

LA ENTREVISTA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL

Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Xàtiva. Valencia. España

E mail: consultafsanchez@gmail.com

Web: <https://www.cuestionariosdesalud.com/>

Canal de YouTube: <http://www.youtube.com/c/FroilánSánchezSánchez>

Resumen: La satisfacción sexual es importante para la calidad de vida de las personas. Sin embargo, es difícil preguntar sobre sexualidad a los pacientes. En el presente trabajo se analizan las dificultades que existen para realizar una entrevista en salud sexual, y se ofrece una pauta para llevarla a cabo de manera adecuada. Finalmente, se propone un modelo de registro de problemas sexuales en la historia clínica.

Palabras clave: disfunción sexual, entrevista clínica, compañero sexual

Abstract: The sexual satisfaction is important for the quality of life of the persons. Nevertheless, it is difficult to ask on sexuality the patients. In the present work there are analyzed the difficulties that exist to realize an interview in sexual health, and a guideline offers to carry out it in a suitable way. Finally, there proposes a model of record of sexual problems in the clinical history.

Key Words: Sexual dysfunction, clinical interview, sexual partner

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1-Introducción y objetivos

2-La entrevista clínica en salud sexual: habilidades y actitudes.

2.1 Dificultades para su realización

2.2 La necesidad de la búsqueda activa

2.3 Condiciones necesarias

2.4 Actitud ante posibles resistencias

2.5 Pauta de entrevista propuesta

3-Registro de problemas sexuales en la historia clínica.

1-INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sexualidad constituye uno de los aspectos de la personalidad en el que es mayor el grado de intimidad y privacidad. Preguntar por ella a los pacientes suele despertar recelos (sobre todo si lo que se pregunta no guarda relación aparente con el motivo inicial de la consulta), sentimientos de vergüenza y/o de culpa¹.

Sin embargo, numerosas evidencias relacionan calidad de vida con vida sexual satisfactoria^{2,3}, asociando esta incluso a longevidad^{4,5}. Las disfunciones sexuales (DS) suelen provocar trastornos neuróticos y conflictos⁶ que repercuten gravemente en la autoestima o en las relaciones de pareja, pudiendo generar incumplimiento terapéutico⁷, DS en el compañero/a sexual^{8,9} e, incluso, violencia de género¹⁰, sin olvidar que, en ocasiones, su aparición puede preceder a otras patologías que implican riesgo vital^{11,12}, de ahí que tengan la consideración de posibles marcadores precoces de estas. Por todo ello, es necesario interesarnos por la vida sexual de los pacientes¹³.

El objetivo de este trabajo es facilitar unas pautas para realizar una adecuada anamnesis sexual, así como proponer un protocolo de registro de los problemas sexuales en la historia clínica.

2-LA ENTREVISTA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL: HABILIDADES Y ACTITUDES.

2-1 Dificultades para su realización

Las dificultades se minimizan si es el paciente quien acude directamente al médico refiriendo un problema sexual, lo cual es más habitual en cualquier consulta de sexología. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que acuden al médico no especializado en estos temas, pese a sufrir el problema, no lo consultan por su propia iniciativa. De cualquier manera, es necesario conocer las barreras que dificultan la realización de una adecuada anamnesis sexual, las cuales, con frecuencia, se suman.

A-Dificultades inherentes al profesional:

- Los planes de formación académica en general muestran escaso interés por la sexualidad, aunque existe buena formación anatómica y fisiológica,

- La competencia profesional se centra en las enfermedades más prevalentes: diabetes, hipertensión, bronquitis crónicas, etc., en perjuicio de otras fundamentales para la salud integral del individuo como la salud mental, sexual y laboral.
- Resistencia o escasa receptividad, consciente o no, del profesional a abordar la sexualidad, debido a sus limitaciones, a que sigue siendo un tema tabú en la cultura médica, y/o temor a ser juzgado negativamente por los pacientes o por los compañeros.
- Falta de habilidades para abordar aspectos íntimos y privados.
- Reduccionismo sexista con tendencia a identificar sexualidad exclusivamente con procreación o función eréctil.
- Creencia de que no se dispone de instrumentos beneficiosos para abordar las DS.
- Considerar a menudo las DS como “normales a esa edad”.
- Temor a ser malinterpretado, generalmente cuando el género del profesional y del paciente son distintos, o a la judicialización del acto.
- Descuidar la atención a grupos vulnerables, sobre todo adolescentes, inmigrantes y minorías étnicas, que requieren información dirigida a la prevención de situaciones de riesgo, y a la promoción de una sexualidad responsable.

