

¿Cómo afrontan los hombres la disfunción eréctil?

Palabras clave: sexualidad, disfunción eréctil, afrontamiento

Keywords: sexuality, erectile dysfunction, confrontation.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual ha sido hasta hace pocos años infravalorada tanto en el ámbito sanitario como en el social; a ello ha contribuido el ser considerado tabú, vergonzoso por parte de la persona y/o del personal sanitario, no ser valorado como un tema de salud prioritario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) ha definido la salud sexual como un derecho básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran en la función sexual ni reproductiva.

En el hombre la principal patología sexual es la disfunción eréctil (DE) (2), considerada como incapacidad persistente para conseguir o mantener la erección con suficiente rigidez para permitir una actividad sexual satisfactoria.

No es un trastorno actual, existe desde que el hombre es hombre y hay numerosas referencias socioculturales, tradiciones y leyendas relacionados con los genitales masculinos, la fertilidad y la erección. Desde la época de los sumerios se dispone de la primera evidencia escrita de un caso de disfunción eréctil, pasando por los papiros egipcios donde se contemplan las primeras descripciones verdaderamente detalladas de esta afección (3). Príapos, hijo de Dionisos y Afrodita, según la mitología clásica, vino al mundo con un miembro viril desmesurado. Afrodita, al verlo, temiendo que los demás inmortales se burlasen, le abandonó en las montañas, donde encontrado por unos pastores fue criado por ellos. En la mitología griega, Príapos es considerado Dios de la fertilidad, tanto de la vegetación como de todos los animales relacionados con la vida agrícola. Era adorado como protector de los rebaños de cabras y ovejas, de las abejas, del vino, de los productos de la huerta y de la pesca (4). Del mismo modo, en la antigua India el lingam fue usado como símbolo para el culto fálico de la devá hindú Shiva (5). Según la tradición celta, la impotencia sexual puede llevar a la decadencia de todo cuanto esté en su cercanía: seres humanos, animales, naturaleza, etc. El mismo tipo de sufrimiento e impotencia que afectó al

reino del Grial, debido al castigo de los pecados del rey Amfortas: la herida que nunca sanará (6).

Aristóteles, Vesalio, Leonardo da Vinci, De Graaf y muchos otros estudiaron este problema y aventuraron teorías sobre cómo era la fisiología de la erección y cómo podía alterarse para dar lugar a la disfunción eréctil. Bien es cierto que hasta avanzado el siglo XX no se encontraron tratamientos eficaces para esta alteración y ha sido en los últimos diez años en los que han aparecido alternativas poco invasivas.

Lo que hace unos años se denominaba coloquialmente como impotencia se conoce como disfunción eréctil, seguramente por un intento de desdramatizar dicho problema y hacer que sea más fácilmente asumido por la sociedad.

Así, cuando hablamos de disfunción eréctil, no sólo nos referimos al «impotente» (el que no puede), sino a la persona que puede pero padece una disminución en su capacidad sexual. Con esta panorámica lo que se ha hecho es ampliar el horizonte de la propia sexualidad del varón y de la pareja. ¿Por qué?, porque podemos (como contraposición al término de impotencia) tratarlos y mejorar la sexualidad de muchas personas.

Afecta a millones de hombres en el mundo y su puesta en evidencia se ha producido con la aparición hace unos años del sildenafil (la popular Viagra®) que ha representado un paso revolucionario, no sólo desde el punto de vista del tratamiento sino también de aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de manejo de la DE (7).

Diversas estimaciones sitúan la prevalencia de esta afección en un 2% para hombres de 40 años, elevándose hasta un 25-30% para los mayores de 65. Otros trabajos publicados elevan notablemente estas cifras. Está calculado que en España hay entre 1 y 2 millones de individuos con DE, según el estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina, 1998-1999) (8). Todavía hay muchos hombres que hasta ahora no han consultado este tema, sólo el 16,5% de los afectados acude a los profesionales en busca de ayuda, según este mismo estudio.

Aunque en los últimos años se ha observado un incremen-

to notable en el número de consultas por DE, la diferencia de los criterios subjetivos para definirla hace que encontremos una variabilidad importante entre los datos de los diferentes estudios epidemiológicos.

