

Disfunción eréctil psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico

FARRÉ, J. M. y LASHERAS, M. G.

Servicio de Psiquiatría. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Psychogenic and mixed erectile dysfunction: therapeutic follow-up study

La evaluación diagnóstica de la disfunción eréctil (DE) comprende una serie de elementos comunes a cualquier anamnesis clínica (historia clínica con exploración física y psicológica) y unas referencias diferenciales que pueden permitir distinguir la etiología desde la primera entrevista:

1. *Psicógena*. Su presencia es brusca, circunstancial y puede coincidir con problemas personales del paciente. En algunas ocasiones responde al placebo y se caracteriza por la existencia de erecciones matutinas y nocturnas. No acostumbra a ser total.

2. *Orgánica*. Es progresiva, no circunstancial y las erecciones matutinas y nocturnas están comprometidas. Tiene más posibilidades de presentarse como total.

Los pasos para el correcto *diagnóstico diferencial* entre los dos tipos de disfunciones son los siguientes:

- Test de estimulación erótico-visual (TEEV). Se combina la proyección de un vídeo de contenido erótico con la evaluación de las respuestas del diámetro y rigidez del pene mediante el Rigiscan, aparato que registra dichos parámetros mediante ordenador.
- TEEV+inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos, fundamentalmente la prostaglandina.
- Registro nocturno con Rigiscan.
- Analítica general y hormonal.
- En caso de sospecha de trastorno vascular, Eco-doppler o arteriografía.
- Exploración neurológica mediante EMG con potenciales evocados.

Para determinar los grados de disfunción pero también la eficacia del tratamiento, se ha impuesto el *International Index of Erectile Function* (IIEF), una escala multidimensional para la evaluación de la DE (1), validada en varios países y traducida a numerosos idiomas incluido el castellano. Autoadministrada, con 15 preguntas, se identifican fundamentalmente las funciones eréctil y orgásmica, el estado del deseo sexual, la satisfacción coital y la satisfacción general. Asimismo analiza la actividad sexual global, incluyendo estimulación no coital, juego erótico, sensualidad, coito y masturbación. Enfoca también las reacciones de la pareja. Ha demostrado una alta consistencia interna y una excelente sensibilidad para captar los resultados terapéuticos.

En líneas generales, el diagnóstico diferencial puede establecerse con facilidad. Los pacientes con DE tienden a subestimar el grado de erección alcanzado (2), 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. Por el contrario, si el paciente refiere con seguridad y certeza que estas erecciones son correctas, la fiabilidad diagnóstica es más alta (3). Algunos autores consideran que las erecciones nocturnas y matutinas son las únicas que dependen de unos niveles hormonales adecuados, estimando que su presencia descarta trastornos endocrinológicos. Si la erección se mantiene durante un mínimo de tiempo (5-10 minutos) casi podemos descartar trastornos vasculares del mecanismo veno-oclusivo. Pueden descartarse factores neurológicos cuando no existen elementos de riesgo (diabetes, alcoholismo) o antecedentes clínicos (intervenciones quirúrgicas o traumatismos) ni otros síntomas sospechosos.

Según Fora (4), es posible, en este sentido, que haya individuos fisiológicamente predispuestos a la disfunción eréctil, sea por una mayor reactividad del sistema nervioso autónomo, sea por una menor eficiencia del sistema veno-oclusivo. Ambos parámetros resultan actualmente de difícil objetivación. Las pruebas que pueden valorar la disfunción veno-oclusiva (cavernosometría, cavernosografía y eco-doppler) diferencian con dificultad trastornos funcionales de alteraciones estructurales (5) y tampoco han sido analizadas en estudios que pretendan evaluar estas posibles diferencias fisiológicas individuales.

LA CONFUSIÓN ETIOLÓGICA

El mayor promedio de DE se encuentra en la franja orgánico-psicógena o DE de carácter mixto, tanto es así que con los nuevos elementos de evaluación orgánica que poseemos, se ha experimentado un vuelco singular en los porcentajes entre DE orgánica, mixta y psicógena pura, considerándose que esta última estaría en un rango de porcentaje del 20-30% en las poblaciones clínicas estudiadas (6). Podríamos considerar el factor mixto en dos

sentidos: 1) La sumación de factores psicológicos a la etiología orgánica, y 2) Los factores de riesgo (tabaquismo, hiperlipidemia, etc.) en la DE psicógena que potenciarían el factor vasculogénico funcional propio del desencadenamiento de esta disfunción. Si bien va a depender de muchas variables, entre las cuales la edad es muy importante, el factor mixto podría «introducirse» hasta porcentajes que llegarían al 66% (en las cifras más altas) de las DE de tipo psicógeno. Las orgánicas absorben parcialmente las psicógenas por el factor mixto. Estimamos que los porcentajes reales serían: 37% orgánicos, 33% mixtos y 30% «psicógenos puros» (7). En resumen, el factor mixto debe ser considerado como un circuito que navega desde lo más puramente orgánico hasta lo más estrictamente psicógeno.

