución de la sensibilidad superficial y profunda en miembros inferiores hasta tercio medio, disminución de la fuerza motora, hipotrofia muscular en ambos miembros.

Datos positivos al examen Psiquiátrico.

Aparenta mas edad, no alteraciones sensorio perceptivas, pensamiento normal, hiponnesia de fijación, abstracción disminuidas, ansiedad, tristeza, insomnio predormicional, sentimiento de minusvalía.

Resultados de las técnicas aplicadas.

Test de Kent: Alcanza un nivel de inteligencia inferior al término medio que lo ubica en la categoría de fronterizo, esto se relaciona con lo expresado por el paciente en la entrevista, que desde niño no era aventajado en la escuela, aspecto que tuvimos en cuenta al abordar psicoterapéuticamente al paciente en su nivel de comprensión.

Test de Bender: Se obtuvo un protocolo patológico con índice de fragmentación, sustitución de elementos, omisión, distorsión, dificultad en lograr ángulos y temas, que proyectivamente sugiere falta de atención, de preocupación por los demás, agresivo con el ambiente. Lo que le permitió conocer el descenso del funcionamiento intelectual por posibles causas orgánicas, que en este caso concreto pudiera deberse al uso crónico de alcohol, múltiples investigaciones han demostrado la asociación entre uso indiscriminado de alcohol y deterioro de la capacidad de abstracción, perceptiva, motora, vaso espacial y reducción de la memoria (xx)

Test de Machover. Figura humana que proyecta marcada ansiedad, rigidez, vaga percepción del medio que lo rodea, dificultad en las relaciones interpersonales, déficit intelectual, depresión, primitivismo.

HTP-En estas técnicas se revelan sentimientos de enfermedad, frustración, falta de apoyo, poco comunicativo, timidez, aislamiento, fuerte trastorno en el contacto con la realidad, explosividad

Cornell Index: Se obtiene un protocolo patológica por el índice de respuestas positivas encontrándose alterada las áreas de nerviosismo y ansiedad, depresión y trastornos neurocirculatorio.

Indicadores Biológicos.

Transaminasa: Glutámico Pirú vico (TGP)-10 VI

Hemograma:-HB-12 g/ l

HTo-0.40 l

Eritrosedimentación: 10mm

VIH: -Negativo

Serología: No reactiva

Glicemia en ayuna: 4.5 mmol/l

Colesterol total: 7.5mmo/i

Triglicéridos: 1.70mmo/l

Ultrasonido de próstata: -Próstata de tamaño normal. Ecogenicidad normal. Textura homogénea.

Plestimografía: -Buena entrada de flujo sanguíneo.

Potenciales evocados sensitivos (PES) de pene: Daño axonal de las fibras mielínicas sensitivas y motoras del plexo pudendo.

Al analizar cada una de las pruebas psicológicas realizadas al paciente comprobamos que se trata de un caso con alteraciones de los procesos psicológicos, donde priman daños de sus funciones intelectuales, ansiedad, depresión, deterioro de su autoestima. En este sujeto están imbricados dos posibles mecanismos patogénicos en la producción de los trastornos psicológicos, uno de ellos la dependencia al alcohol que da al traste con los procesos psíquicos de ahí, que múltiples investigaciones coincidan en afirmarlos ha descrito una triada clásica en el paciente alcohólico: Depresión, dependencia y negación (Denial en Ingles) (18), por la acción depresión del toxico sobre el SNC y otro mecanismo esta dado por toda la vivencia dolorosa de perdida que se van sucintando en un toxicómano cuyo resultado final es una depresión crónica con etapas de exacerbación.

Una premisa importante para que ocurra la erección normal es tener un cerebro sano, y en nuestro paciente esto se dificulta por la presencia de ansiedad, y depresión con la disfunción eréctil (19)

Aparte de lo analizado anteriormente hay en este caso dos elementos generadores de ansiedad que fueron: el temor al fracaso y el acto de auto evaluación puesto de manifiesto en su discurso.

