

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 11/12/23 Aceptado: 4/3/24

TRASTORNO ERÉCTIL: ¿QUÉ FACTORES PUEDEN AFECTAR A SU GRAVEDAD?: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO-CORRELACIONAL

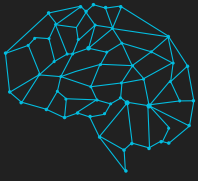
ERECTILE DYSFUNCTION: WHAT FACTORS AFFECT ITS SEVERITY? A DESCRIPTIVE CORRELATE STORY

A. Fuentes¹, J.M. Farré², B. Farré-Sender³, P. Ponce-López³, G. Lasheras²

¹Psicóloga. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus (SPPPM-HUD). Barcelona. Investigadora colaboradora. ²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus (SPPPM-HUD). Barcelona

³Psicólogo/a. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Dexeus. Barcelona

Correspondencia: Andrea Fuentes. fuentes.andrea.24@gmail.com, Email: jmfarremarti@gmail.com



RESUMEN

Una de las disfunciones sexuales más comunes es el trastorno eréctil (TE). Pretendemos identificar factores asociados a la gravedad del TE. Treinta y seis hombres, entre 18 y 70 años, que presentan un diagnóstico de TE, basado en los criterios DSM-V, han sido evaluados a través de una entrevista clínica y de una batería de 7 cuestionarios (IIEF, SCL-90, PDQ-4, PSWQ, STAI, SSES, SSEI). La metodología se centró en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional de diseño ex post facto con muestreo por conveniencia. Los resultados del modelo de regresión final muestran que la autoeficacia sexual, determinadas tendencias de personalidad y la sintomatología de depresión, somatización, obsesión-compulsión y ansiedad son factores asociados a la gravedad del TE, explicando el 51,3% de la varianza. Poder identificar aquellos factores asociados a la gravedad del TE, puede tener una relevante importancia para poder trabajar en su prevención y mejorar la orientación de las intervenciones psicológicas.

Palabras clave: trastorno eréctil, autoeficacia sexual, autoestima sexual, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

One of the most common sexual dysfunctions is erectile disorder (ED). Therefore, this research aims to identify factors associated with the severity of ED. Thirty-six men, aged 18 to 70 years, with a diagnosis of ED, based on DSM-V criteria, were assessed by means of a clinical interview and a battery of 7 questionnaires (IIEF, SCL-90, PDQ-4, PSWQ, STAI, SSES, SSEI). The methodology focused on a quantitative, descriptive-correlational study of ex post facto design with convenience sampling. The results of the final regression model shows that sexual self-efficacy, certain personality tendencies and the symptomatology of depression, somatization, obsession-compulsion and anxiety are factors associated with the severity of TE, explaining 51.3% of the variance. Being able to identify those factors associated with the severity of TE may be of relevant importance in order to work on its prevention and improve the orientation of psychological interventions.

Keywords: erectile disorder, sexual self-efficacy, sexual self-esteem, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no únicamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Por ello, tal y como asegura la Asociación Mundial para la Salud Sexual, la salud sexual está directamente relacionada con el bienestar y la calidad de vida de las personas. Es por ello, que aquellas personas que padecen alguna disfunción sexual, padecen un deterioro de su estado de salud global, ya que la presencia de la disfunción, impide que la persona viva la sexualidad como un aspecto enriquecedor de su vida.

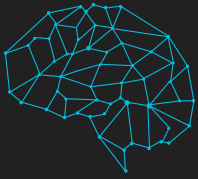
Una de las disfunciones sexuales más comunes es el trastorno eréctil (TE). Forma parte de la categoría diagnóstica de Disfunciones Sexuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) y se define por una elevada dificultad en conseguir y/o mantener la erección, así como, una posible reducción marcada de la rigidez. Se establecen especificadores, los cuales ayudan a definir la naturaleza y características del TE. Hacen referencia a si el

TE es primario o secundario, si es generalizado o situacional y si su gravedad es leve, moderada o grave.

Su prevalencia puede variar entre diferentes países, culturas y razas. En España, un estudio de Farré et al, 2009, revisado en 2019 indica que esta prevalencia tiende a aumentar con la edad: 8,6% en hombres entre 18 y 34 años; 13,7% entre 35 y 50 años; 24% entre 50 y 60 años; 53,7 en más de 60 años (Figs. 1 y 2).