En resumen, lo que realmente interesa es la constante que existe entre los elementos causales orgánico-psicógeno, que podríamos resumir en los siguientes puntos:

1. Los orgánicos interactúan con los puramente psicógenos o simplemente los dispararán, lo cual por otra parte es frecuente en prácticamente todas las disfunciones sexuales. A nadie se le escapa que existen factores de riesgo que dispararán disfunciones eréctiles mantenidas en gran parte por elementos ansiógenos, que consideraremos más tarde.

2. Los factores psicológicos que acompañan a cualquier enfermedad o proceso quirúrgico. Así una persona puede creer que la enfermedad o la cirugía le han invalidado para una conducta sexual normal, lo cual puede conllevar que unas reacciones que a lo mejor eran transitorias, se reconviertan en permanentes por el efecto típico de la anticipación al fracaso y la falta de confianza en sí mismo del sujeto. El miedo a las consecuencias de la actividad sexual (al dolor, a una recaída), pueden provocar una evitación de toda actividad sexual con consecuencias catastróficas sobre la respuesta, que se deteriora. Ni qué decir tiene que la autoestima puede verse seriamente afectada después de un proceso orgánico de larga evolución o de una cirugía mutilante.

El clínico experimentado posee elementos relativamente precisos para diferenciar los orígenes, pero se encuentra en ocasiones dando tumbos, no solamente semánticos, en la franja orgánico-psicógena dependiendo del «momento terapéutico» (véase si no la perplejidad y un cierto síntoma de alarma de los psiquiatras y psicólogos ante la explosión mediática del sildenafil, contrastada por la toma de posesión de los urólogos), pero también de la especialidad que ejerza y de las formas de presentación, en ocasiones ciertamente erráticas y altamente sensibles a cambios psicosociales del propio sujeto.

ANSIEDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Si bien se han singularizado algunos elementos específicos que pueden contribuir a la eclosión y mantenimiento de una DE psicógena y mixta (ansiedad rasgo, fallos esporádicos, depresión, erotofobia, etc.) (8), consi-

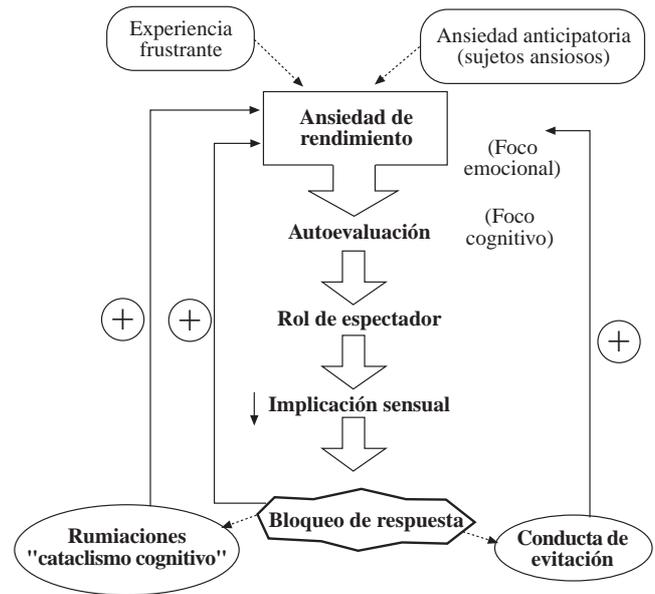


FIG. 1.—Proceso psicológico de la DE.

deramos como factor central el marcaje del proceso de ansiedad que bloquea la erección debido a un hipercontrol excesivo. El hombre con problemas erectivos sufre un verdadero cataclismo cognitivo: percibe las situaciones sexuales como amenazantes, subestima el nivel de excitación alcanzado, pierde la percepción de control sobre su respuesta erectiva y presenta abundantes creencias erróneas que llegan a mermar su autoestima y su autoconfianza. Por un lado estaría el foco emocional, de la ansiedad hacia el acto; por otro el foco cognitivo, de la autoevaluación del acto sexual. Este estilo cognitivo, altamente rumiativo y «obsesivo» le lleva a desarrollar una serie de conductas que van, en un continuo marcadamente instrumental, desde la evaluación de su rendimiento sexual hasta la evitación (9) (Fig. 1). Siendo la ansiedad factor principal en la precipitación y mantenimiento de la DE psicógena, no es de extrañar que encontremos individuos afectados por ansiedad generalizada con altos porcentajes de DE (35% de DE moderada, 19% de DE completa).

Y así todo, la relación entre la ansiedad y la disfunción sexual no es simple. Desde hace tiempo nos movemos en el modelo de Barlow (10), que diferencia los sujetos con predisposición cognitiva hacia la disfunción, de los que no la presentan. En este último caso, la ansiedad parece facilitar la respuesta sexual, centrándose la atención en las sensaciones eróticas, siendo dificultada la erección por la distracción. En cambio, la distracción parece facilitar la respuesta en los individuos con predisposición cognitiva, que centran su atención en las consecuencias de un posible fracaso. Es evidente que esto último es lo que acostumbra a acontecer en el contexto de una DE de origen psicógeno, en el que se asocia la situación de interacción sexual a una experiencia frustrante o genera-

