

Ansiedad cognitiva rasgo en sujetos con disfunción eréctil psicógena: Estudio piloto

J. Taberner Viera, J.M^a. Farré Martí, L. Giménez Martínez

Resumen

La Ansiedad es considerada como el factor etiológico principal en el desarrollo y mantenimiento de la Disfunción Eréctil (D.E.). El componente fisiológico de la ansiedad facilita la respuesta de erección, mientras que el componente cognitivo tiene un efecto diferente en sujetos funcionales y en disfuncionales. En los sujetos con disfunción eréctil, la ansiedad cognitiva dificulta la erección, centrándose la atención en las consecuencias de un posible fracaso y en las señales no eróticas del estímulo erótico, dando lugar a la ansiedad de ejecución, auto-observación, y al posterior bloqueo de la respuesta de erección.

El objetivo del presente estudio fue determinar si las preocupaciones constantes y la ansiedad anticipatoria son rasgos característicos de la personalidad de una muestra de 17 sujetos diagnosticados de D.E. psicógena, y si la presencia de ansiedad cognitiva rasgo comporta una mayor gravedad en la presentación clínica de la D.E.

Los resultados indican que nuestra muestra de 17 sujetos diagnosticados de D.E. psicógena no se preocupan más ni presentan más ansiedad anticipatoria sobre una amplia gama de acontecimientos que los sujetos de la población normal, sino que se preocupan y anticipan igual, y que la ansiedad cognitiva rasgo no modularía la presentación clínica de la D.E. en referencia a la presencia de mejorías aisladas, tiempo de evolución de la disfunción, evitación o no de las relaciones sexuales, y tipología de la erección en situaciones sexuales no coitales.

Palabras clave: Ansiedad. Disfunción eréctil. Personalidad.

Summary

Anxiety is considered the most important etiological factor in the development and maintenance of erectile dysfunction. The physiological component of anxiety facilitates sexual arousal, whereas the cognitive component of anxiety affect functionals and dysfunctional subjects in a different way. In erectile dysfunction subjects, the cognitive component of anxiety decreases

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática. USP
Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Correspondencia: D. Joan Taberner Viera
Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática.
USP. Institut Universitari Dexeus.
C/ Anglí n° 46
08017 Barcelona
E-mail: tabernerviera@yahoo.es

sexual arousal; the attentional focus is on consequences of a possible failure and in non-erotic cues of the erotic stimuli, developing performance anxiety, self-observation and decreasing of sexual arousal.

The aim of the present study was to determinate if worries and anticipation anxiety are typical personality traits of a sample of 17 psychic dysfunctionals subjects, and if the presence of trait cognitive anxiety bears graver in the clinical erectile dysfunction's presentation.

The results show that our sample of 17 patients diagnosticated of psychic erectile dysfunction are not more worried, neither show more anticipation anxiety over an extensive range of events than normal subjects population. Also, the trait cognitive anxiety does not modulate the clinical erectile dysfunction's presentation, as far as the isolate improvement presence, the dysfunction's evolution time, the avoidance or not the sexual relations, and the erection's tipology in non coitals sexuals situations.

Key words: Anxiety. Erectile dysfunction. Personality.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades en la erección vienen determinadas por factores orgánicos y/o factores de índole psicológico. Las disfunciones psicógenas están en un rango de porcentaje del 20-30% en las poblaciones clínicas estudiadas (Hanash, 1997), y el origen multifactorial es la causa del 66% de las D.E. (Wielke, 1998).

Según sea la etiología, la D.E. se clasifica en orgánica, mixta y psicógena. En la D.E. orgánica los mecanismos fisiológicos de la erección se hallan alterados a causa de enfermedades, uso y/o abuso de sustancias, o por intervenciones quirúrgicas (Benet & Melman, 1995), en ausencia de factores psicológicos con un papel significativo en la pérdida de erección. En la D.E. mixta una serie de factores psicológicos se suman a la etiología orgánica, manteniendo y/o agravando el trastorno en la erección. La D.E. funcional o psicógena es aquella en la que los mecanismos fisiológicos de la erección se hallan íntegros, y la disfunción es debida a un hipercontrol excesivo de la respuesta de erección (Farré, Lasheras, 1996) en la que están involucrados como mínimo dos mecanismos (Documento de Consenso sobre la D.E., 2002): a) estímulos provenientes de la corteza y los núcleos cerebrales transmitidos a la médula sacra que inhiben la erección refleja, tal como ocurre si existe una anticipación negativa o un miedo al fracaso durante la fase de excitación, b) un excesivo tono simpático con elevación de las catecolaminas cir-

culantes puede incrementar el tono constrictor, contrarrestándose los mecanismos de relajación del músculo liso cavernoso, como puede ocurrir en situaciones de estrés o de elevada ansiedad.