B- Dificultades propias del paciente

- Temor ó pudor para plantear aspectos de su intimidad sexual.
- Temor a ser juzgado.
- Temor a que otras personas conozcan sus tendencias, sus problemas o sus dificultades sexuales (miedo a que se vulnere la confidencialidad)
- A menudo, ignorancia de que muchos síntomas físicos por los que consultan pueden deberse a trastornos de la esfera sexual.
- Desinformación sexual con tendencia a una reducción organicista de la sexualidad (excesiva genitalidad).

- Negación de la propia sexualidad.
- Creencias religiosas y convicciones morales que identifican sexualidad exclusivamente con reproducción.
- Dificultades en la comunicación, bien sea por desconocimiento del idioma o por barreras culturales.
- Presencia de terceras personas.

C-Dificultades del sistema:

- La salud sexual, como elemento a integrar en el concepto de salud global individual, no tiene una consideración prioritaria en los planes de salud.
- Los problemas derivados de la sexualidad en el mejor de los casos pueden ser detectados, pero no se dedican suficientes recursos públicos para su abordaje.
- Los centros sanitarios no suelen disponer de una infraestructura que garantice la confidencialidad, aunque en ocasiones son los profesionales con sus actitudes negativas o sus omisiones quienes no favorecen el clima adecuado.
- Las condiciones de trabajo dificultan poder llevar a cabo actividades preventivas y de orientación sobre temas sexológicos y reproductivos.
- Hay una escasa colaboración entre los sistemas sanitario y educativo para implantar en las escuelas e institutos modelos que incorporen de forma sistemática y efectiva la información sexual que requieren nuestros jóvenes.
- La escasez de tiempo de duración de las consultas, por una inadecuación de recursos, dificulta el abordaje integral de la salud.

2-2 La necesidad de la búsqueda activa

Como se ha referido, los pacientes no suelen consultar por sí mismos sus problemas sexuales. En el estudio EDEM¹⁴ solo el 16,5% de los hombres que presentaban disfunción eréctil (DE) consultaban “motu proprio” su enfermedad al médico. A veces un comentario de la pareja lo pone al descubierto¹⁵, pero es la búsqueda activa por parte del médico¹⁶, preguntando acerca de la sexualidad, sobre todo entre la población de riesgo (ver **tabla 1**), lo que resulta decisivo para que aflore esta patología.

Tabla 1. CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE RECOMIENDA LA BÚSQUEDA ACTIVA

Con independencia de cuál sea el sexo del paciente

- Presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), patología cardiovascular o respiratoria crónicas
- Infecciones urinarias o genitales
- Infecciones o lesiones traumáticas proctológicas
- Incontinencia de orina
- Convalecencia tras cirugía. Antecedentes de cirugía pélvica
- Lesiones dermatológicas sugestivas de ETS
- Pacientes que acuden solicitando serología de VIH, lúes o VHB/VHC
- Parejas de personas seropositivas (VIH o VHB)
- Drogodependencia (especialmente ADVP)
- Viajes (turismo sexual)
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales
- Síntomas psicológicos¹⁷: insomnio, depresión, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, anorexia o bulimia nerviosas, trastorno de personalidad (especialmente el trastorno límite de personalidad)
- Tratamiento con fármacos que alteran la libido o la respuesta sexual
- Hipersensibilidad al látex