Este trastorno se asocia a procesos multifactoriales, es decir, en su etiología intervienen diversos factores tanto físicos como psicológicos. De hecho, hoy día tendemos a considerar un factor *mixto* en el cual estarían presentes respuestas de alta sensibilidad *vasoespástica*, que se podrían objetivar en el Eco Doppler, presentes tanto en los psicógenos como en los orgánicos.

Ante esto, algunos estudiosos prefieren llamar a los psicógenos, *funcionales*, siguiendo las tendencias en Psicología y en afrontamiento del dolor (Farré-Martí, 2022; Nieto et al, 2023) con factor mixto (30%) y comorbilidades: patología mental, vg trastorno de Ansiedad o TOC; Trastornos de Personalidad (TP) o tabaquismo, amén de disfunciones dobles.



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.



Figura 1. Epidemiología del TE (Farré, Almada y Lasheras, 2019).

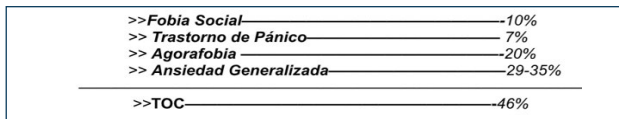


Figura 2. Epidemiología TE, Trastornos de Ansiedad y TOC.

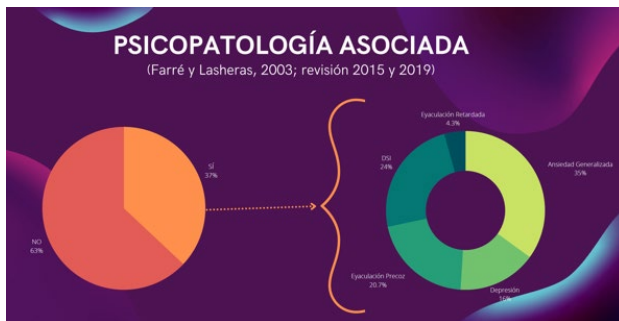


Figura 3. Psicopatología Asociada.

En el caso de los orgánicos, el factor mixto (33%) también iría más allá de la reactividad autonómica y abrazaría las reacciones psicógenas ante la seguridad o el miedo a la presencia de la etiología somática: un ejemplo lo tendríamos en la ansiedad ante la posibilidad o la evidencia del factor vascular en la diabetes, unas reacciones insertadas en otros aspectos globales, simplemente comórbidos: complicaciones de la propia patología orgánica, responsable del trastorno...o incluso alteraciones concomitantes de salud mental (Fig. 4).

La *Sensibilidad a la Ansiedad* (SE) es la primera dimensión que aparece en el firmamento ansioso de la etiología

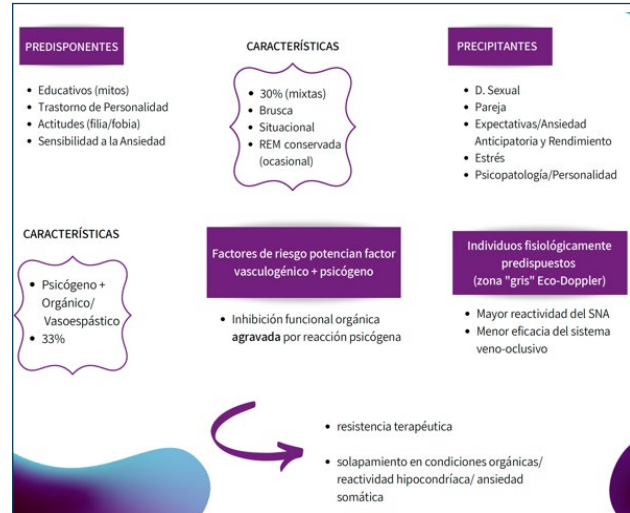


Figura 4. TE Funcional y TE Mixta.

Miedo a las sensaciones inducidas por la ansiedad

- Expectativas: ¿A qué tengo miedo? Del daño/peligro de la ansiedad y de la evaluación social

Creencias de que estas sensaciones tendrán consecuencias negativas

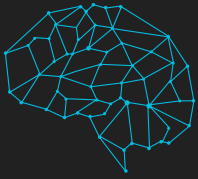
- Sensibilidades: ¿Por qué tengo miedo? Por las consecuencias somáticas, sociales o psicológicas negativas

Tendencia o factor de riesgo de los Trastornos de Ansiedad y Neuroticismo

Figura 5. Sensibilidad a la Ansiedad.

estructural de la TE, fundamentalmente en las funcionales, como elemento primario y en las orgánicas, como secundario. Es un componente de riesgo o directamente causal. Sus características nucleares están reflejadas en la figura 5.