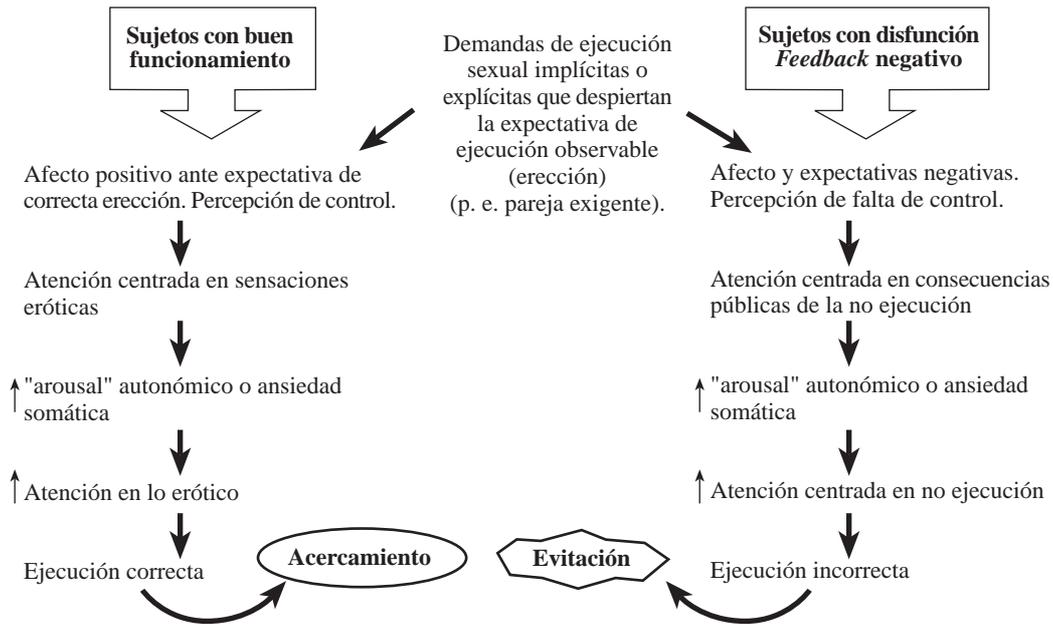


FIG. 2.—Modelo de disfunción eréctil (Barlow, 1986).

dora de ansiedad (sea después del primer fracaso como elemento disparador, sea después de fracasos sucesivos), seguida de ansiedad de rendimiento, autoobservación y espiral de deterioro progresivo marcada por el bloqueo de la respuesta y el círculo vicioso que hemos descrito anteriormente (pruebas, autoevaluación constante, focalización coital y evitación final de las situaciones sexuales) (Figs. 2 y 3).

LAS PAUTAS TERAPÉUTICAS

El tratamiento psicológico sigue las pautas generales de la terapia sexual (focalización sensorial, coito sin exigencias, tratamiento de factores de ansiedad y cognitivos). Debemos tener en cuenta que el individuo o la pareja que acude en busca de ayuda terapéutica presenta una serie de condicionamientos que mantienen y agrava

van el problema erectivo. La pareja usa la erección como «termómetro de la relación», lo cual bloquea la continuidad de la misma. Si el sujeto es excesivamente autoexigente genera altas expectativas de erección que agravan la DE. Si uno u otro miembro de la pareja muestra una preferencia exclusiva por la sexualidad coital, el proceso terapéutico se complica. Para poder llevar un abordaje cognitivo-conductual de la DE con ciertas garantías de éxito, precisaremos una serie de condiciones:

1. Que exista una pareja estable y colaboradora.
2. Que ambos posean un nivel cultural mínimo que les permita entender cuáles son las causas del problema y los objetivos que se persiguen.
3. Que ambos sean capaces de asumir cambios de actitud.
4. Que no presenten una psicopatología grave de fondo.
5. Que sea posible eliminar, al menos temporalmente, aquellos factores que generan expectativas de erección.
6. Que los factores orgánicos no sean totalmente responsables de la disfunción.

Una variante de la técnica general es la utilización de la intención paradójica en las primeras fases, es decir, sugerir al paciente que intente evitar la erección para disminuir la ansiedad de rendimiento. Antes de pasar al coito, puede sugerirse la técnica de disminución e incremento del estímulo, permitiendo que la erección decrezca y se recupere, lo que puede disipar la ansiedad.

Ante una DE de tipo mixto, deben mejorarse los factores de riesgo u orgánicos asociados, y ajustar las dosis de fármacos responsables o si es posible cambiar a otro fármaco activo y sin efectos secundarios sobre la función sexual.

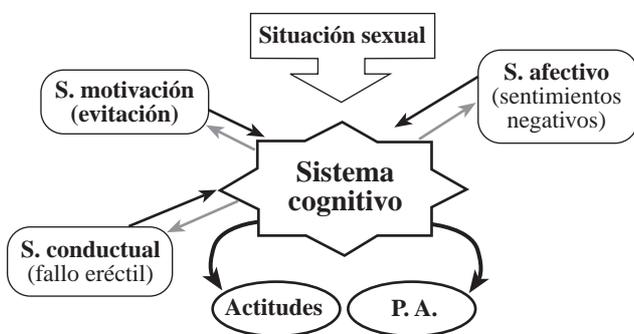


FIG. 3.—Modelo cognitivo DE.