En la mujer

- Antecedente de embarazo no deseado
- Desarreglos menstruales
- Solicitud de consejo sobre métodos anticonceptivos
- Situaciones de toma de anovulatorios sin control médico
- Solicitud de anticoncepción de emergencia
- Durante el embarazo y en el puerperio
- Síntomas climatéricos
- Otros síntomas ginecológicos
- Si se sospechan malos tratos o abusos sexuales

En el hombre

- Presencia de síntomas urinarios, prostáticos o genitales
- Síndrome de déficit de testosterona¹⁸
- Situaciones en las que acude con la pareja para solicitar contracepción postcoital o consejo sobre métodos anticonceptivos
- Cuando se sospecha que es el causante de malos tratos o de abusos sexuales

2-3 Condiciones necesarias para la entrevista

Es requisito indispensable crear un clima de confianza en el que el paciente perciba la confidencialidad del encuentro y el interés por ayudarlo (Ver en **tabla 2** los factores previos a tener en cuenta).

Tabla 2. FACTORES PREVIOS A LA ENTREVISTA CLÍNICA SEXUAL A CONSIDERAR

- Edad (las edades extremas tienen mayor riesgo de disfunción o de conductas de riesgo)
- Nivel cultural de la persona que consulta y situación familiar
- Si tiene o no pareja estable
- ¿Acude solo/a o acompañado/a?
- Motivo de consulta: ¿guarda relación directa con su sexualidad? Antecedentes personales
- Estado cognitivo y afectivo (ansiedad, duelo, depresión, t. adaptativo, etc.)
- Presencia de factores de riesgo de sufrir DS:
 1. FRCV (factores de riesgo cardiovascular)
 2. ITS (infecciones de transmisión sexual)
 3. De maternidad no deseada
 4. De maltrato
 5. Consumo de fármacos o drogas

La entrevista debe regirse por el sentido de la oportunidad y se llevará a cabo con naturalidad, empatía y manteniendo una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, sin emitir juicios de valor y utilizando un lenguaje neutral al preguntar acerca de los compañeros sexuales.

Es recomendable utilizar preguntas abiertas para evitar respuestas de sí o no, sin inducir la contestación (Ej.: “¿no eres homosexual?... ¿no?”), ni calificativos confusos o cargados de prejuicios (ej.: promiscuidad).

En las personas que padezcan enfermedades crónicas con repercusión metabólica, vascular, neurológica o psiquiátrica, debemos interesarnos por su sexualidad siempre que las circunstancias o el sentido de la oportunidad no lo desaconsejen. Así, evitaremos preguntar en pacientes con sintomatología paranoide, en aquéllos con síntomas maníacos o con ideación delirante, así como en los que por su avanzada edad y circunstancias personales, la pregunta resulte improcedente.

En los adolescentes conviene sondear sus conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS, cuando las circunstancias de la entrevista y del joven lo recomienden, siendo preferible no preguntar delante de los padres o de otros acompañantes y cuando la edad, el grado de autonomía, o las tendencias grupales lo desaconsejen.

2-4 Actitud ante posibles resistencias

Si detectamos resistencia por parte del paciente, habrá que aceptarla e intentar vencerla mediante técnicas que favorezcan la empatía, pero sin insistir, ya que el resultado puede ser contrario al que se persigue. Para afrontarla podemos recurrir a nuestra asertividad: *“Parece que le incomoda hablar de estas cuestiones, y lo entiendo, pero piense que si cree tener algún problema, puede ser beneficioso para usted explicarlo, ya que, conociendo de qué se trata, tal vez podamos ayudarle. Si lo desea, lo hablamos ahora, y si no, lo dejamos para otro momento, ¿qué le parece?”*.

A veces lo que incomoda al paciente es el sexo de quien le entrevista. En ese caso también conviene abordar la situación de una forma empática y asertiva, respetando que se prefiera hablar con otro profesional. Lo que nunca debe ocurrir es que el médico se ofenda o enoje porque el paciente se niegue a tratar estos temas con él, lo cual es de especial importancia cuando coinciden personas de diferente raza, cultura y/o religión.

2-5 Pauta de entrevista propuesta

La **tabla 3** recoge la información básica que se ha de obtener durante la entrevista clínica sexológica.