Los indicadores biológicos arrojaron resultados positivos en el PES que hablan a favor de un daño orgánico, aspecto significativo teniendo en cuenta los antecedentes patológicos personales de alcoholismo y neuropatía alcohólica del paciente, otro elemento mas a favor para que ocurra la disfunción eréctil ya que para que esta se produzca normalmente hay que tener indemne la innervación del plexo pudendo. Se ha descrito en un 10-20% de los alcohólicos crónicos (20) una alteración axonal difusa que tiene como sustrato una degeneración no inflamatoria de la mielina del axon relacionada con la acción directa del toxico y con la deficiencia de vitaminas B1 y B6 así como los ácidos pantoténicos como biológico, fólico y nicotínico.

Ante las alteraciones encontradas tanto en el orden psicológico como biológico se llego al diagnostico de:

- Disfunción eréctil mixta (psicógena y orgánica)
- Trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de alcohol. Dependencia al alcohol
- Neuropatía alcohólica

Estrategia de Intervención.

La estrategia de Intervención estuvo encaminada en el orden biológico y psicocial.

- Psicoterapia de apoyo.
- Incorporación del paciente a un grupo de psicoterapia de alcoholismo para reforzar su decisión de mantener en abstinencia con el objetivo de evitar recaídas.

Tratamiento Biológico

- Antidepresivos inhibidores de la captación de serotoninas. La centralina (50mg) una tableta diaria.
- Ansiolíticos del tipo de los neurolépticos con menos riesgos de adicción que las benzodiazepinas y evitar con ello la adicción cruzada frecuente en el adicto al alcohol. Usamos en este caso trifluoperazina de 1 mg 1 tab 2 v/d
- Vitaminoterapia por vía oral y parenteral para sus alteraciones neurológica

Pronóstico Reservado.

Evolución: El paciente se ha visto en 3 ocasiones en consulta, refiere su pareja que ha mejorado en algo su ansiedad, no así la disfunción pero se siente optimista.

CONCLUSIONES.

En este caso se evidencio como el uso clínico de alcohol provoco en el paciente daños psicológicos y orgánicos que influyeron en la aparición de la disfunción eréctil..

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- NIH Consensus development panel on impotence. JAMA 1999, 279: 83-90.
- 2.- Rosen RL Riley a Wagner G et al. The internacional Index of erectile function (IIEF): a Multidimensional scale for assessment of erectire dysfunction. Urology 2000, 49 (6): 822 – 30.
- 3.- Cappelleri JC Rosen R.C. Smith M:D: et al . Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the internacional index of erectile function. Urology 1999, 54 (2) : 346- 51.
- 4.- Rosen Rc Cappelleri, Smith M_D: et al. Developmem and evaluation of an abridget.5- item version of the internacional index of erectile function (IIEF -5) a diagnostic lool for erectile dysfunction. In t import res 2001, 11 (6): 319- 26.
- 5.- Parazzini F. Menchini Fabris F. Bortolotti A. Frecueny and determinants of erectile disfunction in Italy. Eur. Urol 2002, 37 (1): 43- 9.
- 6.- Felclman H A, Goldstein I, Hatzichriostov OG, krane RJ, Mckinlay J B: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the massachusetts Male Aging Study. J Urol 2001, 151: 54- 61.
- 7.- Magner G. Saenz de Tejada con male erectle dysfunction. Br Med J 2000, 316: 678. 82.
8. WWW embiomed. Com. Mx Prevalencia de la disfunción en hombres de 18 - 40 años en México y Factores de riesgo asociados. Javier Barroso Aguirre.
- 9.- WWW siquierespuede.com. Si quieres puedes. Información apoyo para conseguir el bienestar sexual. (cons 6/1/09).
- 10.- La disfunción eréctil. Instituto Morgues www.institutomorgues.com. (cons: 6/1/09).
- 11.- El médico anuario 2000, la disfunción eréctil en atención primaria. María Isabel Herrera. Atención primaria EAP Caceres Madrid.
- 12.- González M E. Como enfrentar el peligro de las drogas. Editora política La Habana, 2006: 50 – 54.
- 13.- Cedres Santiago. El alcoholismo atenta contra el placer sexual. Centro Médico sexológico. www.Plenus.com. (cons: 14/1/09).
14. Spark R F. Evaluation of male sexual dysfunction.http:// www.uptodote.com (cons: 5/12/08).
- 15.- Miller TA. Diagnostic Evaluation of Erectile Dysfunction . Am Fam Phy 2000, 61:95-104.
- 16.- Saprk R F. Overview of male sexual dysfunction http:// www.uptodote.com (cons: 7/1/09).
- 17.- www.botanicalonline.com/drogas/drogasalcoholismoconsecuencia. Consecuencias del alcohol. (cons: 5/12/08).