Si a pesar de todo la ansiedad persiste, utilizar técnicas para reducirla como pueden ser la relajación aplicada, la visualización o estrategias cognitivas de manejo de ansiedad.

Los fármacos están indicados en:

- Sujetos en los que no se consigue desmarcar la demanda de sexualidad coital.
- No presencia de pareja o pareja inestable, presionante o no colaboradora.
- Fracasos de terapia cognitivo-conductual.
- Cuando el sujeto o su pareja están extremadamente bloqueados para intentar un abordaje psicológico.
- Demanda específica del paciente.

En este último caso, puede retomarse la terapia psicológica o iniciarla en caso de haber sido imposible, si el fármaco ha conseguido niveles de eficacia suficientes y ha desbloqueado la ansiedad de rendimiento del sujeto. En cualquier caso, nunca debe despreciarse la opción de asociar desde un principio un fármaco con la terapia cognitivo-conductual, si bien se precisan estudios controlados que demuestren que esta asociación potencia o mantiene los resultados terapéuticos.

No entraremos en los tratamientos farmacológicos específicos que son objeto de otro artículo en esta misma monografía. Nosotros nos movemos entre los tratamientos intracavernosos (prostaglandina o alprostadil, a dosis de 2,5-20 µg/d o 20-40 µg/d respectivamente), y el sildenafil a dosis de 25-100 mg/d. No parece cierto que los pacientes respondan a dosis bajas, por ser más potente el bloqueo erectivo ansioso que la eficacia del fármaco. La capacidad inhibitoria de los impulsos procedentes del sistema nervioso central es tan alta que podríamos considerar que la «obstrucción mental» secuestra con más facilidad la sangre de los cuerpos cavernosos que la propia detumescencia fisiológica.

NUESTROS RESULTADOS: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Objetivos

1. Cuantificar el resultado terapéutico obtenido en todos los pacientes con DE tratados en nuestra consulta en los tres últimos años.
2. Analizar dichos resultados según el tipo de tratamiento aplicado: farmacológico, terapia de conducta (TC), terapia cognitivo-conductual (TCC) y combinados.
3. Encontrar si existen diferencias en el resultado terapéutico en función de las siguientes variables: rumiadores, psicopatología asociada, disfunción sexual asociada y pareja colaboradora.

Material y método

Estudiamos de forma retrospectiva un total de 184 pacientes afectos de disfunción eréctil, que habían recibido

tratamiento en nuestra consulta de Medicina Psicosomática en los últimos tres años. Se trataba de varones cuya edad media era de 39 años, con un tiempo medio de evolución de su DE en el momento de la consulta de 3,4 años. En el 51% (N= 94) se trataba de DE psicógenas y en un 49% (N= 90) DE mixtas. Encontramos DE primarias en sólo el 18% (N= 33), siendo la mayoría secundarias (es decir, acontecidas tras un funcionamiento normal) (82%; N= 151). Por otro lado, se trataba de DE generalizadas en el 56% de los casos (N= 103) y de situacionales en el 44% (N= 81).

Analizamos las siguientes variables:

- Tipo de pareja: colaboradora, no colaboradora, no informada, no existe pareja.
- Otra disfunción sexual asociada.
- Existencia de psicopatología.
- Estilo cognitivo rumiador.
- Tipo de tratamiento aplicado.
- Resultado terapéutico: Medido con el International Index of Erectile Function (IIEF), según el cual se considera resultado positivo una puntuación de 26-30.

Posteriormente contrastamos los resultados obtenidos en función de las variables anteriormente descritas.

Resultados

El 52% de los pacientes tenían una pareja colaboradora, frente a un 22% que no lo eran; el 16% prefirieron no explicarlo a sus parejas y en un 10% no se disponía de pareja estable (Fig. 4).

Encontramos algún otro tipo de disfunción sexual en el 37% de los casos, siendo la más frecuente la eyaculación precoz (EP) (20,7%), seguida del deseo sexual inhibido (DSI) (14%) y la eyaculación retardada (ER) (4,3%) (Fig. 5).

En cuanto a psicopatología asociada, la hallamos en un 37%, siendo la más común la ansiedad generalizada (29,3%) (Fig. 6).

Por último, el estilo cognitivo tipo rumiador lo sufrían el 46% de los pacientes con DE, frente a un 54% que no lo eran.

Al analizar el tipo de tratamiento aplicado, encontramos que en el 60% de los casos se comenzó con terapia de conducta (N= 110), frente a un 40% (N= 74) en el que se inicia con fármacos. La evolución de cada uno de estos grupos por separado puede apreciarse en las figuras 7 y 8.

El resultado terapéutico resultó ser positivo en el 71% de todos los pacientes tratados y negativo en el 29% restantes. En el análisis del resultado terapéutico según el tipo de tratamiento aplicado, obtuvimos resultado positivo en el 41% de los casos tratados con *terapia de conducta (TC)*, en el 61% de los tratados con *terapia cognitivo-conductual (TCC)*, en el 88% a los que se les suministró *sildenafil*, en el 94% si se asociaba *TCC+ sildenafil*, en el 85% de los tratados con *PGE1* y en el 91% si se combinaba *TCC+PGE1*.