Tabla 3. CONTENIDOS DE UNA ANAMNESIS SEXUAL BÁSICA

- Datos puberales (edad de la menarquia, erecciones y poluciones nocturnas)
- Primeras experiencias sexuales (edad, orientación sexual, conductas de riesgo de embarazo o de ETS, vivencia y/o grado de satisfacción)
- Relaciones actuales (inexistentes, masturbatorias, monogámicas, parejas múltiples u ocasionales).
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo) en el pasado y en el momento actual.

Algunas preguntas pueden intimidar al paciente; su conveniencia o no y el momento de hacerlas dependerá de cada caso y del grado de confianza establecido con la persona entrevistada.

Se propone la siguiente pauta para la realización de la anamnesis sexual:

- En el momento oportuno de la entrevista podemos preguntar: *¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias?* Si la respuesta es sí, deberíamos añadir *¿tanto para usted como para su pareja?* Si la respuesta vuelve a ser afirmativa, haremos preguntas orientadas a conocer el nivel de información que posee el o la paciente, y a la existencia de conductas de riesgo (si utiliza métodos anticonceptivos, si hay una única pareja sexual o más, si existe algún síntoma que pueda orientarnos sobre la existencia de ITS u otro tipo de trastornos (por ejemplo, del ciclo genital femenino, o síntomas prostáticos en el varón).

En pacientes con FRCV, o de otro tipo, en el que se sospecha posible DE es recomendable recurrir a fórmulas como la siguiente: *“Hay pacientes con hipertensión (diabetes, etc.) como usted, a los que les cuesta conseguir o mantener la erección ¿en ese aspecto como le van las cosas?”*

- La forma en que responda y su lenguaje no verbal nos orientan tanto sobre su actitud hacia la sexualidad como hacia nuestras preguntas. Podremos apreciar actitudes defensivas, de evitación o de franco rechazo, ante las que debemos responder con respeto, pero de forma asertiva, aclarando: *“la sexualidad, también forma parte del estado de salud, es por eso por lo que le he preguntado, pero si le molesta, lo dejamos para otro momento”*. Cabe la posibilidad de que esta última fórmula sea la introducción a la anamnesis sexual.
- Cuando a la pregunta inicial el o la paciente responde que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, proponemos una fórmula abierta que le permita explicar lo que, bajo su punto de vista, no va bien. Así, podemos preguntar con un simple *¿por qué?* O bien con un *¿cuál cree usted que es el problema?*

A medida que avanzamos en la entrevista el abanico de posibles respuestas se va abriendo más. Nos puede responder que no mantiene relaciones sexuales, que no tiene pareja estable, puede que nos comente que tiene conflictos con su pareja (que podrían explicar la insatisfacción), o que la falta de sintonía en las

relaciones sexuales ha precipitado conflictos entre los dos, puede ser que tenga más de una pareja sexual, o que exista un conflicto de orientación sexual, etc. Tampoco es infrecuente que nos responda que agradece que le preguntemos sobre ello, porque tiene un problema que no sabía cómo ni a quién plantear.

- Si la actitud de la persona entrevistada es receptiva, pero después de escucharla no queda claro cuál es el problema, podemos concretar más con preguntas sobre el **deseo** (que puede estar alterado en uno u otro sentido, o bien puede ser asincrónico con el de la pareja), sobre la **fase de excitación** (generalmente, problemas relacionados con la lubricación vaginal o con la erección) y sobre la **fase de orgasmo** (anorgasmia, eyaculación precoz, retardada, ausencia de eyaculación). Es conveniente saber qué circunstancias pueden estar motivando el trastorno (dispareunia, vaginismo, relacionado con determinados fármacos, enfermedades médicas intercurrentes, trastornos mentales, consumo de drogas, etc.). Interesa saber también si el trastorno o la dificultad sexual es desde siempre (primario) o si aparece después de un tiempo de actividad normal (secundario), y si se da siempre, o sólo en determinadas circunstancias.
- En todos los casos se ha de valorar la repercusión sobre el psiquismo de la persona. Generalmente se verá afectada la autoestima, aunque la causa de la disfunción no se encuentre en el paciente, sino que sea debida a un problema de la pareja o a otras circunstancias. Cuando la pareja está cohesionada puede haber una autoinculpación. La inculpación abierta o solapada del otro suele verse en parejas sin cohesión.
- Cuando alguien acude **acompañado** a la consulta por un motivo que inicialmente no guarda relación con su sexualidad, se obviarán la anamnesis sexual, salvo que alguno de los dos plantee alguna cuestión que dé pie a ello, pero parece más oportuno, antes de hablar del tema en presencia de la pareja, obtener información por separado, para no desvirtuar la anamnesis sexual en presencia de otra persona, al tiempo que así le estamos dando a entender que respetamos plenamente su confidencialidad.