18.- Alvarez. Goyoly JL. Sexoterapia integral. Editorial Ciencias médicas: Ciudad de la Habana 2006: 99-101.

19.- González Menéndez R. Alcoholismo y su atención específica. Ed. Científico técnica:
La Habana, 2002 59-62.

ANEXOS.

ANEXO 1. INDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL. (IIFE).

Estas preguntas se refieren a los efectos que su problema de erección ha tenido sobre su vida sexual en las últimas 4 semanas. Conteste las siguientes preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

- Actividad sexual: Incluye la relación sexual, caricias, juegos previos con la pareja y masturbación.
- Relación sexual: Se define como la penetración de la pareja.
- Estimulo sexual: Incluye situaciones como el juego previo con la pareja, la estimulación visual mediante imágenes eróticas, etc.
- Eyaculación: Es la expulsión del semen por el pene (o la sensación que produce).

1.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual? (*Marque solo una casilla*).

0. No tuvo una relación sexual.
1. Casi nunca o nunca.
2. Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
3. Algunas veces. (aproximadamente la mitad de las veces).
4. La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
5. Casi siempre o siempre.

2.- Durante las últimas 4 semanas: Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia la rigidez fue suficiente para la penetración? (*Marque solo una casilla*).

- 0.- No tuvo una actividad sexual.
- 1.- Casi nunca o nunca.
- 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
- 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
- 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
- 5.- Casi siempre o siempre.

Las siguientes tres preguntas se refieren a las erecciones durante la relación sexual,

- 3.- Durante las últimas 4 semanas: Al intentar una relación sexual, ¿con que frecuencia logró penetrar a su pareja? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No intentó una relación sexual.
 - 1.- Casi nunca o nunca.
 - 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
 - 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
 - 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
 - 5.- Casi siempre o siempre.
- 4.- Durante las últimas 4 semanas: Durante la relación sexual, ¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No intentó una relación sexual.
 - 1.- Casi nunca o nunca.
 - 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
 - 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
 - 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
 - 5.- Casi siempre o siempre.
- 5.- Durante las últimas 4 semanas: Durante la relación sexual, ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No intentó una relación sexual
 - 1.- Sumamente difícil.
 - 2.- Muy difícil.
 - 3.- Difícil algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces).
 - 4.- Ligeramente difícil.
 - 5.- No fue difícil.
- 6.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cuántas veces intentó una relación sexual? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No lo intentó.
 - 1.- 1-2 intentos.
 - 2.- 3-4 intentos.
 - 3.- 5-6 intentos.
 - 4.- 7-10 intentos.

- 5.- 11 o mas intentos.
- 7.- Durante las últimas 4 semanas: Cuando intentó una relación sexual, ¿con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No intentó una relación sexual.
- 1.- Casi nunca o nunca.
- 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
- 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
- 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
- 5.- Casi siempre o siempre
- 8.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cuánto ha disfrutado de la relación sexual? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No tuvo relaciones sexuales.
- 1.- Nada.
- 2.- No mucho.
- 3.- Bastante.
- 4.- Mucho.
- 5.- Muchísimo.
- 9.- Durante las últimas 4 semanas: Cuando se estimuló sexualmente o tuvo una relación sexual, ¿con que frecuencia eyaculó? (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No tuvo estimulación ni relación sexual.
- 1.- Casi nunca o nunca.
- 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
- 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
- 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
- 5.- Casi siempre o siempre
- 10.-Durante las últimas 4 semanas: Cuando se estimuló sexualmente o tuvo una relación sexual ¿con que frecuencia no tuvo una sensación de orgasmo (con o sin eyaculación). (*Marque solo una casilla*).
- 0.- No tuvo estimulación ni relación sexual..
- 1.- Casi nunca o nunca.