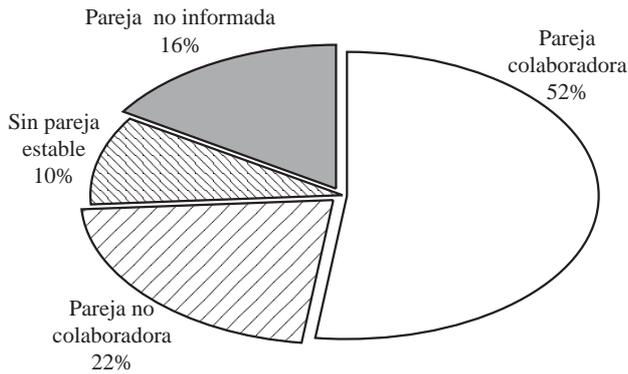
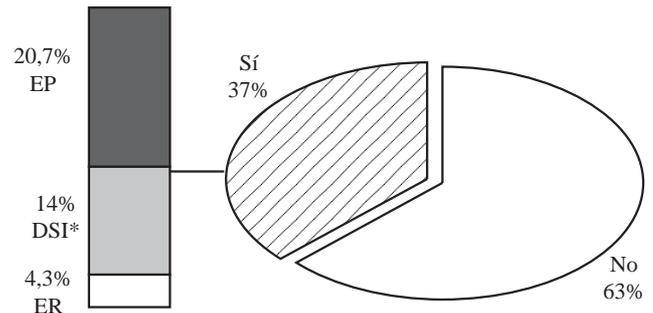


FIG. 4.—Distribución según pareja.



* DSI se incrementa con el tiempo de evolución de la DE.

EP: Eyacuación precoz. DSI: Deseo sexual inhibido. ER: Eyacuación retardada.

FIG. 5.—Distribución disfunción sexual asociada.

Al contrastar las variables descritas al inicio según el resultado terapéutico obtenido, nuestros resultados fueron:

- El 77% de los pacientes que no padecían estilo cognitivo rumiador tenían resultado terapéutico positivo, frente a sólo el 63% de los que eran rumiadores.
- En caso de no existir psicopatología, el resultado positivo aparecía en el 75%, frente al 63% en los que sí la sufrían. En concreto, los pacientes sin ansiedad generalizada se curaban en un 74%, mientras que sólo lo hacían el 63% de los que la padecían.
- Los pacientes sin ningún otro tipo de disfunción sexual asociada tenían resultado positivo en el 83% de los casos, frente a únicamente el 50% en los que sí la padecían. Los resultados según el tipo de disfunción sexual quedan reflejados en las figuras 9, 10 y 11.
- Por último, los mejores resultados terapéuticos se obtenían en caso de existir pareja colaboradora (77% de resultado positivo) o bien pareja no informada (77% de resultado positivo) (Fig. 12).

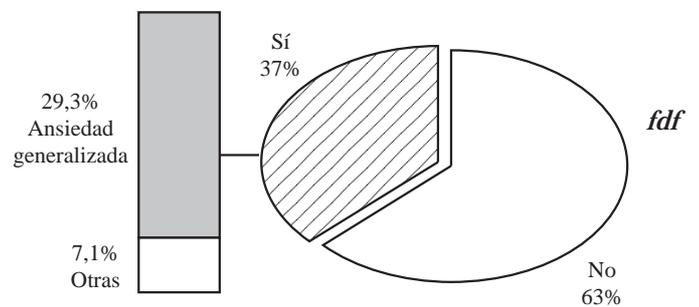
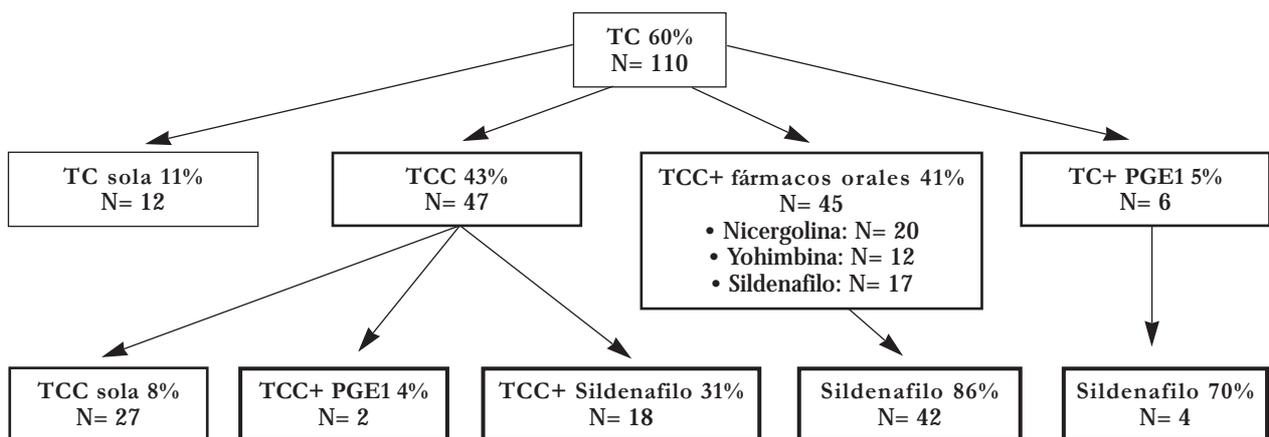


FIG. 6.—Distribución según psicopatología asociada.