- Una vez iniciada la entrevista sobre salud sexual, si de ésta se desprende que existe algún tipo de disfunción, se deberá orientar a obtener respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) **¿Cuál es el problema?** Debemos distinguir si se trata de un trastorno en el ciclo de la respuesta sexual, un problema en relación con la identidad sexual, con la orientación del deseo y del patrón de excitación sexual, un trastorno relacionado con el dolor durante la actividad sexual, etc. Se pormenorizará, de la manera más minuciosa posible, **como ha transcurrido la última relación sexual**, si la hubo.
- 2) **¿Desde cuándo?** Será secundario cuando aparece después de un periodo de actividad normal.
- 3) **¿Cuándo se manifiesta?** Si se da siempre o por el contrario sólo en determinadas circunstancias.
- 4) **¿A qué cree que se debe?** Factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, en la gravedad, en la exacerbación y en la persistencia del trastorno; puede ser el resultado de factores combinados: psicológicos, enfermedad médica, drogas.
- 5) **¿Cómo lo vive usted?**
- 6) **¿Cuál es la actitud de la pareja?**
- 7) **Intentos previos de solución y resultados alcanzados:** Consultas con otros profesionales, libros, internet, remedios caseros, etc.
- 8) **Expectativas terapéuticas del paciente y su pareja:** Resultados que esperan alcanzar y que esperan de nosotros.
- 9) **Comprobar que ambos comparten ideas parecidas respecto a la sexualidad**, como experiencia común y gratificante.

Llegados a este punto, el médico ha de decidir si se considera competente para intervenir sobre el problema sexual o derivará al paciente a un experto.

El modelo de entrevista clínica sexual, aquí expuesto, puede completarse con otros como el propuesto por Carrobles y Sanz¹⁹ que se expone en la **tabla 4**.

Tabla 4: FORMATO BÁSICO GENERAL DE HISTORIA SEXUAL (Carrobles y Sanz)

I HISTORIA DEL PROBLEMA

1. *Infancia y medio familiar*
 - a) Ambiente familiar
 - b) Formación religiosa
 - c) Actitudes de los padres y otros adultos significativos respecto al sexo.
 - d) Experiencias sexuales tempranas.
2. *Pubertad y adolescencia*
 - a) Educación e información sexual recibida
 - b) Primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, erección, menstruación, eyaculación, orgasmo, experiencias sexuales con el mismo sexo, con el otro sexo, primera experiencia de coito, otras experiencias sexuales.
3. *Relación socio-sexual con su actual pareja:* primeras experiencias, experiencias posteriores.

II CONDUCTA SEXUAL: ANÁLISIS FUNCIONAL

1. *Actitudes y creencias actuales respecto al sexo*
2. *Conducta sexual*
 - a) Actividades sexuales distintas del coito
 - b) Posibles relaciones extramaritales
 - c) Comunicación entre la pareja
 - d) Relación marital
 - e) Estilo de vida
3. *Dificultades o problemas sexuales existentes:*
 - a) Recapitular los datos sobre la anamnesis obtenida de la queja inicial
 - b) Pormenorizar minuciosamente como ha transcurrido la última relación sexual
3. Expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia
4. Motivación hacia el cambio o la terapia.