La presencia de erecciones mantenidas y con una correcta rigidez durante el sueño indican ausencia de alteraciones en los mecanismos fisiológicos de la erección y sugieren una disfunción de origen psicógeno (Abadía Bayona, Rodríguez Vela, 1992). Los pacientes con D.E. Psicógena tienden a subestimar el grado de erección alcanzado (Barlow, 1986), por lo que una respuesta negativa a la pregunta sobre la existencia de erecciones matutinas no tiene demasiado valor para discriminar trastornos orgánicos o funcionales (Segraves, et al., 1987); por el contrario si el paciente refiere con seguridad y certeza que estas erecciones son correctas, la fiabilidad diagnóstica de psicogenicidad es más alta (Segraves, 1987).

La latencia de la respuesta de erección después de la estimulación erótica es una evidencia a favor de uno u otro diagnóstico; si el tiempo que transcurre es considerablemente elevado, es una evidencia a favor de una disfunción de presumible génesis arterial (Goldstein, Krane, 1992). Otras evidencias a favor de uno u otro diagnóstico son la forma de presentación, que suele ser brusca para la D.E. psicógena y progresiva para la orgánica; el curso de la enfermedad con la presencia de mejorías aisladas y circunstancias que mejoran la erección cuando la D.E. es funcional; y la presencia de erección en circunstancias sexuales no coitales, como el juego previo, la

heteromasturbación o la masturbación, son evidencias a favor de la psicogenicidad de la disfunción, aunque no criterios diagnósticos (Documento de Consenso sobre Disfunción eréctil, 2002).

La ansiedad se ha considerado como el factor etiológico principal en el desarrollo y mantenimiento de la D.E. psicógena (Fenichel, 1945; Wolpe, 1958; Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1981); pero esta creencia ha estado basada durante años en la inferencia clínica y no en datos empíricos. La mayoría de investigaciones hasta la fecha son sobre la eficacia de los tratamientos, más que sobre el conocimiento básico en el área de la psicología, psicopatología o fisiología, siendo aún vigente el modelo de Barlow (1986) sobre los mecanismos psicológicos implicados en las dificultades de erección, sugiriendo un modelo de D.E. basado en la interferencia cognitiva y en la ansiedad. Para este autor la relación entre la ansiedad y la erección es compleja, afectando a funcionales y disfuncionales de distinta forma. El incremento del componente fisiológico de la ansiedad facilita la erección debido a que estos dos sistemas de respuesta comparten parte de sus componentes: incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea (Zillman, 1983); mientras que el factor cognitivo tendrá un efecto diferente en funcionales y disfuncionales. En los sujetos funcionales la ansiedad facilita la respuesta sexual, centrándose la atención en las sensaciones eróticas, siendo dificultada la erección por la distracción (Beck, Barlow, Sakheim, Abrahamson, 1984). En los sujetos que padecen D.E., la ansiedad cognitiva dificulta la erección, centrándose la atención en las consecuencias de un posible fracaso y en las señales no eróticas del estímulo erótico (Beck, Barlow, Sakheim, Abrahamson, 1984), dando lugar a la ansiedad de ejecución, autoobservación y espiral de deterioro progresivo marcada por el bloqueo de la respuesta sexual y la evitación final de las situaciones sexuales.

Las demandas de ejecución no tienen por qué ser necesariamente un factor de riesgo para la eclosión de la D.E. Su aparición vendrá determinada por la reacción emocional ante estas demandas y el sentido que puedan tener para quien las recibe. No serían, pues las demandas de

ejecución las que diferenciarían a los sujetos funcionales de los disfuncionales, sino estilos cognitivos diferentes que les llevan a percibir acontecimientos ambientales como amenazas, y la forma en que estos estilos cognitivos influyen y determinan la posterior reacción fisiológica (Cáceres, 2001). Para este autor los hombres disfuncionales podrían beneficiarse más al focalizar su atención en la receptividad de su pareja, y no tanto en intentar ignorar pasivamente su ausencia de respuestas genitales.

Las intervenciones clínicas deberían orientarse no sólo a conseguir que el hombre deje de focalizar su atención en su falta de erección, sino también a desarrollar una receptividad externa orientada hacia el estímulo y hacia la pareja, lo cual, implica fijarse en los aspectos interactivos de la pareja. En el caso de un contexto sexual, un mensaje verbal determinado, sea éste cual fuere, si se responde con curiosidad, relajación, interés, la situación se vivirá como una en la cual se pueda facilitar la excitación sexual. Sin embargo, si el mensaje se responde con nerviosismo, enfado, o ansiedad, la situación será vivida como una en la que se inhibe toda excitación sexual. Es por eso que el procesamiento de determinadas señales y mensajes, dentro del contexto sexual, será lo que determinará en último extremo el valor erótico o no de tal contexto para una persona (Cáceres, 2001).