Si reagrupamos estas variables en aquellas que afectan más negativamente al resultado terapéutico (pareja no colaboradora, rumiador, con ansiedad generalizada y con DSI), obtenemos los «factores críticos», cuyo análisis



TC: Terapia de conducta.
TCC: Terapia cognitiva conductual.

FIG. 7.—Evolución longitudinal del tratamiento conductual.

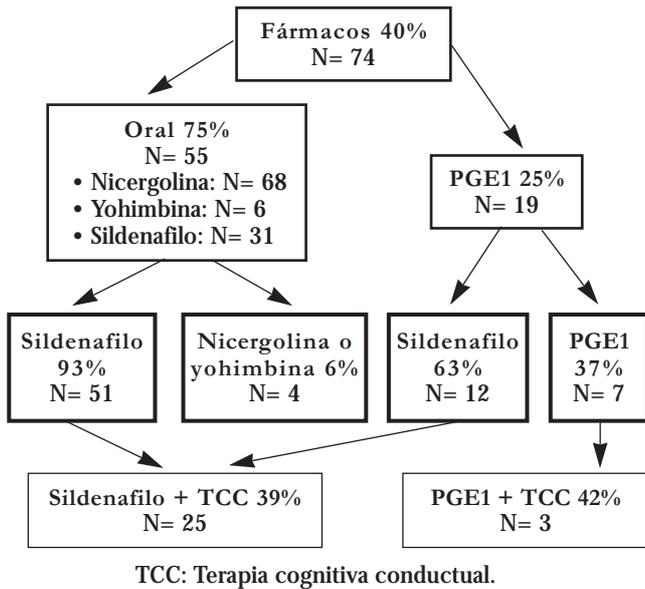


FIG. 8.—Evolución longitudinal del tratamiento farmacológico.

de resultados terapéuticos por sumación puede visualizarse en la figura 13.

Discusión

Nuestro estudio está basado en el seguimiento retrospectivo de un total de 184 pacientes afectados de DE y sometidos longitudinalmente a tres módulos de trata-

miento: farmacológico, TC y TCC, con sus correspondientes asociaciones. Los datos deben ser acogidos con la precaución debida, al no contar con grupos comparativos de los tres tipos de terapias. Así todo, pudimos procesar las decisiones terapéuticas que pueden adoptarse en el transcurso de una evolución clínica. Determinaciones que fueron tomadas por diversas variables entre las que se encuentran:

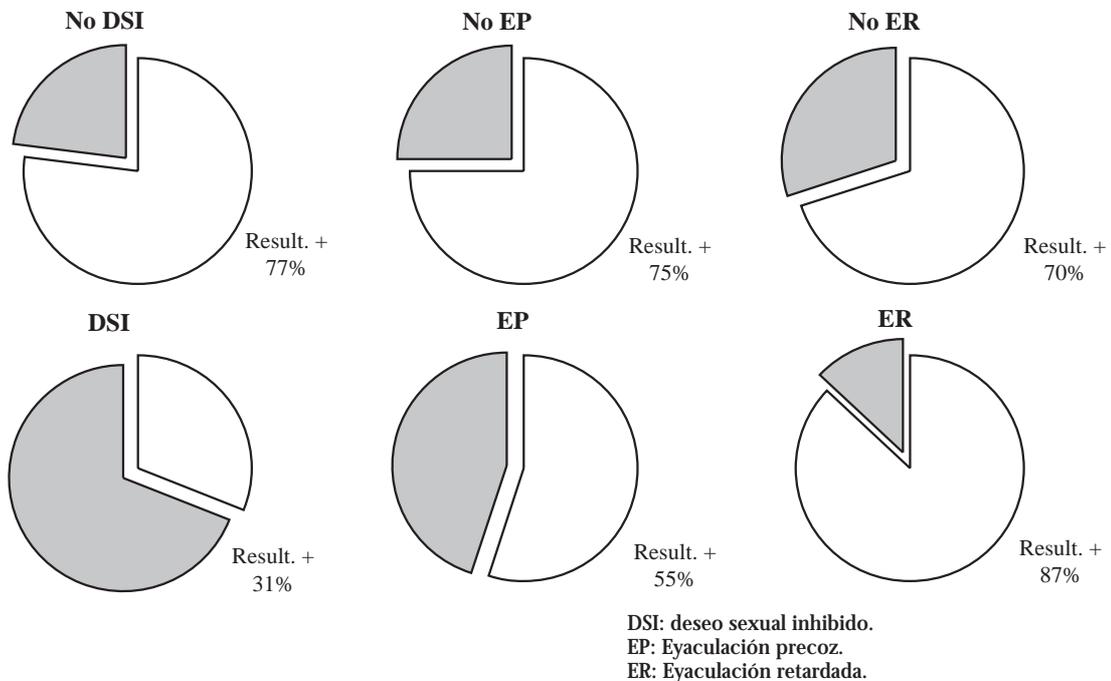
a) El muy relativo éxito de la TC aislada (41%), más evidente si se tiene en cuenta que se trataba de pacientes jóvenes, psicógenos o mixtos.