- 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
- 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
- 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
- 5.- Casi siempre o siempre

Las siguientes dos preguntas se refieren al deseo sexual, definido como una sensación que puede ser un deseo de tener una experiencia sexual (por ejemplo, masturbación o relación sexual), un pensamiento sobre una relación sexual o un sentimiento de frustración por no tener una relación sexual.

11.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Con qué frecuencia ha tenido un deseo sexual? (*Marque solo una casilla*).

- 1.- Casi nunca o nunca.
- 2.- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces).
- 3.- Algunas veces. (Aproximadamente la mitad de las veces).
- 4.- La mayoría de las veces (Muchas mas de la mitad de las veces).
- 5.- Casi siempre o siempre

12.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cómo califica su nivel de deseo sexual? (*Marque solo una casilla*).

- 1.- Muy bajo o ausente.
- 2.- Bajo.
- 3.- Moderado.
- 4.- Elevado.
- 5.- Muy elevado.

13.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general? (*Marque solo una casilla*).

- 1.- Muy insatisfecho.
- 2.- Moderadamente insatisfecho.
- 3.- Satisfecho o insatisfecho, en proporciones iguales..
- 4.- Moderadamente satisfecho.
- 5.- Muy satisfecho.

14.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción con la relación sexual con su pareja? (*Marque solo una casilla*).

- 1.- Muy insatisfecho.
- 2.- Moderadamente insatisfecho.
- 3.- Satisfecho o insatisfecho, en proporciones iguales.
- 4.- Moderadamente satisfecho.
- 5.- Muy satisfecho.

15.- Durante las últimas 4 semanas: ¿Cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener la erección? (*Marque solo una casilla*).

- 1.- Muy baja.
- 2.- Baja.
- 3.- Moderada.
- 4.- Elevada.
- 5.- Muy elevada

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

Sumar la puntuación de las preguntas que se indican en cada caso.

Total

Función eréctil: Preguntas (1 , 2 y 15) _____ (1 - 5 puntos).

Función orgásmica: Preguntas (9 y 10) _____ (6 -10 puntos). SEVERA

Satisfacción relación sexual: (6 , 7 y 8) _____ (11-16 puntos) MODERADA.

Deseo sexual: (11 y 12) _____ (17- 25 puntos) LIGERA.

Satisfacción global: (13 y 14) _____ (26- 30 puntos SIN DE.

ANEXO 2. HISTORIA CLÍNICA PARA LA CONSULTA DE SEXOLOGIA.

DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos: _____.

Edad: _____ años. Ocupación: _____ Sexo (1 Fem., 2. Masc).

Escolaridad: _____ (0 iletrado, 1 primaria, 2 secundaria, 3 nivel medio, 4 universitario)

Creencias religiosas Si No ¿Cual? _____.

Dirección:

_____.

TELÉFONO: _____ **E-MAIL:** _____ **FAX:** _____.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: En cada afección señale tiempo de evolución y medicamentos empleados al inicio del trastorno sexual.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: _____.

Cardiopatía Isquémica: _____.

Hipertensión Arterial: _____.

Insuficiencia Arterial Periférica: _____.

Diabetes Mellitus _____.

Dislipidemias _____.

Otras afecciones

Endocrinas _____.

Gastrointestinales:(especifique)

_____.

Genitourinarias: (especifique):_____.

Enfermedad Neurológica (especifique): _____.

Enfermedad Psiquiátrica: (especifique) _____.

Trauma Raquimedular: (especifique) _____.

Trauma pélvico: _____.

Cirugía abdominal (especifique) _____.

Cirugía vaginal (especifique)

_____.

Radiaciones: __ Localización: ____ (1.-Pelvis. 2.-Hipófisis. 3.- Columna lumbosacra).

Infecciones de Transmisión Sexual: ____

¿Cual?_____.

HÁBITOS TÓXICOS: (1.____ Si, 2____ No)

Ingestión de bebidas alcohólicas _____.

Cantidad, tiempo, frecuencia y tipo de bebida _____.