Estudios más actuales sobre los mecanismos psicológicos implicados en la disfunción eréctil replican los resultados obtenidos por Barlow y Cáceres, y otorgan al componente cognitivo de la ansiedad un papel funcionalmente significativo en el desarrollo y mantenimiento de la D.E. (Van Lankveld, Van den Hout., Shouten, 2003). En la clínica está ampliamente corroborado. En un estudio de Hurtado et. al (1997) con 107 pacientes afectados de D.E. psicógena y mixta, la ansiedad de rendimiento aparece en un 66% de los sujetos de la muestra y la anticipatoria en un 86% de los casos. En otro estudio realizado por Farré, Lasheras (2002) con una muestra de 184 sujetos, un 29,3% de los sujetos de la muestra cumplían criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, mientras que el 46% obtenían puntuaciones elevadas en ansiedad cognitiva.

Los Trastornos de Personalidad en los que

existen elementos de inestabilidad afectiva y alta reactividad emocional, así como en individuos con un estilo interpersonal pasivo, podrían desencadenar con facilidad en miedo y la ansiedad anticipatoria tan característicos en la eclosión de la D.E. psicógena (Farré, Lasheras, 1998). Sin embargo, en la perspectiva de la personalidad no hay estudios realmente fiables que demuestren una mayor incidencia de D.E. en alguno de los "clusters" de afectación de la personalidad (Farré, Lasheras, 2004).

Desde el punto de vista dimensional, y en sujetos funcionales, los introvertidos son significativamente más rápidos que los extrovertidos en el descondicionamiento de la erección, y significativamente más lentos en el condicionamiento de la respuesta erectiva (Kantorovitz, 1978). Existen estudios en la literatura que encuentran puntuaciones significativamente superiores en neuroticismo e introversión en sujetos con D.E. psicógena en comparación con las obtenidas en sujetos de la población normal (Farré, Tejero, 1985; Orlandini, Alvise, 1993; Weiss, Kotzmkova, 1995).

El objetivo de este estudio consiste en determinar si existen o no diferencias significativas, en cuanto a ansiedad cognitiva como rasgo de personalidad según la Karolinska Scales of Personality (K.S.P.), entre una muestra de varones diagnosticados de D.E. psicógena y los baremos de la población normal, así como determinar si la presencia de ansiedad cognitiva rasgo comporta una mayor gravedad en la presentación clínica de la D.E., dado que no hemos encontrado estudios de este tipo en la bibliografía. Nuestras hipótesis son: 1. El grupo de sujetos disfuncionales obtendría puntuaciones, en la subescala de ansiedad psíquica del K.S.P., significativamente superiores a las obtenidas por la población normal. 2. Los sujetos con altas puntuaciones en ansiedad psíquica presentarían un tiempo de evolución de la D.E. significativamente superior a los sujetos con bajas puntuaciones. 3. La proporción de sujetos que presentan mejorías aisladas sería significativamente superior en el subgrupo de sujetos con bajas puntuaciones en la subescala de ansiedad psíquica, que en el de altas puntuaciones. 4. La proporción de sujetos que evitan tener relaciones sexuales sería significativamente superior en el subgrupo con altas puntuaciones en ansie-

dad psíquica, que en el de bajas puntuaciones. 5. La proporción de sujetos que presentan alteraciones de la erección en juego erótico sería significativamente superior en el subgrupo con altas puntuaciones en ansiedad psíquica, que en el de bajas puntuaciones. 6. La proporción de sujetos que presenta alteraciones de la erección en masturbación sería significativamente superior en el subgrupo con altas puntuaciones en ansiedad psíquica, que en el de bajas puntuaciones. 7. La proporción de sujetos que presentan alteraciones de la erección en heteromasturbación sería significativamente superior en el subgrupo con altas puntuaciones en ansiedad psíquica, que en el de bajas puntuaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

La muestra del estudio incluye a 17 hombres entre los 22 y los 59 años (\bar{x} = 40,82; d.e = 11,39) usuarios del Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Instituto Universitario Dexeus (I.U.E.), diagnosticados de D.E. psicógena, que han aceptado participar voluntariamente.

Los criterios de inclusión son: a) obtener una puntuación inferior o igual a 21 en el cuestionario abreviado del Índice Internacional de la Función Eréctil (S.H.I.M.); b) presentar erecciones nocturnas correctas; c) contestar afirmativamente a la pregunta de existencia o no de miedo durante la relación sexual, a no tener erección; d) estar dentro de los niveles de normalidad en la analítica hormonal.