Así, frente a ese 12,1% de hombres con DE en España, cabe señalar que el MMAS (Massachusetts Male Aging) cifró cualquier grado de DE en el 52% de los varones encuestados en Estados Unidos entre 40 y 70 años. También los límites y diferencias entre DE leve, moderada y grave son elásticos. Así, mientras en Estados Unidos el 10% reconocían una DE grave, en España esta cifra se quedaba en el 1,9%; del 25% de DE moderada de EEUU al 5% del nacional; un 17% de DE leve allende los mares frente a un 5,2% a este lado del océano (9).

La disfunción eréctil está causada por una amplia gama de factores orgánicos, psicológicos, psiquiátricos, interpersonales y farmacológicos. Los factores psicológicos pueden dar lugar a ansiedad en relación con el acto sexual, pérdida de autoestima y aumento de la ansiedad que, a su vez, empeora la depresión y/o el estrés, estableciendo así un círculo vicioso (10).

Los hombres que padecen disfunción eréctil ven alterada su función sexual, lo que conlleva cambios en su vida tanto a nivel físico, psicológico y social, y para ello utilizan estrategias para afrontarlos (11).

El afrontamiento es un concepto básico para la investigación y la teoría en adaptación y salud, y ocupa un lugar clave en la ciencia enfermera. Genéricamente, el afrontamiento es definido como el esfuerzo individual que el paciente con problemas de salud realiza para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella (12). Carpenito (13) lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación y la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (14) establece este concepto como un diagnóstico de enfermería. Por tanto, podemos definir el afrontamiento asociado a la disfunción eréctil como los esfuerzos individuales del hombre con este problema de salud para sobrellevarlo y adaptarse a él.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés (SEAS) (15) define el afrontamiento como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Las diferentes estrategias de afrontamiento podemos agruparlas en tres grandes categorías (16):

- a) Orientadas al problema como búsqueda de información y resolución de problemas; acciones dirigidas a alterar o manejar la situación que causa el malestar. Incluyen respuestas de búsquedas de información y resolución de problemas y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés.
- b) Centradas en la emoción que procuran manejar el malestar emocional y comprender la expresión de emociones, búsqueda de consuelo y soporte de otros.

- c) Encaminadas a la evitación con la finalidad de escapar o evitar la situación estresante y sus consecuencias.

Las estrategias de afrontamiento que se asocian con un mejor bienestar emocional de la persona han sido identificadas en un metanálisis (17). Éste también considera que la búsqueda de información y la resolución de problemas son estrategias activas dirigidas y orientadas al problema; este afrontamiento activo dirigido a poner soluciones tiene leves efectos positivos.

Las diferentes estrategias pueden explicar que unos hombres encuentren una vida más o menos satisfecha, mientras que para otros vivir con disfunción eréctil les sume en el pesimismo y el abandono, influyendo en su salud sexual (18).

Las estrategias de afrontamiento que intervienen en el proceso de la disfunción eréctil han sido poco estudiadas, por lo que señalamos como área de interés de este estudio. Por tanto, el objetivo general de éste es conocer los recursos de afrontamiento del paciente frente a la DE y los específicos son conocer si la relación de pareja afecta al afrontamiento, averiguar si la información que poseen sobre la DE y la presencia de puntos de apoyo influyen en sus expectativas de mejora, así como determinar si el hecho de compartir su situación con otras personas contribuye a un sentimiento de mayor apoyo por su entorno.

Las hipótesis de trabajo planteadas son las siguientes: 1) la satisfacción sexual de los hombres con DE ante las relaciones sexuales es directamente proporcional a la reacción positiva de sus parejas frente a ésta; 2) los pacientes que buscan más información relacionada con su situación poseerán mayores expectativas de mejora; 3) los varones que presentan mayor apoyo por parte de su entorno referirán expectativas de mejoras superiores; 4) los hombres con edad inferior a 40 años disponen de más recursos para la búsqueda de información que los hombres mayores de 40 años.