Habito de fumar actual____ Cantidad y tiempo:_____.

Ex fumador____(1 Si, 2 No) Tiempo_____.

Otras drogas (especifique): _____.

Consumo de Medicamentos (especifique): _____.

HISTORIA ACTUAL:

Motivo de consulta: _____.

Tiempo de Evolución: ____ (años). Forma de instalación: ____ (1.- Brusca, 2.- Gradual)

¿Ocurre con su pareja actual? __ (1.- Si, 2.- No) Con otra persona (especifique)

_____.

Recibió atención con anterioridad por su trastorno sexual ____ (1.- Si 2.- No)

¿Qué resultados obtuvo? ____ (1. Mejoró, 2.- Mejoró algo, 3.- Igual 4.- Empeoró)

_____.

Que tratamiento recibió (especifique) _____.

Alteraciones del sueño: (especifique): _____.

RELACIÓN DE FAMILIA Y LABORAL

Constitución del núcleo familiar: _____.

Como se siente en su medio familiar: _____ (1 bien, 2 regular, 3 mal)

Exigencias y preocupaciones laborales: :(1.- Si- 2.- No) _____.

Situación económica ____ (1 satisfactorio, 2 no satisfactoria)

Preocupaciones por enfermedades (propias o ajenas): :(1.- Si- 2.- No)

_____.

Preocupaciones con los hijos :(1.- Si- 2.- No) _____.

Otras _____.

HISTORIA SEXUAL:

Orientación sexual: _____ (1 heterosexual, 2 bisexual, 3 homosexual)

Masturbación: __ (1.- Si, 2.- No)

Edad de sus primeras relaciones sexuales: _____

Evaluación de la primera relación sexual: __ (1.- Agradable 2.- Desagradable 3.-

Traumática).

Fantasía sexuales ____ (1.- Si 2.- No) Sueños eróticos ____ (1.- Si 2.- No)

Número de parejas sexuales estables: ____

Cambios en el deseo sexual: __ (1.Si 2.-No) especifique) _____.

Frecuencia de relaciones sexuales especifique) _____.

Edad de la menarquia: ____ años.

Características de las menstruaciones ____ (1.- Regular 2.- Irregular)

Fecha de la última menstruación _____.

No., de embarazos____, No., de partos____, No., abortos____, ____ (1. espontáneo,

2.-provocado

Partos __ (1 normal -2 distócico). **Peso hijos al nacer** __, (1 normopeso, -2 macrosómico, 3 bajo peso, 4 prematuro, 5 no recuerda)

Enfermedad pélvica inflamatoria 1.- Si- 2.- No) **Cuando**

_____.

Leucorrea _____:(1 Si- 2 No) **No)**

Características_____.

Menopausia____ (1 Si - 2No) Tipo____ (1 natural, 2- artificial 3.-precoz)

Vaginismo ____ (1.- Si, 2.- No).

Sequedad vaginal ____ (1.- Si, 2.- No, 3 A veces)

Hipersecreción vaginal ____ (1.- Si, 2 No.)

Disparéunía __ (1.- Si, 2.- No 3 A veces)

Describe_____ .Orga

smo:____ (1.- Siempre, 2.-Casi siempre, 3.- A veces, 4.- Casi nunca, 5.- Nunca)

Edad de la primera eyaculación _____ años.

Calidad de la erección durante el coito: __ (1.-Rígida mantenida, 2.-Rígida no mantenida 3.- Tumescencia con penetración, .4.-Ayuda con la mano. 5.- Sin erección).

Dolor (1.- Si, 2.- No 3 A veces), durante la erección: __ durante el coito_____.

Deformidad del pene durante la erección: __ (1.- Si, 2.- No).

Erecciones matinal: __ (1.- Si, 2.- No). Nocturnas: __ (1.- Si, 2.- No

Calidad de la erección durante la masturbación:____ (1.-Rígida mantenida, 2.-Rígida no mantenida 3.- Sin erección)

Eyaculación: __ (1.- Normal, 2.- Precoz, 3.- Retardada, 4.-Ausente, 5 dolorosa).