Se la considera una medida de Personalidad, prima hermana de la "Sensibilidad al Daño de Millon", distinta a la Ansiedad-Rasgo y factor de riesgo para trastornos de ansiedad y neuroticismo. La puntuación del cuestionario específico de medida ("Anxiety Sensitivity Index") es significativa en pacientes con TE, contribuyendo a la inhibición sexual ante la amenaza del rendimiento por el miedo al fallo (Farré, 2018).



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

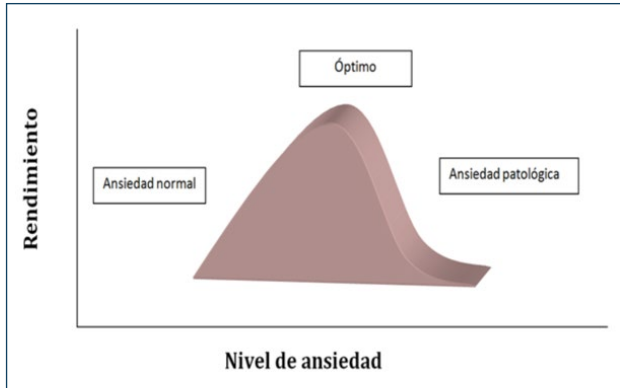


Figura 6. Ansiedad y Disfunción Sexual.

El paciente elabora tanto la Ansiedad anticipatoria fundamentada en la correlación curvilínea de la ley de Yerkes-Dodson, como en la estructurada de rendimiento que se concatenan entre sí y potencian el bloqueo de respuesta, las ruminaciones y las posibles conductas de evitación (Figs. 6 y 7).

Un concepto que ha demostrado ser clave para entender el estado de salud psicológica general, en el que se incluye una respuesta sexual saludable, es la **autoeficacia**. Se puede resumir su papel por su influencia en las decisiones, en los patrones de pensamiento y emociones y en las expectativas (Rodrigues, Catao et al, 2008; Rowland et al., 2015). La Autoeficacia es un constructo desarrollado por Bandura (Farré-Sender y Mestres, 2015): se trata de la habilidad percibida para ser eficaz en una tarea determinada sobre la base de las experiencias anteriores, con percepción de control de la situación. Se ha incorporado en el tratamiento de diferentes respuestas bioconductuales como las fobias, el abuso de sustancias, la ansiedad social, y trastornos alimentarios entre otras. Las investigaciones sobre la relación entre la autoeficacia y la respuesta sexual son escasas, pero se ha demostrado que un nivel percibido de menor autoeficacia es una señal de mayor severidad del TE (Rowland et al, 2015)

Así y todo, se antoja como evidente que la autoeficacia es un constructo útil que puede explicar y predecir estrategias efectivas, cognitivas, motivacionales y conductuales relevantes en las situaciones sexuales.

Otro constructo a considerar es la **autoestima** sexual, entendida como una dimensión que puede llegar a ejercer una gran influencia sobre el comportamiento que las personas emiten en las situaciones sexuales, repercutiendo así, de

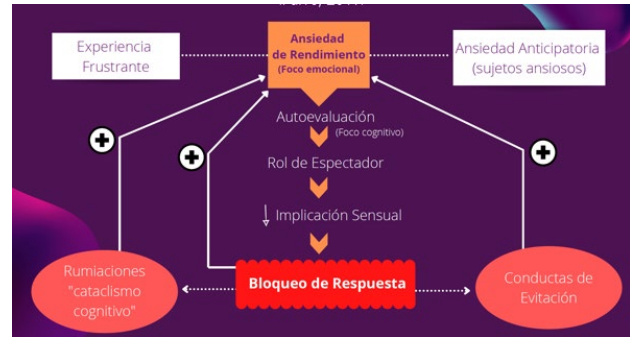


Figura 7. Proceso Psicológico del TE.

forma relevante en la salud sexual de las personas (Sierra et al, 2018; Snell & Papini, 1989).

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la relevancia de la cuestión, el objetivo planteado es identificar los factores asociados a la gravedad del trastorno eréctil, para poder abordar su prevención y mejorar la orientación de las intervenciones psicológicas, una vez él TE ya instaurado. Los objetivos específicos consideraban y la la relación entre gravedad de la TE, la autoeficacia, y la autoestima sexual, la presencia de psicopatología y las características de personalidad.

Las **Hipótesis** que hemos barajado son las correlaciones negativas entre la gravedad de la TE y las autoeficacia y autoestima adecuadas. Y, a su vez, la positiva con psicopatología activa y los TP.