Este conocimiento nos permitirá describir cómo afecta a los hombres la disfunción eréctil, también identificar sus necesidades y estrategias de afrontamiento para realizar un plan de cuidados que implementaremos en nuestra labor diaria en la Fundación Puigvert, donde existe un equipo multidisciplinar compuesto por andrólogos, ginecólogos, psicólogos y enfermeras, proporcionando atención al paciente tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Dentro del equipo de Andrología hay un gabinete de Andrología atendido por una enfermera que se creó hace 17 años aproximadamente, con la finalidad de ofrecer un cuidado integral al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, prospectivo y observacional de todos los casos de DE atendidos por la enfermera del gabinete de Andrología de la Fundación Puigvert de marzo a mayo del año 2008. La muestra está compuesta de 200 hombres con edades comprendidas entre 18 y 78 años, siendo criterio de selección los pacientes que acuden por primera vez.

Como instrumento de recogida de la información utilizamos un cuestionario elaborado por el equipo de trabajo de

este estudio (anexo 1) que consta de 22 preguntas, donde se recogen las variables sociodemográficas: edad, creencias religiosas, nivel de estudios, ocupación. Otras variables introductorias: tiempo que tarda en consultar al médico y la causa/as de la DE. Las demás variables evalúan los recursos de afrontamiento del paciente. Utilizamos dos tipos de alternativa de respuesta: escala de Likert y respuesta múltiple.

Se incluye una pregunta abierta donde se facilita la expresión del paciente:

«¿En qué consiste para usted una relación sexual placentera?»

El cuestionario es autoaplicado por los pacientes en el gabinete de Andrología, previo consentimiento informado verbal, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información. Para el análisis de ésta se utilizó el programa estadístico SPSS.16.

RESULTADOS

Se incluyen 200 hombres con una media de edad de 56,2 años, rango entre 18 y 78. DT: 11,8. Los hombres de la muestra entre 18 y 48 años representan un 25% de la misma.

El resto de las variables demográficas se describe según el cuadro 1.

- La media de edad en la que presentan el primer episodio de DE es de 46.3 años, con una media de 4 años desde que la presentan y tardando una media de 2 años en consultar al médico desde la aparición.
- El 23% de la muestra presenta causa de origen físico, un 10% psicológico y el 50% restante permanece en estudio.

Gráfico 1
Causa de DE



Cuadro 1
Variables demográficas

Creencias religiosas	Ateo: 16%	Católico practicante: 17,5%	Católico no practicante: 62%	Otra religión: 4,5%
Nivel de estudios	Primaria incompleta: 21,5%	Primaria completa: 31,5%	Bachillerato/FP: 32%	Título universitario: 15%
Ocupación	Activo: 51%	Jubilado: 39,5%	Paro laboral: 7,5%	No contesta: 2%

- Cuando se valoran en la consulta, un 59% ha recibido ya tratamiento en alguna ocasión, y un 41% no.
- Antes de consultar al médico por primera vez un 76,5% posee algún tipo de información sobre el problema, el 20% de la muestra no tiene y un 3,5% no contesta.
- Las fuentes de información utilizadas por los encuestados se reflejan en el cuadro 2.

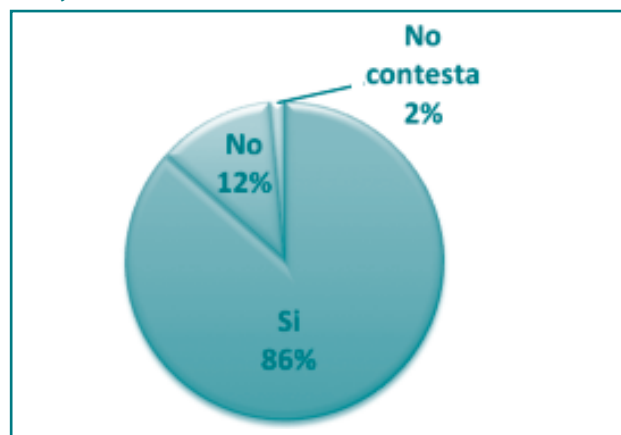
Cuadro 2
Fuentes de información

Médico	Internet	Prensa	Televisión	Amistades/familia	Varias	Otros
56,3%	5,1%	2,5%	0,6%	0,6%	3,5%	1,3%

La fuente de información más común es la consulta al médico y en segundo lugar los hombres buscan información en diversas fuentes que no se pueden especificar ya que están incluidas en la categoría varias. Aunque la fuente de información más utilizada después de la consulta al médico, es Internet.