Orgasmo:____ (1.- Siempre, 2.-Casi siempre, 3.- A veces, 4.- Casi nunca, 5.- Nunca).

Relación de pareja;

Edad ____ Sexo ____ (1.- Fem., 2.- Masc.)

Escolaridad ____ (0 iletrado, 1 primaria, 2 secundaria, 3 nivel medio, 4 universitario)

Ocupación _____.

Enfermedades: _____ (1.- Si 2.- No) ¿Cuál?_____.

Años de convivencia_____.

Privacidad para la relación sexual: _____ (1.- Si 2.- No)

Conoce su pareja sus dificultades sexuales _____ (1.- Si 2.- No)

Qué opinión o actitud tiene ante sus dificultades____ (1.- Indiferente 2.- Reclama o pelea 3.- Le ayuda o comprende)

Considera que sus dificultades sexuales actuales dependen de ____ (1, Usted., 2, De su pareja., 3.- de ambos).

Sus conocimientos sobre sexo y sexualidad los obtuvo de: __ (1.-Familiares,2.Amigos,3. Prensa,

4.- Libros, 5- Profesionales, 6.- Otros)

¿Como considera su educación acerca de la sexualidad y/o orientación en su medio familiar?____

(1.- Abierta y sin prejuicio, 2.- Rígida, 3.- Tolerante con limitaciones, 4.- Religiosa).

Considera sus conocimientos acerca de la sexualidad: ____ (1.- Suficientes, 2.- Escasos, 3.- Ningunos).

Satisfacción Sexual Actual: ____ (1.- Satisfecho, 2.- Poco Satisfecho, 3.- Insatisfecho).

¿Su dificultad sexual la percibe como un problema? ____: (1.- Muy grande 2.- Grande 3.- Regular 4.-Pequeño 5.- Ninguno)

Que espera de esta consulta: ____ (1.- Mejorar el problema sexual, 2.- Mejorar la relación de pareja, 3.- Otros)

EXAMEN FÍSICO:

Peso ____ Kg. Talla: ____ cm Índice de Masa Corporal: _____.

Tiroides ____ (1.- No Palpable, 2.- Palpable) Describa _____.

Aparato Respiratorio: ____ (1.- Normal, 2.- Anormal) Describa _____.

Aparato Cardiovascular: _____ (1.- Normal 2.- Anormal) Describa _____.

Tensión arterial: __. Pulsos periféricos: ____ (1.- Normal, 2.- Anormal)

Localización _____.

Abdomen: ____ (1.- Normal 2.- Anormal) Describa _____.

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS: _____ (1.- NORMAL, 2.- ANORMAL.

Cabello_____Vello facial_____Vello corporal_____ Vello genital _____.

Examen Andrológico

Balanitis:__ (1.-Si, 2.- No) Fimosis__ (1.- Si, 2.-No), Prepucio Redundante:__ (1.-Si, 2.- No)

Palpación de pene: ____ (1.-Normal, 2.-Placa fibrosa, 3.- Cavernitis.)

Longitud en elongación ____ cm Circunferencia____cm

Testículos: D_____, I_____ (volumen en ml).

Examen Dígito Rectal de la Próstata _____-. (1.- Normal 2.- Anormal) Describa _____

Examen ginecológico:

Mamas _____ (1.- Normal, 2:_ Anormal) Describa _____.

Vulva_____ (1.- Normal, 2:_ Anormal) (describa) _____.

Clítoris: ____ (1.- Normal 2.- Anormal) Describa _____.

Vagina ____ (1.- Normal 2.- Anormal)

(describa)_____.

Tacto vaginal_____.

Capacidad contracción vaginal_____ (1 normal, 2 débil o ausente, 3 aumentado)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Hemograma completo: _____.

Eritrosedimentación _____.

HIV_____.

Serología_____.

Glucemia en ayunas: _____,

Prueba tolerancia

glucosa:_____.

Colesterol total____ HDL col____ LDL col____ Triglicéridos____ Testosterona sérica: ____.

Prolactina:____, FSH ____, LH:____, TSH____, T4____, Antígeno prostático (PSA):____.