METODOLOGIA

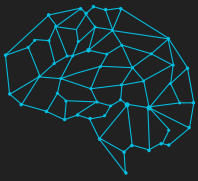
DISEÑO

Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional de diseño ex post facto con muestreo por conveniencia (Tabla 1).

PARTICIPANTES

Han participado 36 hombres, entre 18 y 70 años, que han consultado los servicios de Psiquiatría-Psicología, Angiología-Cirugía Vascul ar y/o Urología del Hospital Universitario Dexeus, entre los años 2019 y 2022.

Para seleccionar los participantes se realizó un muestro intencional a partir de los criterios de inclusión y exclusión que aparecen en la Tabla1.



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

Tabla 1.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Hombre 18-70 años Diagnóstico TE basado en criterios DSM-V 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de tóxicos que puedan alterar la respuesta sexual normal. Consumo de fármacos cuyo efecto pudiera ser la causa de la disfunción sexual. Enfermedades psiquiátricas graves: <i>trastornos de personalidad graves, demencias, trastorno bipolar y esquizofrenia.</i> Enfermedades orgánicas: <i>diabetes, enfermedades vasculares y prostatectomía radical por neoplasia.</i>

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se administro una entrevista clínica para recoger información sobre variables sociodemográficas (edad, estado civil, relación pareja estable), variables médico-psiquiátricas (antecedentes familiares y personales médicos, antecedentes familiares y personales psiquiátricos y presencia de TE (aparición y tipo de TE).

Complementariamente se administró la batería de cuestionarios descrita a continuación.

- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Rosen y cols., 1997, Zegarra, 2011): instrumento breve, válido para medir diferentes aspectos asociados a la función sexual masculina. Se agrupan en 5 dimensiones: función eréctil, función orgánica, diseño sexual, satisfacción en la relación sexual y satisfacción global. Para determinar qué grado de severidad presenta el TE, se utiliza la puntuación obtenida en el dominio de "función eréctil": TE grave (puntuación de 6-10), TE moderado (puntuación de 11-16), TE leve (puntuación de 17-25) y ausencia de TE (puntuación igual o superior a 26).
- *Symptom Checklist-90-Revisada* (SCL-90-R; Derogatis, 1977, González de Rivera y cols., 1990): cuestionario que permite evaluar una gran variedad de síntomas psicopatológicos. Su corrección e interpretación, nos permite obtener información de 9 dimensiones sintomáticas, las cuales son "Somatización", "Obsesiones y Compulsiones", "Sensibilidad Interpersonal", "Depresión", "Ansiedad", "Hostilidad", "Ansiedad Física", "Ideación Paranoide" y "Psicoticismo".
- *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Tyler, 1994, Calvo y Torrubia, 1999): es un cuestionario de trastornos de la personalidad (TP) basado en los criterios del DSM-IV. Permiten evaluar 10 trastornos de la personalidad específicos, incluidos en el Eje II del DSM-IV (TP Paranoide, TP Esquizoide, TP Esquizotípico, TP Histriónico, TP Narcisista, TP Límite, TP Antisocial, TP por Evitación, TP por Dependencia, TP Obsesión-Compulsión) y 2

trastornos pendientes de estudio incluidos en el anexo B (TP Pasión-Agresión, TP Depresión).

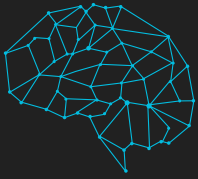
- *Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pensilvania* (PSWQ; Meyer i cols., 1990, Sandín y cols., 2009): instrumento que permite evaluar la tendencia general a preocuparse. El rango de puntuación total va de 16 a 80, en el que una mayor puntuación indica una mayor tendencia a la preocupación generalizada.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberg y cols., 1983, Pino Muñoz y cols., 2013): cuestionario que permite valorar la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. Como más elevada es la puntuación en cada escala, más presencia de ansiedad tiene o está.
- *Escala de Autoestima Sexual* (Sexual-Esteem Efficacy Scale-SSSES; Snell, y Papini, (1989). Traducción J. Almeda; Revisión J.M. Farré): subescala del cuestionario de la Escala de Sexualidad (SS), que evalúa la autoestima sexual, en cuanto a la consideración positiva y la confianza en la capacidad de experimentar la práctica sexual de forma satisfactoria y agradable. Esta consideración refleja las experiencias previas que la persona ha visto al volverse sexual. El rango de puntuación oscila de 8 a -8, indicando que, a mayor puntuación, mayor es la autoestima sexual.
- Índice de Autoeficacia Sexual -SSEI; Rowland y cols., 2015. Trad. esp: J. Almeda; revisada por J. M. Farré, 2017): índice útil para medir la autoeficacia sexual, definida como la tendencia a valorar positivamente la capacidad de relacionarse sexualmente con una pareja. El rango de puntuaciones va de 4 a 28, de tal manera que puntuaciones más elevadas indican una mayor percepción de autoeficacia sexual.