- Pareja estable: un 86,5% de los encuestados tiene pareja estable, un 13,5% no la tienen.

Gráfico 2
Pareja estable

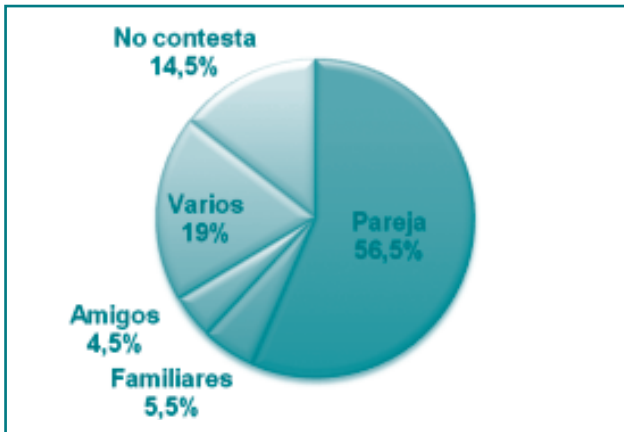


Cuadro 3
Reacción-satisfacción pareja

Reacción pareja:	Bien: 55,5%. Regular: 17%. Mal: 5%. Indiferente: 10%. No contesta: 12,5%
Satisfacción pareja:	Casi nunca/nunca: 12%. Pocas veces: 14%. Algunas veces: 18% Mayoría de veces: 20,5%. Casi siempre/siempre: 12,5%. No contesta: 23%

- En el cuadro 3 figuran tanto la reacción de la pareja ante el problema de DE como la satisfacción que ésta presenta frente a su relación en general.
- Antes de aparecer la disfunción, la frecuencia de las relaciones sexuales es en un 3% de una vez al mes, en un 9% de 2-3 veces al mes, en un 50,5% de 1-3 veces por semana, en un 5% una vez al día y un 0,5% no tiene ninguna relación. Un 32% no contesta.
- Desde que presentan la disfunción, la frecuencia de las relaciones sexuales es en un 12% de una vez al mes, en un 17,5% de 2-3 veces al mes, en un 10,5% de 1-3 veces por semana y un 24% no tiene ninguna relación. Un 36% no contesta.
- De los ámbitos de la vida que se ven afectados frente a la disfunción, un 67,5% refiere solamente el ámbito sexual, un 2% familiar, un 0,5% laboral y un 1% social. Un 22,5% refiere ver afectados varios ámbitos de su vida y un 6,5% no contesta.
- Un 56,5% de los encuestados comparte su situación sólo con su pareja, un 5,5% con sus familiares, un 4,5% con sus amigos y un 19% lo comparte con varios de ellos y un 14,5% no contesta.

Gráfico 3
Comparten su situación



- El cuadro 4 muestra en qué medida se sienten apoyados por su entorno:

Cuadro 4
Apoyo del entorno

Casi nunca/nunca	4,5%
Pocas veces	7,5%
Algunas veces	11,0%
Mayoría de veces	20,0%
Casi siempre/siempre	43,5%
No contesta	13,5%

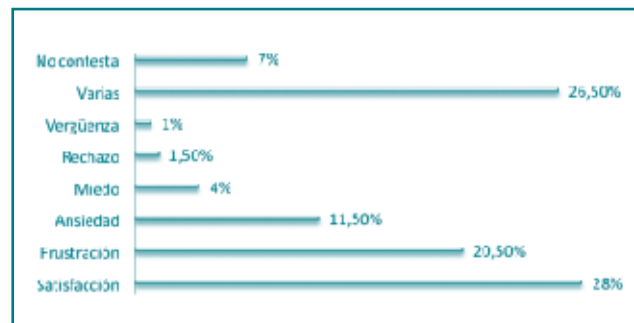
- Utilizamos una escala de valores del 1 al 10 para conocer la importancia que presenta el sexo para los hombres, siendo el 1 ninguna importancia y el 10 mucha.