Los criterios de exclusión son: a) presencia de factores de riesgo que según la literatura puedan explicar total/parcialmente la disfuncionalidad; b) obtener resultados que indiquen organicidad en una o más de las pruebas diagnósticas existentes; c) presencia de alteraciones en otra/s fase/s de la respuesta sexual que ocasionen D.E. de forma secundaria.

Instrumentos

Se administró el cuestionario abreviado del Índice Internacional de la Función eréctil (S.H.I.M. Rosen, Riley, Wagner, Kirkpatrick, Mishra, 1997),

para diferenciar a los sujetos con y sin D.E., que consta de cinco preguntas con respuesta tipo Likert de seis puntos, de 0 "sin actividad sexual" a 5 "casi siempre o siempre", que evalúan la función eréctil y el grado de satisfacción de la actividad sexual, y que al referirse a los seis últimos meses tiene un valor diagnóstico.

Los sujetos diagnosticados de D.E. fueron estudiados con el Protocolo de Evaluación de Disfunción Eréctil del I.U.D., en el que se hizo una evaluación estandarizada de los datos demográficos, junto con otros datos que según la literatura pueden estar modulando la D.E. como son los factores médicos y psicológicos: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, uso y/o abuso de sustancias; ansiedad anticipatoria; percepción de la actitud de la pareja; percepción sobre el control de la respuesta erectiva; y ansiedad de rendimiento. También se incluyeron preguntas sobre la forma de presentación de la D.E., del curso de la enfermedad, así como sobre la tipología de la erección, valorando el volumen y la rigidez del pene tanto en situaciones coitales como no coitales. Finalmente también se exploraron otras áreas de la respuesta sexual, y se indagó sobre la existencia o no de pruebas diagnósticas realizadas con anterioridad, así como los resultados obtenidos en dichas pruebas.

Para medir la ansiedad cognitiva rasgo de los sujetos diagnosticados de D.E. psicógena se ha utilizado el Karolinska Scales of Personality (K.S.P. Af Klinteberg, Shalling & Magnusson, 1986), en concreto la adaptación española del K.S.P. (Ortet & Torrubia, 1992) que consta de 135 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos, que va de 1 "totalmente en desacuerdo" a 4 "totalmente de acuerdo", agrupados en 15 subescalas: ansiedad psíquica (kpa), ansiedad somática (ksa), irritabilidad (kir), tensión muscular (kmt), socialización (kso), inhibición de la agresión (kia), impulsividad (ki), culpa (kcu), distanciamiento (kdt), psicastenia (kpt), agresión verbal (kva), agresión indirecta (kinda), sospecha (ksu), deseabilidad social (kl), evitación de la monotonía (kma).

RESULTADOS

El análisis descriptivo de algunas de las res-

puestas de los sujetos de la muestra en el Protocolo de evaluación de la D.E. indican que: a) el 82% de los sujetos presenta una D.E. secundaria y el 11,8% restante una D.E. primaria; b) en un 58,8% de los casos la D.E. aparece de forma brusca y en un 41,2% de los casos de forma progresiva; c) un 58,8% presenta mejorías aisladas, un 29,4% no las presenta y un 11,8% no sabe si las presenta o no; c) en un 88,2% de los casos existen circunstancias en las que mejora la erección y en un 11,8% la disfunción es total; d) en la situación de juego erótico un 47,1% de los sujetos de la muestra refiere presentar una tipología de erección total, un 29,4% parcial, un 11,8% presenta dificultades en mantener la erección y en un 11,8% de los casos no hay erección; e) en masturbación el 76,5% de los sujetos refieren presentar una erección total, el 17,6% una erección parcial y el 5,9% restante presenta dificultades en mantener la erección; f) en heteromasturbación un 23,5% de los sujetos de nuestra muestra refieren presentar una erección total, un 35,3% parcial, un 5,9% refiere no presentar erección y un 35,3% refiere presentar dificultades en mantener la erección; g) durante el coito el 88,2% de los sujetos de la muestra no presentan erección y el 11,8% restante manifiesta tener dificultades en mantener la erección; h) los 17 sujetos de la muestra presentan erección en algún tipo de situación no coital; i) un 47,1% evita tener relaciones sexuales por miedo a no tener erección; j) un 88,2% de los sujetos manifiesta presentar miedo a no tener erección antes de iniciar la relación sexual mientras que el 11,8% restante refiere no presentar ansiedad anticipatoria; k) todos los sujetos de la muestra refieren que durante la relación sexual tienen miedo a no tener erección.

Los resultados obtenidos a partir de la comparación de medias de notas T de la muestra con los baremos de la población normal, indican que en ninguna de las subescalas del K.S.P. se observan puntuaciones superiores o inferiores en dos desviaciones estándar de la media de la población normal. Por lo tanto, puede concluirse que no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ansiedad cognitiva rasgo entre la población normal y nuestra muestra de sujetos.