PROCEDIMIENTO

El primer paso consistió en la identificación de un varón susceptible de participar en la investigación. Esta identificación se realizó a través de los facultativos de las unidades colaboradoras, quienes ofrecieron la posibilidad de participación, explicando brevemente en qué consistía la investigación. Seguidamente, los solicitantes que aceptaron, fueron citados al Servicio de Psiquiatría y Psicología del HUDexeus, donde fueron informados extensamente de los objetivos, el procedimiento y las particularidades de la investigación, así como se procedió a firmar el consentimiento informado pertinente. Una vez completado este requisito preliminar, los pacientes procedieron a responder a todos los cuestionarios citados en el apartado anterior.

Análisis de Datos

Se han analizado las diferencias en la gravedad del trastorno eréctil mediante la puntuación total de la escala



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

Funcional Eréctil (FE) del IIEF respecto a diferentes variables con potencial de influir en este factor (peso del TE). Para las variables continuas, se han calculado los coeficientes de Pearson para evaluar su relación con la FE. Para las variables categóricas, se ha realizado un ANOVA. Se complementó con un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los factores relacionados con la puntuación de la FE.

Para la variable de interés (gravedad del TE medido con la puntuación de la FE del IIEF), el número total de muestras utilizables ha sido 36. Esto ha permitido detectar una medida del efecto tan pequeña como 0,05 con un 80% de potencia estadística, como mínimo. El nivel de significación estadística seleccionado ha sido un valor inferior a 0,05.

El análisis estadístico se ha realizado con el SPSS v.21

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos indican que los hombres de la cohorte (n=36) tienen entre 18-67 años y la mayoría se encuentra en una situación laboral activa. El 42,7% de la población era soltera, mientras que el 33,3% estaba casada, el resto, divorciados (13,9%) o viudos. La mayoría (80,7%) eran parejas estables.

En lo que respecta a las variables médico-psiquiátricas, un 58,3% de la cohorte presentaba antecedentes médicos familiares, y un 27,4%, antecedentes psiquiátricos. En relación a los antecedentes *personales*, el 50% reportaba antecedentes médicos y el 41,7%, psiquiátricos. También se pudo observar cómo aproximadamente un 60% presentaba algún tipo de disfunción sexual asociada al TE, entre las cuales se encontraba el deseo sexual inhibido (30,6%), la eyaculación precoz (11,1%) y la eyaculación retardada (13,9%).

En el análisis de las características del TE, podemos observar cómo el 11,1% mostraba un TE primario y un 88,9%, secundario. Su aparición, fue brusca en el 58,35% de la cohorte, mientras que en un 36,1 fue progresiva y en un 5,6% desde el inicio de la actividad sexual. Un 72,2% fue funcional/psicógeno y un 27,8%, mixto

En el análisis bivariante entre variables cualitativas y la gravedad del Trastorno Eréctil no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de covariables (Tabla 2).

En el análisis bivariante entre variables cuantitativas y la gravedad del trastorno eréctil, se han encontrado correlaciones negativas estadísticamente significativas entre la FE y la autoeficacia sexual, la presencia de trastorno de la

Tabla 2. Análisis Multivariante de los Factores Asociados a la Gravedad del TE (medida con la subescala de Función Eréctil (FE) del IIEF).

Modelo	B	SE B	β	t	p valor
(Constante)	15.117	4.049		373.348	0.001
SSEI	-0.332	0.157	-0.347	-2.114	0.0451
SCL90-Depresión	-0.825	1.363	-0.122	-0.605	0.551
PDQ4	0.939	0.485	0.321	1.937	0.065
SCL90-Somatización	-1.542	1.845	-0.192	-0.836	0.411
SCL90-Obsesión-Compulsión	-0.732	1.954	-0.094	-0.374	0.711
SCL90-Ansiedad	0.172	1.605	0.033	0.107	0.916

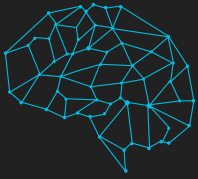
personalidad, la somatización, la obsesión-compulsión, la depresión y la ansiedad.