Cuadro 5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No contesta
0,5%	0,5%	2%	1%	3,5%	3,5%	14%	22%	9%	41,5%	2,5%

- Actualmente mantienen relaciones sexuales un 69,5% de los encuestados y un 29% de éstos no lo hacen. Un 1,5% de los hombres no contestó esta pregunta. De los hombres que sí mantienen relaciones sexuales en estos momentos, un 51,7% practica sexo con penetración, un 36,1% sin y un 12,2% practica con y sin penetración. Del porcentaje que mantiene relaciones sexuales con penetración, un 13,3% expresa que casi nunca o nunca se siente seguro de que la erección durará lo suficiente, el 15,5% pocas veces, un 19,9% algunas veces, el 22,7% la mayoría de veces, un 13,7% casi siempre o siempre y el 14,9% restante no contesta.
- Un 43,5% de los hombres considera sus relaciones sexuales como placenteras, un 47% no lo percibe así y el 9,5% de la muestra no contestó.
- Ante las sensaciones que produce una relación sexual, el 28% de los encuestados se siente satisfecho, el 20,5% siente frustración, el 11,5% ansiedad, el 4% siente miedo, el 1,5% rechazo, el 1% siente vergüenza y el 26,5% se identifica con varias de estas sensaciones. El 7% de los hombres encuestados no contestó.

Gráfico 4
Sensaciones ante relación sexual



- Frente a la satisfacción que sienten con su grado de erección actual, un 32,9% se siente muy insatisfecho, un 17,9% bastante satisfecho, un 21,4% ni satisfecho ni insatisfecho, un 9,3% bastante satisfecho, un 5% muy satisfecho y un 13,5% no contesta.
- Valoramos sus expectativas de mejora con una escala del 1 al 10, de forma ascendente.

Cuadro 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No contesta
4,5%	1%	3%	2,5%	11%	8,5%	11%	14,5%	13%	22%	9%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Referente a la primera hipótesis planteada, sobre si la satisfacción de los hombres con DE ante las relaciones sexuales es directamente proporcional a la reacción positiva de sus parejas frente a ésta, podemos observar que no se cumple ya que, aunque un 55,5% de los encuestados expresa que sus parejas han reaccionado bien ante la DE, solo un 28% de éstos se siente satisfecho ante las relaciones sexuales. Se observa un gran número de encuestados que expresan sentir frustración y ansiedad ante las relaciones sexuales.

Sobre la segunda hipótesis planteada, «los pacientes que buscan más información relacionada con su situación de salud poseerán mayores expectativas de mejora», podemos afirmar que se cumple, ya que la mayoría de los encuestados (76,5%) se ha informado sobre la disfunción sexual antes de acudir al médico, muchos de ellos combinando varias fuentes de información. La gran mayoría de los encuestados (69%) valora sus expectativas de mejora entre 6 y 10, en una escala del 1 al 10 ascendente.

Relacionado con la tercera hipótesis planteada, sobre si los varones que presentan mayor apoyo por parte de su entorno referirán expectativas de mejora superiores, observamos que tanto los hombres con expectativas altas como bajas se sienten igualmente apoyados en la mayoría de las ocasiones.

En la cuarta hipótesis, «los hombres con edad inferior a 40 años disponen de más recursos para la búsqueda de información que los hombres mayores de 40 años», verificamos que no existe relación entre la edad de los hombres y la búsqueda de información por parte de ellos, lo que contradice la hipótesis planteada al inicio.

Analizando el resto de resultados podemos concluir otras afirmaciones como:

Los hombres comparten su situación mayoritariamente con su pareja antes que con otras personas, teniendo en cuenta que la mayoría de éstos tiene pareja estable y que ésta reacciona de forma positiva. Este aspecto también se ve reflejado cuando ellos expresan que uno de los ámbitos más afectados de su vida es el sexual. La estrategia encaminada a la evitación no queda contemplada, ya que los hombres que acuden a la consulta ya están utilizando estrategias encaminadas a la solución de su problema.