b) La TC experimentó mejores resultados cuando se introdujeron elementos cognitivos (61%). A pesar de ello, en un 60% se comenzó con TC, frente al 40% en el que se inició tratamiento con fármacos.

c) Precisamos suministrar un fármaco en solitario o asociado, lo que definitivamente consiguió resultados más potentes (sildenafil: 88%; TCC+ sildenafil: 94%; PGE1: 85%; TCC+ PGE: 91%). El sildenafil fue el fármaco mayoritariamente utilizado (82% del total de la muestra) por ser de eficacia probada y de más fácil manejo y aceptación por parte del paciente.

d) La necesidad de iniciar el tratamiento con el fármaco o de asociarlo a la TC o la TCC, fue debida a diversas razones, entre las que se contaban alguna pareja no colaboradora, pacientes sin pareja, muy bloqueados o por petición expresa. Finalmente, la combinación TC o TCC en solitario, persistió sólo en un 21% de los casos, los fármacos en solitario en un 26%, siendo la combinación de las dos terapias lo más frecuente (53%) (Fig. 14).

Llama la atención la presencia de tres tipos de pacientes, marcados todos ellos por la ansiedad como ele-



FIGS. 9 a 11.—Resultados según disfunción sexual asociada.

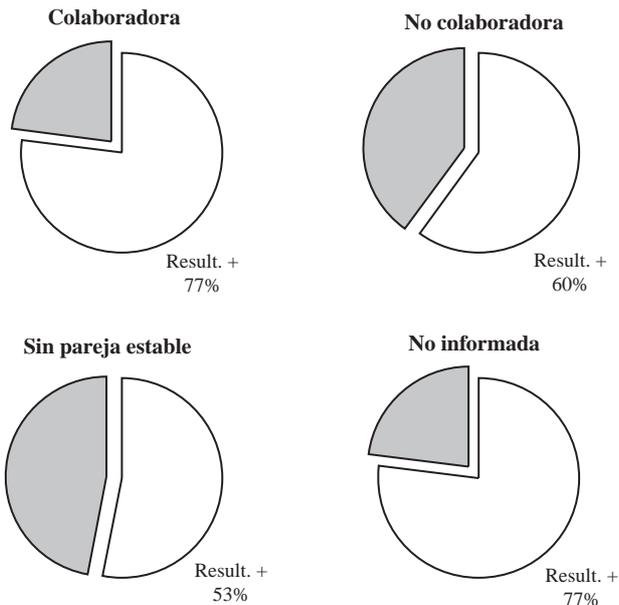


FIG. 12.—Resultados según pareja.

mento mantenedor de la disfunción: 1) Los que presentan ansiedad anticipatoria. 2) Los que desencadenan la reacción ansiosa en el momento de la respuesta erectiva (podríamos denominarlos como «fóbicos a la erección»). 3) Los «rumiadores» como posible estilo cognitivo previo que se magnifica ante la eclosión de la DE. Queda por saber si estas tres tipologías van por separado o se asocian en el mismo individuo, elicítadas por el propio devenir de la disfunción o por la presencia previa de ansiedad generalizada o rasgos obsesivos.

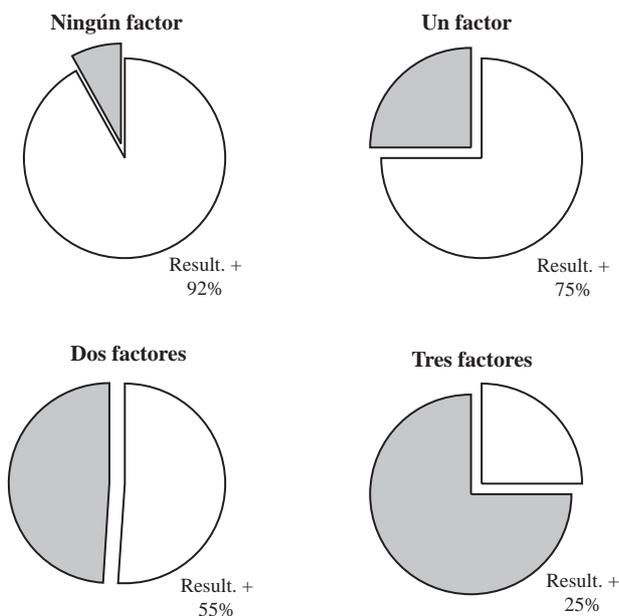


FIG. 13.—Resultados según factores críticos.

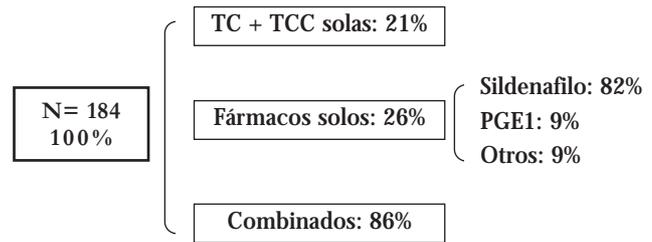


FIG. 14.—Distribución de las terapias.