El análisis multivariante, basado en el modelo de regresión lineal múltiple que incluye las variables independientes (predictoras) con relaciones estadísticamente significativas con la variable dependiente (resultado), ha proporcionado un modelo final válido (ANOVA = 0,05) que explica el 51,3% de la variación ($R^2=0,513$). En este modelo la autoeficacia sexual ha sido el mayor predictor de la gravedad del TE, obteniendo un valor estadísticamente significativo. La variable tendencias de personalidad obtuvo un valor que se ajusta a la significación y la depresión, la somatización, la obsesión-compulsión y la ansiedad entran en el modelo, pero no obtienen significación estadística.

DISCUSIÓN

En este estudio se han analizado posibles factores asociados a la gravedad del trastorno eréctil, permitiendo concluir que la gravedad del TE se ve fuertemente influenciada por la autoeficacia sexual, moderadamente influenciada por rasgos característicos de personalidad y levemente influenciada por síntomas depresivos y ansiosos.

La tendencia a valorar negativamente la propia capacidad para relacionarse sexualmente con una pareja (autoeficacia sexual baja) se relaciona con una mayor gravedad del TE. Esto resulta coherente con los resultados reportados en investigaciones anteriores, basadas en el estudio de la relación de estas dos variables (Holden, 1999; Latini et al., 2002; Rowland et al., 2015). La autoeficacia sexual, se conforma a partir de experiencias anteriores, y su relación con el TE se



puede entender a través de las propias consecuencias de una baja autoeficacia sexual. En primer lugar, la influencia sobre las decisiones, donde se ha comprobado como las personas escogen aquellas actividades y aquellos objetivos en los que creen que pueden tener éxito y evitan los que puedan fracasar (Rowland et al., 2015), podría aumentar y mantener el problema del TE. Además, la influencia en los patrones de pensamiento y emociones promueven sentimientos de incapacidad para afrontar a las demandas contextuales (baja autoeficacia), tendiendo a anticipar posibles dificultades como más graves de los que son, experimentando así, más emociones negativas, más estrés y patrones de pensamiento ansioso centrados en el fracaso y los posibles obstáculos y dificultades (Bandura, 1982). Por último, la influencia en las expectativas, es decir, en la anticipación del futuro. Altos niveles de autoeficacia se relacionan con estrategias de actuación positivas y visualización del éxito, incluso, ante situaciones que se consideran problemas importantes. Niveles de autoeficacia bajos, en cambio, se asocian con la tendencia a focalizarse en los aspectos negativos de las situaciones y visualizar resultados de fracaso (Bandura, 1989). Por lo tanto, desde el punto de vista del TE, las personas que han vivido experiencias de pérdida de erección y su autoeficacia sexual es baja, tienden a imaginar y focalizar su atención en todas las posibles dificultades y obstáculos que pueden experimentar en la situación sexual, potenciando los parámetros propios de la ansiedad, anticipando y visualizando un resultado de fracaso. Todo ello influirá en la exposición que decida experimentar la persona ante las situaciones sexuales, tendiendo cada vez más a evitarlas. Es razonable asociar que, a una menor autoeficacia sexual percibida, mayor será la influencia sobre las decisiones, pensamientos, emociones y expectativas de la persona y mayor será la gravedad del TE.

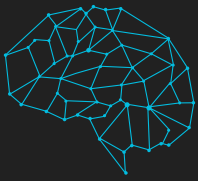
Otro hallazgo importante es la relación entre síntomas psicopatológicos y TE. En este sentido, se reporta que la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa puede influir en la gravedad del TE, hecho que también se ha podido comprobar en otros estudios (Boddi et al., 2015; Quinta Gomes & Nobre, 2011). El modelo de Barlow, (2018; 1986), ilumina la responsabilidad de la ansiedad en la aparición y el mantenimiento del trastorno eréctil. La ansiedad se sustenta en 4 factores: a) miedo al fracaso, b) obligación de resultados, c) altruismo excesivo y d) autoobservación. Ansiedad que juega un rol principal en el desencadenamiento de la pérdida de erección. Teniendo presente este concepto de ansiedad, Barlow explica que la persona con