Se incluyó una pregunta abierta donde se facilita la expresión del paciente:



LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL ESTÁ CAUSADA POR UNA AMPLIA GAMA DE FACTORES ORGÁNICOS, PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS, INTERPERSONALES Y FARMACOLÓGICOS. LOS FACTORES PSICOLÓGICOS PUEDEN DAR LUGAR A ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL ACTO SEXUAL, PÉRDIDA DE AUTOESTIMA Y AUMENTO DE LA ANSIEDAD QUE, A SU VEZ, EMPEORA LA DEPRESIÓN Y/O EL ESTRÉS, ESTABLECIENDO ASÍ UN CÍRCULO VICIOSO

«¿En qué consiste para usted una relación sexual placentera?». De la muestra de 200 hombres, un 50% de los encuestados responde a esta pregunta. Tras la lectura y análisis de las respuestas observamos que existen coincidencias en las cuestiones que les preocupan.

La mitad de los hombres refiere preocupación por la satisfacción de su pareja, alguno de ellos escribe: «En poder satisfacer a mi pareja y satisfacerme yo», «Duración suficiente del coito como para dejar satisfecha a mi pareja» y «En que mi pareja se sienta satisfecha antes que yo».

Otros centran el placer sexual en la erección y la penetración: «Penetración con erección suficiente que dé seguridad y no cause rechazo ni frustración», «En poder encontrar la seguridad en mi erección» y «Poder penetrar, para que mis parejas no me dejen, por dicha causa estoy tomando antidepresivos».

El disfrute, el placer y la eyaculación son otras de las inquietudes: «Disfrutar, hacerlo con seguridad, no estar pendiente de si voy a tener eyaculación y como la mayoría de

JOHN GARDNER: «NO SE SABE POR QUÉ ALGUNOS HOMBRES Y MUJERES SE MARCHITAN MIENTRAS QUE OTROS PERMANECEN VITALES HASTA EL FINAL DE SUS DÍAS. ES POSIBLE QUE MARCHITARSE NO SEA LA PALABRA ADECUADA. QUIZÁ DEBERÍA DECIR QUE MUCHA GENTE, EN ALGÚN PUNTO DEL CAMINO, DEJA DE APRENDER Y DE CRECER»

las veces no la tengo, quedo muy decepcionado e inseguro», «No disfruto lo que debiera y siento frustración y desánimo» y «Relación movida por el deseo, si es posible por sentimientos de amor. Placer de dar placer».

En resumen, la búsqueda de consuelo y soporte de otros es la estrategia principal, ya que la pareja es el recurso más importante para ellos.

A pesar de que una parte importante dice estar satisfechos ante la relación sexual, en el momento donde pueden expresarse de forma más abierta manifiestan miedo, vergüenza, frustración..., que están relacionados con temor al fracaso personal y de pareja. Los sentimientos que manifiestan en esta pregunta despiertan inquietudes en el equipo de trabajo para en el futuro realizar investigación cualitativa, utilizando entrevistas en profundidad con el objetivo de conocer el sentido que los hombres dan a su problema de DE.


Hay un antes y un después en nuestro proceso de conocimiento de la DE porque ahora conocemos sus expectativas, sentimientos, sensaciones..., estrategias de afrontamiento. Tenemos otra visión de sus necesidades tanto sentidas como expresadas que nos permite aproximarnos a cómo entienden ellos su problema y a la importancia de realizar un plan de cuidados con la finalidad de ofrecer un cuidado integral al hombre.