Tres variables han resultado claramente positivas para el éxito terapéutico:

1. El que exista pareja colaboradora o bien que no esté informada, evidentemente en el caso de acudir al fármaco. Es interesante constatar la cuestión de la información, que se vuelve contra el resultado terapéutico, probablemente por las expectativas excesivas por parte de la pareja o bien por un decremento de su autoestima. Sin embargo, estas conjeturas deberían ser comprobadas en futuros estudios.

2. El que el paciente no sea rumiador. La rumiación crónica prolonga el tiempo de curación, es un posible riesgo etiológico y presupone un mayor riesgo de fracaso terapéutico y probablemente de recaídas.

3. La ausencia de otra disfunción sexual asociada, fundamentalmente el DSI que condiciona la respuesta a la intervención terapéutica hasta disminuir el % de resultados positivos a un 31%.

El tratamiento farmacológico y fundamentalmente el uso del sildenafil, ha presupuesto un cambio radical, no solamente por su eficacia objetivamente comprobada en las DE psicógenas (11), sino por una clara acción «ansiolítica» debido a la seguridad y confianza que le aporta al paciente, lo que, sin lugar a dudas es en parte responsable de los excelentes resultados reportados en la DE que nos ocupa. La recuperación de las erecciones espontáneas tras una terapia farmacológica, se beneficia claramente de este doble efecto que ya habíamos documentado con la autoinyección de PGE1 (12), pero que ha conseguido una clara evidencia gracias a la comodidad y elevada eficacia del sildenafil.

La combinación de fármacos y terapia cognitivo-conductual asoma como la más eficaz para la consecución de resultados a largo plazo. De hecho, el abordar aspectos cognitivos y conductuales, en paralelo o consecutivamente al sildenafil, se nos presenta como una diáfana garantía terapéutica. El desbloqueo por parte del fármaco, permite un enfoque psicológico, que naufragaría irremisiblemente en sujetos con exceso de ansiedad anticipatoria o sometidos a la experiencia de fracasos previos con estrategias psicoterápicas. Podríamos considerar en algunas ocasiones la terapia farmacológica como un arma de doble filo; para algunos pacientes, ingerir una medicación una hora antes de la relación curiosamente incrementa la ansiedad, provoca mayores expectativas, más autoexigencia de respuesta y extrema la autoobser-

vación. Es ahí donde la farmacología se beneficia claramente de instrucciones cognitivas. Queda por investigar si las pautas de ajuste del sildenafil serán las mismas que propugnábamos en su momento para la PGE (familiarización, estabilización, supresión, administración no sistemática), o bien nos encontraremos con espectros variables marcados por diferencias individuales que permitirán abandonar el fármaco, mantenerlo al alcance o que sea imprescindible.

Las investigaciones futuras pasarán por clarificar muchos de los aspectos que hemos apuntado anteriormente y deberán tener en cuenta que en la DE psicógena la respuesta cognitiva es de importancia nuclear, sea cual sea el abordaje terapéutico. Por otra parte, no podemos obviar el 10% de pacientes claramente resistentes a cualquier terapia; es ahí donde se impondrán estudios en profundidad, tanto neurofisiológicos (reactividad del SNA) como de factores de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale of assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30.
- Barlow DH. Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:140-8.
- Segraves KA, Segraves RT, Schoenberg HW. Use of Sexual History to Differentiate Organic from Psychogenic Impotence. *Arch Sex Behav* 1987;16:125-37.
- Fora F. Ni contigo ni sin ti: Fobia a la erección. *Cuadernos Med Psicosom* 2000;53:69-75.
- Sáenz de Tejada I. Evaluación del mecanismo venooclusivo. Erección, Eyaculación y sus Trastornos. Ed. Fomento Salud, 1997. p. 131-55.
- Hanash KA. Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. *J Urol* 1997;157:2135-8.
- Farré JM, Lasheras MG. Disfunción eréctil psicógena. *Psiquiatría y Disfunción Eréctil*. Madrid: Garsi; 1998.
- Farré JM, Lasheras MG. Factores psicológicos en la evaluación multidisciplinar de la disfunción sexual: diagnóstico y tratamiento. *Psicofármacos y Disfunción Sexual*. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1999.
- Farré JM, Salvador L. Disfunciones sexuales. En: Ayuso, Salvador, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Mc Graw Hill; 1992. p. 373-83.
- Barlow DH, Beck JG. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding. I y II. *Behav Res Ther* 1986;24:9-17, 19-26.
- Giuliano F, et al. Sildenafil (Viagra™), an oral treatment for erectile dysfunction: a 1-year, open-label, extension study (Abstract). *Br J Urol* 1997;80:93.
- Fora F, Farré JM. La prostaglandina E-1 intracavernosa en el abordaje psicológico de la disfunción erectiva. *Cuadernos Med Psicosom Psiquiatría Enlace* 1996; 37:34-41.