dudas sobre su ejecución o respuesta eréctil, reacciona negativamente ante la demanda (implícita o explícita) de relaciones de la pareja. Esta reacción negativa se debe a que, por un lado, la persona percibe una falta de control sobre la situación, que la lleva a asumir un rol de espectador, el cual se caracteriza por conductas de autoobservación. A su vez, se anticipa un resultado de fracaso, que provoca un aumento de la ansiedad. Frente a esta reacción negativa, la persona intenta por un resultado de éxito, de tal manera que realiza intentos conscientes para conseguir la erección, intentos que consiguen justo lo contrario de lo que pretenden: pérdida y mayor dificultad de erección. Para explicar este hecho, debemos considerar que la erección es un proceso fisiológico automático e involuntario, de tal manera que rumiar obsesivamente en conseguirla; esta "selectividad" del objetivo, desvía la atención hacia los estímulos eróticos y sensuales lo que se empobrece y bloquea la respuesta fisiológica, abrumada por la emoción negativa y la cognición intrusa del momento. El resultado final, es un predominio adrenérgico que comporta el fracaso eréctil (Fig. 7).

La aparición de procesos de somatización es entendidos como forma de expresión de la ansiedad, resulta coherente como variable dependiente más a sumar en la contextualización de la Ansiedad, teniendo además la deconstrucción de aquel concepto (Aubá, 2020, Farré, 2022).

Los resultados permiten deducir que presentar ciertas tendencias o claros criterios de TP, pueden afectar a la gravedad del TE. Son rasgos característicos de los trastornos de personalidad evitador, obsesivo-compulsivo, depresivo y paranoide. Lo que resulta coherente, por una parte, con la relación encontrada en su momento por Peixoto y Nobre (2016) en el que los hombres con TE presentaron niveles significativamente más altos de neuroticismo. Una de las características de las personas con tendencias muy marcadas de personalidad es la dificultad de gestión de las emociones, la cual puede ser poco eficaz. Así pues, puede suponer un problema a la hora de gestionar el TE y todas las emociones implicadas, dando como resultado una mayor gravedad al TE.

Esperábamos constatar una influencia significativa de la autoestima sexual sobre el TE, pero esta variable no ha obtenido suficiente potencia estadística como para formar parte del modelo final. Una explicación a este hecho podría ser que en esta investigación se ha planteado la baja autoestima sexual como una variable independiente que influye sobre la gravedad del TE, es decir, que una baja autoestima sexual, comportará una mayor gravedad del TE. Es posible que la afectación a la



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

autoestima sea una consecuencia de padecer TE. Tal y como definen Snell y Paini (1989), la autoestima sexual es la valoración positiva y la confianza en la capacidad de experimentar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera. Así pues, una adecuada autoestima sexual se caracteriza por una actitud y un comportamiento positivo frente al sexo, exento de sentimientos de culpa, ansiedad sexual y/o depresión..

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la insuficiente amplitud de la muestra. De cara a futuros estudios, será conveniente ampliarla e incluir un grupo control.

CONCLUSIONES

El estudio muestra la presencia de diversos factores (presencia de síntomas psicopatológicos (ansiedad y depresión), tendencias de personalidad (neuroticismo) y autoeficacia sexual) que deben ser considerados en la evaluación de los varones que presenten trastorno eréctil, con tal de prevenir o mejorar la gravedad de éste.

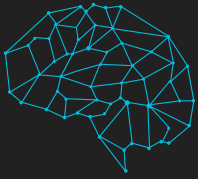
Estos factores pueden ser identificados y tratados en el contexto terapéutico, una vez realizada la detección del trastorno eréctil. Asimismo, la investigación sugiere la implicación de elementos clínicos y psicológicos en la gravedad del trastorno eréctil, los cuales proporcionan una base sólida para el futuro tratamiento y prevención del trastorno eréctil grave y nos guían hacia una promoción del comportamiento sexual saludable más adecuada.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

1. Ni el proyecto de estudio ni el estudio fueron financiados;
2. J.M. Farré- Martí, A. Fuentes y B. Farré -Sender diseñaron el estudio.
A. Fuentes y JMFarré construyeron el protocolo, y recogieron muestra.
B. Farré-Sender elaboró la estadística y participó en la discusión y conclusiones.
A. Fuentes concluyó los resultados y los plasmó en el manuscrito.,
J.M. Farré- Martí escribió el manuscrito definitivo que fue revisado por G. Lasheras.
Ponce construyó las figuras y escalas definitivas;
3. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses y el respeto a los aspectos éticos plasmados en la Declaración de Helsinki.