Como cita John Gardner: «No se sabe por qué algunos hombres y mujeres se marchitan mientras que otros permanecen vitales hasta el final de sus días. Es posible que marchitarse no sea la palabra adecuada. Quizá debería decir que mucha gente, en algún punto del camino, deja de aprender y de crecer». ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Harlem Brundtland G. The Word Health Report 1999. Disponible en http://www.who.int/gb/pdf_files/WHA52/ew4.pdf [Consulta realizada: 31 de enero 2008].
2. Cabello F. Disfunción eréctil: Un abordaje integral. Psimática. 2004 Madrid. Editor: Manuel Esbert. Capítulo I. Concepto de disfunción eréctil. Pág. 27-31.
3. Moncada I, Lledó E, García JM, Borrás JJ. Disfunción sexual en el varón. Guía para la entrevista clínica. Momento Médico, Madrid 2003.
4. Príapos: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%ADapos> Wikipedia, Enciclopedia libre [Consulta realizada: 15 de marzo de 2008].
5. Devá hindú Shiva: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%ADapos> Wikipedia, Enciclopedia libre [Consulta realizada: 15 de marzo de 2008].
6. Amfortas Gunilla Peterson: <http://archivowagner.info/1995gp.html> El mito de Parsifal y la leyenda del Grial [Consulta realizada: 15 de marzo de 2008].
7. Hernando-Berrios M, Rivera-Martínez MS, Gualda-Vergara V. Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la disfunción eréctil en varones adultos: revisión sistemática. *Enfer Clin.* 2008; 18(2):64-9.
8. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz F, Burgos Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol.* 2001; 166: 569-75.
9. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J. Urol.* 1994; 151: 54.
10. Causas DE: Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/derectil.asp> Atención Primaria en la red. Disfunción eréctil. Guías clínicas 2006. Cristina Viana Zulaica y Venancio Chantada Abal [Consulta realizada: 31 de enero 2008].
11. Martín-Morales A, Meijide F, García JJ, Regadera L, Manero M. Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. *Actas Urol Esp* 2005.; 29 (5):493-498.
12. Mc Haffie HE. Coping: An essential element of Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17 (8) 993-940.
13. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería (5ª ed.). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
14. NANDA. Internacional/2007-2008. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier: Madrid; 2006.
15. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés (SEAS). Disponible en: www.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm [Consulta realizada: 31 de enero 2008].
16. Ruiz de Alegría B, Basabe N, Fernández E, Baños C, Nogales MA, Echebarri M. Vivir en diálisis: estrategias de afrontamiento y calidad de vida. *Metas de Enferme. nov* 2008; 11 (9): 27-32.
17. Campos M, Iraurgi J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología* 2004; 82: 25-44.
18. Camps N, Ballescá R, Carbó C, Mir A, Paniello N. El papel de la psicoterapia en la nueva era del tratamiento de las disfunciones sexuales. *Actas Fund Puigvert;* 21(2):92-103, Abril 2002.

ANEXO

 Fundació Puigvert	ENCUESTA DISFUNCION ERÉCTIL	Departament d'Infermeria
--	------------------------------------	-----------------------------

1. Edad:.....
2. Creencias religiosas:
 - Ateo, Católico practicante, Católico no practicante,
 - Otra religión.....
3. Nivel de estudios:
 - Primaria incompleta, Primaria completa,
 - Bachillerato-FP, Universidad
4. Ocupación:..... Jubilado, Paro laboral
5. ¿Cuánto tiempo hace que presenta disfunción eréctil?
.....
6. Edad en que se presentó el primer episodio de disfunción:.....
7. ¿Cuánto tiempo tardó en consultar al médico desde el inicio del problema?
.....
8. Causa de la disfunción: Física, Psicológica, en estudio
9. ¿Ha recibido o recibe actualmente algún tratamiento? Sí, No
 Responda en el caso que la respuesta anterior sea afirmativa:
 ¿Qué tipo de tratamiento? Farmacológico, Quirúrgico, Psicológico,
 Medicina alternativa (hierbas, homeopatía...), Otros
 Grado de satisfacción con el tratamiento:
 1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
 Nada Satisfecho Muy Satisfecho

ANEXO (continuación)

18. Actualmente mantiene relaciones sexuales: Sí, No

Responda en el caso que la respuesta anterior sea positiva:

Sus relaciones sexuales consisten en:

Sexo con penetración

Sexo sin penetración

¿Si mantiene relaciones sexuales con penetración se siente seguro de que su erección durará lo suficiente durante la relación sexual?

1-----2-----3-----4-----5
Casi nunca Pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Casi siempre o Siempre
o Nunca

19. ¿Considera que sus relaciones sexuales son placenteras para usted?

Sí, No

Responda en el caso que la respuesta anterior sea negativa:

En qué consiste para usted una relación sexual placentera?.....

.....
.....
.....

20. ¿Qué siente ante una relación sexual?

Miedo, Ansiedad, Vergüenza,

Frustración, Rechazo, Satisfacción

21. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con su grado de erección actual?

1-----2-----3-----4-----5
Muy Bastante Ni insatisfecho Bastante Muy
Insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho Satisfecho Satisfecho

22. ¿Qué expectativas tiene de mejora?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Ninguna Muchas