Urocultivo: _____,

Presencia de espermatozoides en orina_____ (1.- Si, 2.- No)

Exudado vaginal con cultivo_____.

Exudado uretral_____.

OTRAS PRUEBAS:

Diagnostico definitivo _____

Conducta terapéutica: _____

ANEXO 3. ENTREVISTA PSICOSEXUAL: (Esta entrevista constituye un complemento de la historia clínica)

Parte I:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

PAÍS DE RESIDENCIA

ZONA URBANA O RURAL

NACIONALIDAD

CREENCIAS, AFILIACIÓN Y/O PRÁCTICAS RELIGIOSAS

LOCALIZACIÓN PERSONAL QUE PREFIERA

MOTIVO DE CONSULTA:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO

¿Con qué pareja (s) se presenta?

¿Qué tiempo lleva de relaciones?

¿Qué edad tiene ella o él?

¿Sabe su pareja que Usted vino a esta consulta?

¿Que han hablado al respecto?

¿Como Usted recuerda la última relación sexual exitosa que tuvieron?

¿Como Usted se siente en general, y en particular respecto a este trastorno (explorar depresión, estrés, ansiedad, angustia, estabilidad, cambios de humor, irritabilidad, etc.)?

Y su pareja, ¿cómo se siente (explorar depresión, estrés, ansiedad, angustia, estabilidad, cambios de humor, irritabilidad, etc.)?

¿Cómo está durmiendo y comiendo Usted, han cambiado sus hábitos al respecto?

¿Podemos ahora ir un poco atrás en el tiempo?

¿Puede Usted decirme como eran sus relaciones de pareja antes de que apareciera este trastorno o sea, practicas, caricias, desempeño, satisfacción, fantasías, uso de aditamentos, sustancias, preferencias? - si ya dio elementos de D.S. primaria, no se preguntará

¿Podemos seguir aún más atrás en el tiempo? ¿Qué Usted recuerda de su primera experiencia sexual, de su opinión, de la que fue su primera experiencia? Si lo desea puede darme detalles o resumir, como Usted prefiera.

¿Hay algo más del pasado que me quiera referir?

¿Podemos pasar entonces a la situación actual, de acuerdo?

¿Tienen Usted y su pareja preocupaciones en torno a la fertilidad?

¿Buscan descendencia, han decidido protegerse y no buscar embarazo, o no tienen precisado este aspecto?

Prácticas sexuales con su pareja, preferencias, formas en que tienen las relaciones sexuales, tiempo y privacidad

¿Usan juegos amorosos, caricias, rutinas, creatividad, fantasías, sueños?. ¿Participan ambos?

¿Hay algo que Usted ha notado que le resulta más exitoso o que le ayuda más en las relaciones sexuales?

¿Que han hecho a partir que aparecieron las dificultades, como las enfrentan?

- Evaden las relaciones sexuales

- Insisten

- Han hecho cambios en ellas

¿Y si sale mal se culpan, discuten?

¿Tratan de mantener no obstante los intercambios sexuales?

¿Logran incluso satisfacción por medio de otros intercambios (auto masturbación, caricias buco genital y/o manual?

¿Recuerda Usted algún incidente, episodio o situación traumática negativa, violenta o complicada, experimentada por Usted relacionada con el sexo, reciente o remoto?,

¿Puede hablarme de eso?

¿Utilizan Usted o su pareja, para la estimulación, alguna sustancia, aditamento o imagen gráfica?

¿Que sería para Usted una exitosa, buena, relación sexual?

De forma ideal, en su mente, ¿como le gustaría que se resolviera este trastorno?

Parte II:

PREGUNTAS DE CIERRE (se realizarán después de las específicas de cada disfunción, y para todas)

¿Hay algo más que yo deba saber, o que Usted crea que deba decirme?

¿Hay algo más que Usted quiera decirme, relacionado con este trastorno o con alguna otra situación?

¿Está Usted de acuerdo en continuar y pasar a Terapia Sexual, y que nosotros sigamos con los diferentes procederes y tratamientos que entendamos mejor para Usted, (siempre consultándolo previamente a Usted), entre ellos posiblemente haya indicaciones e instrucciones para que Usted y su pareja cumplan en la intimidad?