Tabla 1
Puntuación media de las puntuaciones directas y de las notas T para cada subescala

Subescala	Media (d.e) Puntuaciones directas	Media (d.e) Notas T.
Ksa	21,23 (2,88)	49,31 (6,13)
kma	24,01 (3,10)	45,87 (6,33)
Kir	11,35 (2,50)	47,85 (9,61)
Kmt	19,41 (3,60)	52,01 (8,59)
Kso	56,23 (6,25)	53,85 (7,62)
Kia	25,17 (3,04)	53,48 (6,48)
Ki	23,47 (3,71)	49,88 (8,63)
Kpa	24,53 (2,57)	48,96 (4,95)
Kcu	11,64 (1,62)	44,20 (7,03)
Kdt	23,23 (4,23)	54,08 (10,59)
Kpt	23,35 (3,44)	48,40 (7,49)
Kva	12,02 (2,71)	41,70 (9,05)
Kinda	12,35 (1,49)	45,13 (5,99)
Ksu	11,29 (1,83)	49,19 (6,53)
kl	28,01 (4,07)	52,53 (9,94)

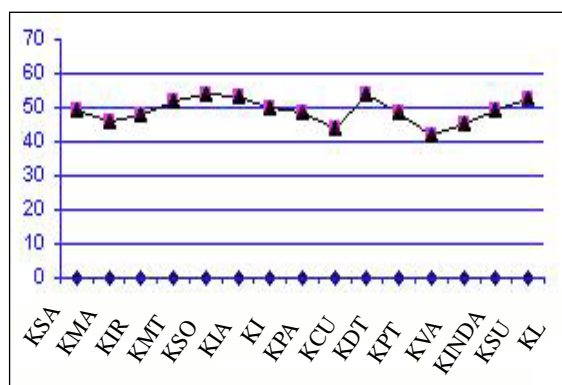


Figura 1
Perfil Karolinska sujetos con D.E. Psicógena. (n= 17)

En cuanto al tiempo de evolución de la D.E. no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con puntuaciones en la subescala Kpa superiores o inferiores a la mediana de la muestra (U de Mann-Whitney = 29,5; p=0,84). Tabla 2.

Tabla 2
Puntuación media de los meses de evolución de la D.E. en ambos subgrupos

Tiempo de evolución	Media	Desv. tip
Kpa<24	68	67,35
Kpa>24	48	38,57

Si comparamos ambos subgrupos en función de la evitación de las relaciones sexuales, no se observan diferencias significativas en cuanto al porcentaje de sujetos que evitan o no las relaciones sexuales ($\chi^2 = 2,84$; gl. = 1; p = 0,15). Tabla 3.

Tabla 3
Número y porcentaje de sujetos en ambos subgrupos que evitan o no tener relaciones sexuales

	Evitación	No evitación	Total
Kpa<24	3 (30%)	7 (70%)	10 (100%)
Kpa>24	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100%)
Total	8 (41,7%)	9 (52,9%)	17 (100%)

Los resultados de comparar ambos subgrupos en función de la presencia de mejorías aisladas indican que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos en cuanto al porcentaje de sujetos que presentan o no mejorías aisladas ($\chi^2 = 0,134$; gl. = 1; p=1). Tabla 4.

Tabla 4
Número y porcentaje de sujetos en ambos subgrupos que presentan, o no presentan mejorías aisladas

	Presencia de mejorías aisladas	Ausencia de mejorías aisladas	Total
Kpa<24	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)
Kpa>24	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100%)
Total	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 (100%)

En cuanto a las variables juego erótico, masturbación y heteromasturbación dicotomizadas, el análisis de los datos indica que el 23,5% de los sujetos presentan algún tipo de alteración de la

erección en masturbación, un 52,9% en el juego erótico y un 76,5% en heteromasturbación. Los resultados de la comparación entre los subgrupos con puntuaciones superiores e inferiores a la mediana de la puntuaciones en la subescala de ansiedad psíquica, en estas tres variables, indican que no se observan diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la tipología de la erección en masturbación ($\chi^2 = 0,168$; gl. = 1; p = 1), ni en juego ($\chi^2 = 0,84$; gl. = 1; p = 1), ni en heteromasturbación ($\chi^2 = 2,471$; gl. = 1; p = 0,25). Tablas 5,6,7.

Tabla 5
Número y porcentaje de sujetos en ambos subgrupos que presentan erección total, o dificultades de erección en juego

	Erección Total	Dificultades erección	Total
Kpa<24	5 (50%)	5 (50%)	10 (100%)
Kpa>24	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
Total	8 (47,1%)	9 (52,9%)	17 (100%)

Tabla 6
Número y porcentaje de sujetos en ambos subgrupos que presentan erección total, o dificultades de erección en masturbación

	Erección Total	Dificultades erección	Total
Kpa<24	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
Kpa>24	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100%)
Total	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (100%)

Tabla 7
Número y porcentaje de sujetos en ambos subgrupos que presentan erección total, o dificultades de erección en heteromasturbación.