BIBLIOGRAFIA

1. Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Chicago: American Psychiatric Publishing.
2. Aubá, E. (2020) DSMV y CIE11: la deconstrucción de los trastornos somatomorfos. *Psicosomática y Psiquiatría* 12(30-37). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum1202>.
3. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2). <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>.
4. Bandura, A. (1989). Regulation of Cognitive Processes Through Perceived Self-Efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5). <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.729>.
5. Barlow, D.H. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press. New York.
6. Boddi, V., Fanni, E., Castellini, G., Fisher, A. D., Corona, G., & Mario, M. (2015). Conflicts Within the Family and Within the Couple as Contextual Factors in the Determinism of Male Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 12(12). <https://doi.org/10.1111/jsm.13042>
7. Castro, R. P., Hernández, P. C., Casilda, R. R., García, J. R., & Tapia, M. J. R. (2010). Epidemiology of erectile dysfunction. Risk factors. *Archivos Españoles de Urología* (Ed. Impresa), 63(8). <https://doi.org/10.4321/S0004-06142010000800010>
8. Farré Martí, JM.; Mestre G.; I. Tolosa; B. Cejas (2018). *Psiquiatría y Sexualidad*. Ed Síntesis. Madrid.
9. Farré Martí, JM. (2022). ¿Qué es la Psicosomática? *Psicosomática y Psiquiatría* (22) (30-37) <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum22052>
10. Farré Martí, JM., Fuentes, A. & Lasheras, G. ((2021). Epidemiología del TE. En *Sexualidad y Psiquiatría*. XXIV Congreso Nacional de Psiquiatría.
11. Farré Martí, JM. (2018). Los efectos de la ansiedad en la conducta sexual. En *Psiquiatría y Sexualidad*. (15-41) Farré &al. Ed. Síntesis. Madrid.
12. Farré-Sender & Mestres., G. (2015) *Disfuncions Sexuals* SCRITC Butll:
13. Holden, R. R. (1999). The Holden psychological screening inventory and sexual efficacy in urological patients with erectile dysfunction. *Psychological Reports*, 84(1). <https://doi.org/10.2466/pr0.1999.84.1.255>.
14. Latini, D. M., Penson, D. F., Colwell, H. H., Lubeck, D. P., Mehta, S. S., Henning, J. M., & Lue, T. F. (2002). Psychological impact of erectile dysfunction: Validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 168(5). [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)64302-9](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64302-9).
15. Latini, D. M., Penson, D. F., Wallace, K. L., Lubeck, D. P., & Lue, T. F. (2006). Longitudinal differences in psychological outcomes for Men with erectile dysfunction: Results from ExCEEDTM. *Journal of Sexual Medicine*, 3(6). <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00332.x>
16. Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The sses-e: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11(4). <https://doi.org/10.1080/00926238508405450>
17. Macías, G., & Luna, M. (2018). Validación de una Escala de Mandatos de Género en universitarios de México Gender's Commands Scale: Validation with Mexican college students. *CienciaUAT*, 12(2).
18. Nieto, Serrat, M. & Luciano, JV(2023) Definición del dolor. *Psicosomática y Psiquiatría*26(30-37) <https://doi.org/1034810/PsicosomPsiquiatrum2068>
19. Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2016). Personality traits, sexual problems, and sexual orientation: An empirical study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(3). <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.985352>



Trastorno eréctil: ¿Qué factores pueden afectar a su gravedad?

A. Fuentes y cols.

20. Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2011). Personality Traits and Psychopathology on Male Sexual Dysfunction: An Empirical Study. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 461–469. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x>
21. Rowland, D. L., Adamski, B. A., Neal, C. J., Myers, A. L., & Burnett, A. L. (2015). Self-efficacy as a relevant construct in understanding sexual response and dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1). <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811453>
22. Sierra, J. C., Herrera, F. L., Muelas, A. Á., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). The sexual self-esteem: Its relationship with the sexual arousal. *Suma Psicológica*, 25(2), 146–152. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>
23. Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2). <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>
24. Soler, F., Lugo, M. G., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Bertrand, L. M., & Medina, P. V. (2016). Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3).
25. Swindle, R. W., Cameron, A. E., Lockhart, D. C., & Rosen, R. C. (2004). The psychological and interpersonal relationship scales: Assessing psychological and relationship outcomes associated with erectile dysfunction and its treatment. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000007459.48511.31>
26. Torres-Obregón, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Granados, R., Garza-Elizondo, M. E., & Benavides-Torres, R. A. (2019). Interpersonal factors as predictors of sexual self-esteem in women in Northeast Mexico. *Revista Internacional de Andrología*, 17(2). <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.03.003>