¿Quiere Usted que contemos con su pareja para los tratamientos?

¿Estará de acuerdo en participar? (Si la respuesta es negativa le explicaremos que igual le brindaremos atención y tratamiento, aunque sería una ayuda contar con la pareja), pero no es inconveniente si no puede ser.

Terminamos agradeciendo por habernos confiado cuestiones tan íntimas, y reiteramos el compromiso de nuestra confidencialidad y garantías éticas, en el manejo de esta información.

Indicación de Psicometría:

¿Cual?

¿Por que?

PARTE III (preguntas específicas para cada disfunción)

Para la Disfunción Sexual Eréctil, remitirnos al Cuestionario Internacional de las 15 Preguntas que aparecen adjuntas a las Historia clínica

TRASTORNOS EN LA EYACULACION:

EYACULACION PRECOZ:

¿Cuan precoz o rápida es la Eyaculación?

¿Ocurre en el juego amoroso sin penetrar?

¿Ocurre a las puertas de la vagina sin penetrar?

¿Ocurre al penetrar sin haber realizado ningún movimiento?

¿Ocurre en los primeros movimientos, de 2 a 3?

¿En los primeros movimientos, de 4 a 5?

¿Logra controlar la eyaculación en el juego amoroso o en la masturbación?

¿Ha estado en condiciones de abstinencia algún tiempo atrás, cuando, cuanto y por que?- Podemos indagar aquí sobre enfermedad prolongada de él o ella, y/o su pareja, trabajo fuera del lugar de residencia, prisión, navegantes, y otros que pudieran propiciar abstinencia-.

¿Que frecuencia de relaciones sexuales –con penetración - presenta actualmente?

¿Que frecuencia de masturbación?

EYACULACION DEMORADA O AUSENTE:

Precisar si es demorada o ausente

Si no se alcanza la eyaculación por agotamiento, extenuación, cansancio propio, de la pareja o abandono del coito por esas razones

¿Logra controlar la eyaculación en el juego amoroso o en la masturbación?

¿Ha estado en condiciones de abstinencia algún tiempo atrás, cuando, cuanto y por que? Podemos indagar aquí sobre enfermedad prolongada de él o ella, y/o su pareja, trabajo fuera del lugar de residencia, prisión, navegantes, y otros que pudieran propiciar abstinencia-.

¿Que frecuencia de relaciones sexuales –con penetración - presenta actualmente?

¿Que frecuencia de masturbación?

ANORGASMIA FEMENINA

¿Alguna vez ha llegado al orgasmo de alguna forma (en el coito o por manipulación de cualquier tipo)? ¿Quisiera hablarnos un poco de esto?

¿Que es para Usted el orgasmo? ¿Cómo lo describiría?

¿Que aspiraría a sentir para asegurar que ha tenido un orgasmo?

¿Ha fingido o finge el orgasmo? ¿Puede explicarme como, en que circunstancias, como se siente?

¿Se ha masturbado o se masturba?. ¿Puede decirme con que frecuencia? Y si está de acuerdo, nos ayudaría mucho, para entender el trastorno, que nos describiera brevemente

en que circunstancias lo hace y si utiliza algún aditamento o una forma específica, o cualquier otra información que Usted., considere importante relacionada con esto.

Si la respuesta es no, entonces preguntar, ¿por alguna razón especial es que no lo ha hecho? ¿Quiere decirme algo más al respecto?

Anexo 4. Indicadores Biológicos.

Transaminasa: Glutámico Pirúvico (TGP)-10 VI

Hemograma:-HB-12 g/l

HTo-0.40 l

Eritrosedimentación: 10mm

VIH: -Negativo

Serología: No reactiva

Glicemia en ayuna: 4.5 mmol/l

Colesterol total: 7.5mmo/i

Triglicéridos: 1.70mmo/l

Ultrasonido de próstata: -Próstata de tamaño normal. Ecogenicidad normal. Textura homogénea.

Plestimografía: -Buena entrada de flujo sanguíneo.

Potenciales evocados sensitivos (PES) de pene: Daño axonal de las fibras mielínicas sensitivas y motoras del plexo pudiendo.