	Erección Total	Dificultades erección	Total
Kpa<24	1 (10%)	9 (90%)	10 (100%)
Kpa>24	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
Total	4 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100%)

Por tanto, puede concluirse que no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo de evolución de la D.E., evitación de las relaciones sexuales, presencia de mejorías aisladas y tipología de la erección en juego, masturbación y heteromasturbación, entre el subgrupo que ha obtenido puntuaciones superiores a 24 en la subescala de ansiedad psíquica del K.S.P., y los sujetos con puntuaciones inferiores.

DISCUSIÓN

La ansiedad es considerada el factor etiológico principal en el desarrollo y mantenimiento de la D.E., pero su relación es compleja y en la literatura encontramos al respecto numerosas creencias basadas en la inferencia clínica y no en datos empíricos. Numerosos autores, entre los cuales los autores de este estudio, han sugerido que las preocupaciones constantes y la ansiedad anticipatoria sobre una amplia gama de acontecimientos serían rasgos característicos de la personalidad de los sujetos afectados de D.E. psicógena (Farré & Salvador, 1992). Los resultados de este estudio discrepan de esta inferencia clínica.

Los datos obtenidos en nuestro estudio indican que no se observan diferencias en cuanto a ansiedad cognitiva como rasgo de personalidad entre estos sujetos y la población normal. De hecho, los sujetos disfuncionales obtienen puntuaciones ligeramente inferiores en la subescala kpa del Karolinska Scales of Personality, aunque las diferencias no son significativas. Por tanto, según nuestros resultados los sujetos con D.E. Psicógena anticipan y se preocupan igual que los sujetos de la población normal.

En cuanto a la presentación clínica de la D.E., los resultados de nuestro estudio no muestran relación de la variable ansiedad psíquica con las variables tiempo de evolución, presencia de mejorías aisladas, evitación de las relaciones sexuales y la tipología de la erección en juego, masturbación y heteromasturbación. Según nuestros datos no existen diferencias en cuanto a la presentación clínica de la D.E. psicógena si comparamos a sujetos que han obtenido altas y bajas puntuaciones en ansiedad psíquica. Por lo tanto, estos resultados sugieren que la ansiedad cognitiva rasgo no modularía la presentación clínica de la D.E. en

referencia a la presencia de mejorías aisladas, tiempo de evolución de la disfunción, evitación o no de las relaciones sexuales, y tipología de la erección en situaciones sexuales no coitales.

En cuanto a las restantes subescalas del K.S.P., que no son objetivo de este estudio, no se observan diferencias significativas en ninguna de ellas con respecto a la población normal. Por lo tanto según nuestros resultados no se observan diferencias de personalidad, según el K.S.P., entre la población normal y nuestra muestra de sujetos diagnosticados de D.E. Psicógena.

El análisis en componentes principales del K.S.P. muestra una estructura factorial de 4 factores: emocionabilidad negativa, disconformidad agresiva, impulsiva búsqueda de sensaciones y evitación social. El factor emocionabilidad negativa correlaciona con el factor neuroticismo del EPQ-R y el de evitación social con introversión. El hecho de no existir diferencias en ninguna de las 15 subescalas del K.S.P. indica que tampoco existen diferencias en cuanto a los factores emocionabilidad negativa y evitación social entre nuestra muestra de sujetos y la población normal. Recordar que existen estudios en la literatura que encuentran puntuaciones significativamente superiores en neuroticismo e introversión en sujetos con D.E. psicógena, en comparación con las obtenidas en sujetos de la población normal (Farré, Tejero, 1985; Orlanini, Alvise, 1993; Weiss, Kotzmikova, 1995), y que los resultados de nuestro estudio, a pesar de usar instrumentos de medida diferentes, discrepan de los estudios citados con anterioridad.

La mayoría de los sujetos de nuestra muestra refiere antes y durante la relación sexual presentar miedo a no tener erección, y esto coincide con los resultados obtenidos en los estudios más actuales sobre los mecanismos psicológicos implicados en la D.E. (Van Lankveld, Van den Hout, Shouten, 2003). Creemos que las preocupaciones constantes y la ansiedad anticipatoria situacionalmente específicas en el contexto sexual, y no sobre una amplia gama de acontecimientos, sí podrían ser rasgos característicos de los sujetos con D.E. Psicógena. De hecho sabemos que existe una dimensión de personalidad erotofilia-erotofobia (Fisher, 1988), en la que las personas que se aproximan al polo de erotofobia tenderían a responder con emociones negativas ante los estímulos sexua-

les, evaluándolos de manera negativa, y por lo tanto, procurando evitarlos en mayor medida.

