



LA GRAN AUSENCIA: LOS MODELOS MEDIACIONALES EN LOS ESTUDIOS SEXOLÓGICOS.

J. Almeda¹, H. Domínguez-Cagnon¹, B. Farré Sender¹, E. Oller², L. Ibarz³, J. M^a. Farré¹

1 Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Dexeus (Barcelona)
2 Servicio de Urología del Hospital Universitario Dexeus (Barcelona)
3 Servicio de Angiología-Cirugía Vasculardel Hospital Universitario Dexeus (Barcelona)

El Trastorno Eréctil (TE) se caracteriza por una marcada dificultad para conseguir una erección suficiente durante la actividad sexual y/o para mantenerla hasta su finalización (APA, 2014). Es un problema de salud frecuente, que deteriora el bienestar psicológico y la calidad de vida de entre 1,5 y 2 millones de varones españoles y sus parejas. Actualmente, el diagnóstico del trastorno se centra en la reactividad sexual del paciente y su tratamiento psicológico se basa en la reeducación de actitudes, estilos de vida y conductas sexuales desadaptativas, lo cual es coherente con la necesidad de acudir a modelos mediacionales en los estudios sexológicos. La evidencia empírica de la implicación de la autoeficacia, la autoestima y de las actitudes sexuales en los trastornos psicoemocionales es sólida. Por ello, estas variables podrían tener un papel decisivo en la etiología y mantenimiento del problema (Farré y Lasheras, 2002), especialmente en el subtipo psicógeno. Identificar niveles de autoeficacia y autoestima significativamente bajos, así como actitudes sexuales negativas (erotofobia) en estos pacientes contribuiría a orientar adecuadamente a los terapeutas en la optimización de los programas de tratamiento. De entre los trastornos sexuales, el TE es la disfunción sexual por la que los varones consultan con mayor frecuencia. Según datos del estudio EDEM (Martín Morales y cols., 2001), el 19% de los varones de entre 25 y 70 años presentan algún grado de disfunción eréctil. El Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil (Farré y cols., 2002) indica que esta prevalencia tiende a aumentar con la edad (8,6 en varones de 25- 39 años; 13% de 40-49 años y 24,5% entre 50-59 años), llegando a alcanzar el 49% en varones de 60-70 años. El mayor promedio de TE se encuentra en esta última franja de edades, debido a una combinación entre factores orgánicos y mixtos, mientras que aquella debida a factores psicológicos se situaría en un rango de porcentaje del 30%. La etiología del TE ha constituido el tema de estudio de numerosas investigaciones. Puesto que en la función eréctil intervienen diversos factores físicos y psicológicos, una alteración en uno o más factores puede conducir al trastorno (Farré y cols., 2016). De entre las variables psicológicas implicadas, la percepción de autoeficacia sexual y la autoestima son unos de los menos conocidos, a pesar de la evidencia acerca de su implicación en la mayoría de trastornos psicológicos y emocionales.

La autoeficacia afecta la respuesta sexual y emocional durante la relación sexual asociada. Por ello, la evaluación de esta variable juega un papel importante en la evaluación de tratamientos eficaces para el TE (Rowland y cols., 2015). Asimismo, se sabe que las personas erotofóbicas tienden a responder con actitudes más negativas a estímulos sexuales e intentan evitarlos (Fisher y cols., 1988), un fenómeno común en muchos pacientes con TE. El objetivo de nuestra investigación es estudiar la gravedad de este trastorno, tanto del subtipo psicógeno como orgánico, en pacientes varones de entre 18 y 70 años con TE que consulten en los servicios de Psiquiatría-Psicología, Angiología-Cirugía Vasculardel Hospital Universitario Dexeus. Los instrumentos que utilizamos son: Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5; Rosen y cols., 1997. Validación española: Zagarra, 2011), Inventario Breve de Función Sexual (BSFI; O'Leary et al., 1995. Validación española: P. Vallejo-Medina, 2009), Symptom Checklist-90Revisada (SCL-90-R; Derogatis, 1977. Adaptación española: González de Rivera y cols., 1990), Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+; Hyler, 1994. Validación española: Calvo y Torrubia, 1999), Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania (PSWQ; Meyer y cols., 1990. Validación española: Sandín y cols., 2009), Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin y cols., 1989. Validación española: Cano y cols., 2006), Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS; Frost, 1990. Adaptación española: Rodríguez Campayo y cols., 2009), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger y cols., 1983. Validación y adaptación española: Pino Muñoz y cols., 2013), Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS; Gilbert, 1984. Adaptación española: F. Cabello, 2013), Escala de Autoestima Sexual (SSES; Snell, 1989. Traducción española: J. Almeda; revisada por J. M. Farré, 2017), y el Índice de Autoeficacia Sexual (SSEI; Rowland y cols., 2015. Traducción española: J. Almeda; revisada por J. M. Farré, 2017). Hipotetizamos que estos pacientes presentarán niveles bajos de autoeficacia y, posiblemente más actitudes erotofóbicas hacia la sexualidad. Correlacionaremos la autoeficacia, la autoestima y la erotofobia con características de personalidad, tipología de la disfunción eréctil y otras características dimensionales, como: el afrontamiento al estrés, el perfeccionismo y la ansiedad estado-rasgo. Presentamos resultados parciales de 38 pacientes con TE, de tipo psicógeno, de un estudio piloto previo, los cuales ya apuntaban alguna de las hipótesis planteadas. En la misma dirección, exponemos los resultados de un estudio piloto en Deseo Sexual Inhibido en mujeres