Finalmente hay que tener en cuenta que las conclusiones de este estudio deberían ser interpretadas en el contexto de sus limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra, que consta únicamente de 17 sujetos y que hace que los resultados obtenidos no sean representativos de la población de sujetos que padecen D.E. psicógena. El escaso tamaño de la muestra ha sido la razón de que los niveles de la variable ansiedad cognitiva rasgo se hayan hecho en función de tener puntuaciones superiores o inferiores a la mediana, cuando lo correcto sería hacer dos subgrupos con puntuaciones significativamente diferentes en la subescala kpa del K.S.P.: un subgrupo con sujetos con puntuaciones significativamente superiores en ansiedad psíquica que el otro subgrupo. En segundo lugar, no evaluar de forma objetiva la ansiedad estado mediante un instrumento de evaluación, para descartar que el estado pueda estar influyendo en las puntuaciones de rasgo. El motivo es que el propósito inicial era evaluar las diferencias en cuanto a ansiedad cognitiva rasgo entre pacientes diagnosticados de D.E. psicógena y D.E. orgánica, pero no nos ha sido posible encontrar una muestra de orgánicos ya que la aparición de nuevos fármacos ha hecho que en la actualidad sean pocos los centros en los que se hace diagnóstico diferencial. En tercer lugar, no disponer de grupo control, por lo comentado con anterioridad.

Una situación que invita a seguir aproximándonos a la realidad de la relación entre ansiedad y disfunción eréctil, más concretamente entre ansiedad cognitiva rasgo y disfunción eréctil, ya que en ocasiones las inferencias clínicas no tienen porqué coincidir con los datos empíricos. Sería interesante conocer si la presencia de ansiedad cognitiva rasgo puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la Disfunción Eréctil, y un factor de mal pronóstico para la recuperación de una correcta erección. Para ello sería necesario ampliar la muestra y hacer un estudio prospectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abadía Bayona T, Rodríguez Vela L.:** Aspectos psicológicos de las disfunciones sexuales masculinas.

- nas. En: Disfunción eréctil, priapismo e incurvación del pene, 46. Madrid: Idepsa, 1992.
2. **Af Klinteberg B, Schalling D & Magnusson D.:** Selfreport assessment of personality traits. Data from the KSP inventory on a representative sample of normal male and female subjects within a development project. Report from the Project Individual Development and Adjustment, 64. Department of Psychology, Stockholm University. Sweden.
 3. **Barlow DH.:** **Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986; 54: 140-8.
 4. **Beck JG, Barlow DH, Sakheim DK & Abrahamson DJ.:** A Cognitive processing account of anxiety and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada, 1984.
 5. **Beck JG and Barlow DH.:** Current conceptualizations of sexual dysfunction: a review and an alternative perspective. Clinical Psychology, 1984; 4: 363-378.
 6. **Berscheid E & Walster E.:** **A little bit about love: Foundations of interpersonal attraction.** New York: Academic Press, 1974; 355-381.
 7. **Brehm J, Gatz M, Goethals G, McCrimmon W & Ward L.:** Physiological arousal and interpersonal attraction. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 1978; 8, 63.
 8. **Cáceres J.:** Diagnóstico psicofisiológico. En: Sexualidad humana, (5): 88-89. Universidad de Deusto. Bilbao, 2001.
 9. **Conferencia para el desarrollo del Consenso del Instituto Nacional de la Salud en EE.UU.** JAMA. 1998, (1), 83-90.
 10. **Davis-Joseph B, Tiefer L, Melman A.:** Accuracy of the initial history and psysichal examination to establish the etiology of erectile dysfunction. Urology, 1995; 45: 498-515.
 11. **Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil:** Psiquiatría. Madrid: Pzifer; 2002; 89-94.
 12. **Dutton DG & Aron AP.:** Some evidence for heightened sexual attraction under conditions of high anxiety. Journal of Personality and Social Psychology, 1994; 30: 510-517.
 13. **Farré JM (ed.).:** Enciclopedia de la Sexualidad. Barcelona: Oceano; 10 (2): 113-143, 1997.
 14. **Farré JM, Lasheras MG.:** Disfunción eréctil psicógena. En: Psiquiatría y disfunción eréctil. Madrid: Garsi, 1998.
 15. **Farré JM, Lasheras MG.:** Disfunción eréctil Psicógena y Mixta: Estudio de seguimiento terapéutico. Actas Españolas de Psiquiatría, 2002; 30 (1): 38-45.
 16. **Farré JM, Lasheras MG.:** La disfunción eréctil: aspectos psicopatológicos. En: Sexualidad y salud mental, 2004; (15): 175-198.
 17. **Farré JM, Salvador L.:** Disfunciones sexuales. En: Manual de Psiquiatría. Madrid: Mc Graw Hill, 1992; 373-383.
 18. **Farré JM, Tejero A.:** Ansiedad y disfunciones sexuales masculinas: Terapia conductual y diferencias individuales. Revista Iberoam Fert, 1995; 10: 44-50.
 19. **Feldman HA, Goldstein I, Hayzichristov D, Krane R, McKinlay J.:** Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging Study. Journal of Urology, 1994; 151-155.
 20. **Fenichel O.:** The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W.W. Norton, 1945.
 21. **Goldstein I, Krane RJ.:** Diagnosis and Therapy of erectile dysfunction. Campbell's Urology, 3033. Philadelphia: W.G. Saunders, 1992.
 22. **Greiner KA, Weigel JW.:** Disfunción eréctil. American Family Psichician, 1998; 1: 5-10.
 23. **Impotence NIH.:** Consensus Conference, 1992. JAMA, 1993; 270 (1): 83-90.
 24. **Kantorowitz.:** Personality and Conditioning of Tumescence and Detumescence. Behavioural Res Therapy, 1978; 16: 117-23.
 25. **Kaplan HS.:** The new sex therapy. New York: Brunner/ Mazel, 1974.
 26. **Kaplan HS.:** The new sex Therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brumer/ Mazel, 1981.
 27. **Kockott G, et.al.:** Symptomatology and psychological aspects of male sexual inadequacy: Results of an experimental study. Archives of Sexual Behaviour, 1995; 9: 457-475.
 28. **LoPiccolo J.:** Management of psychogenic erectile failure. Contemporary management of impotence and infertility, 1988; 133-153.
 29. **Masters WH, Johnson VE.:** Human Sexual Inadequacy. Little Brown, Boston, Mass, 1978.
 30. **Munjack DJ, et al.:** Ejaculatory disorders: Some psychometric. Psychol Rep, 1978; 43: 783-7.
 31. **Norton GR & Jehn D.:** The Role of Anxiety in sexual dysfunction: A review. Archives of Sexual Behavior, 1984; 2: 165-183.
 32. **Ortet G & Torrubia R.:** Spanish language version of the Karolinska Scales of Personality (K.S.P.): Firts data. VI European Conference on Personality. Groningen, 1992.
 33. **Rajmil O, Pomerol JM.:** Disfunción eréctil: Es-

-
- tudio diagnóstico y conducta terapéutica: Práctica Andrológica, 1994; 418. Barcelona: Masson-Salvat Medicina Ed.
34. **Riordan C.:** Interpersonal attraction in aversive situations. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Albany, 1979.
 35. **Rodríguez Vela L, Gonzalvo A, Gil P.:** Evaluación inicial del paciente impotente. Manejo diagnóstico y terapéutico. En: Actualización en Andrología, 2000; 17, pp.321-340.
 36. **Rodríguez Vela L, Urrici P, Tello C, Caverro O, Blas M.:** Disfunción eréctil: Etiología y técnicas diagnósticas varias. Disfunción eréctil: diagnóstico y tratamiento, 1993; 39. Madrid: ENE S.A Ed.
 37. **Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IM, Kirkpatrick J, Mishra A.:** The international Index on erectile Function, Urology, 1997; (49): 822-830.
 38. **Schein M, Zyyansky SJ, Levine S y cols.:** The frequency of sexual problems among family practice patients. Fam Pract Res, 1988; (7): 122-130.
 39. **Segraves KA, Segraves RT, Schoenberg HW.:** Use of Sexual History to Differentiate Organic from Psychogenic Impotence. Archives of Sexual Behaviour, 1987; 16: 125-37.
 40. **Slag M, Morley J, Elson M, Trence D, Nelson A, Kinlaw W, Bayer S, Nutall F, Shafer R.:** Impotence in medical clinical outpatients. JAMA, 1983, (13), 249.
 41. **Solstad K, Hertoft P.:** Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged Danish men. Archives of Sexual Behaviour, 1993; (1), 51.
 42. **Van Lankveld JDM, Van den Hout MA, Schouten EGW.:** The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. Behaviour Research and Therapy, artículo en prensa, 2003.
 43. **Wielke RJ, et. al.:** Efectos sobre la calidad de vida del tratamiento con alprostadil de la disfunción de la erección. Journal of Urology (ed. española), 1988; 1: 38-42.
 44. **Wolpe J.:** Comments on "A Test of reciprocal inhibition" by Hoon, Wincze, and Hoon. Journal of abnormal Psychology, 1978; 87: 452-454.
 45. **Zillman D.:** Transfer of excitation in emotional behavior. Social psychophysiology: A sourcebook, 1983: 215-240. New York: Guildford Press.