3-REGISTRO DE PROBLEMAS SEXUALES EN LA HISTORIA CLÍNICA²⁰

Ante cualquier queja o DS que surja en consulta se ha de registrar en la historia clínica al menos:

1- Su naturaleza temporal:

a) DS primaria (desde siempre), si ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

b) DS secundaria, aparece a partir de un determinado momento o circunstancia, después de un periodo de actividad normal.

2- El contexto en el que se presenta:

a) General, si se da en todas las situaciones.

b) Situacional, si sólo aparece en determinadas circunstancias.

3- Los factores etiológicos implicados:

a) Predominio psicológico: Si éstos tiene gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia de la DS.

b) Predominio orgánico: si existe una causa orgánica que explica el cuadro.

c) Mixto: Debido a factores combinados, si se estima que los psicológicos y un trastorno orgánico definido o el consumo de sustancias contribuyen al inicio, la gravedad, exacerbación o persistencia del TS.

4- La parcela de la Sexualidad afectada:

a) Trastornos del ciclo de la respuesta sexual

b) Trastornos relacionados con dolor durante la actividad sexual

c) Trastornos relacionados con la identidad sexual

d) Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.

5-Historia de intentos de resolución: Tratamientos previos o libros y otros recursos consultados. Procedimientos intentados para solucionar el problema y resultados alcanzados.

6-Expectativas y objetivos del paciente y, con frecuencia, de su pareja: En cuanto a lo que esperan de la intervención del médico.

BIBLIOGRAFÍA

¹Benítez JM, Brenes F, Casado P, González R, Sanchez F, Villalva E. Grupo de Sexología de Semergen. Semergen Doc. Salud Sexual. Documentos Clínicos Semergen. Madrid: Edicomplet, 2006.

²Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas* 2009; 63(2):138-41.

³Pereira RF, Daibs YS, Tobias-Machado M, Pompeo AC. Quality of Life, Behavioral Problems, and Marital Adjustment in the First Year After Radical Prostatectomy. *Clin Genitourin Cancer* 2011 (en prensa)

⁴ Davey Smith G, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ*. 1997;315(7123):1641-4.

⁵Palmore EB. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist*. 1982;22(6): 513-518.

⁶ Roth RS, Punch MR, Bachman JE. Psychological factors and chronic pelvic pain in women: a comparative study with women with chronic migraine headaches. *Health Care Women Int*. 2011;32(8):746-61.

⁷Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of

1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 3:10-21.

⁸Corona G, Bandini E, Fisher A, Elisa M, Boddi V, Balercia G, Sforza A, et al. Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(6):2174-83.

⁹Greenstein A, Abramov L, Matzin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2006; 18 (1): 44-46.

¹⁰Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assaultants' sexual dysfunction during rape: prevalence and relationship to genital trauma in female victims. *J Emerg Med*. 2010;38(4):529-35.

¹¹ Riedner CE, Rhoden EL, Fuchs SC, Wainstein MV, Gonçalves SC, Wainstein RV, Zago A, et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease: an association of higher risk in younger men. *J Sex Med*. 2011;8(5):1445-53.

¹² Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial *Eur Heart J*. 2006;27:2632-9.

¹³ Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso! *Semergen* 2003; 29-5: 227-229.

¹⁴Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001; 166 (2): 95-104.

¹⁵Rubio-Aurioles E, Sand M, Terrein-Roccatti N, Dean J, Longworth J, Eardley I, Brock G, et al. Female Assessment of Male Erectile dysfunction detection scale (FAME): development and validation. *J Sex Med*. 2009; 6(8):2255-70.

¹⁶ Sanchez F. Actualización en Disfunción Eréctil. *EL MEDICO INTERACTIVO*. Madrid: Grupo Saned. Sanidad y Ediciones. 2010. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/23_DISFUNCION_ERECTIL.pdf.

¹⁷ Segraves RT. Psychiatric illness and sexual function. *Int J Imp Res* (1998);10, Suppl2: S131-S133.

¹⁸ Lunenfeld B, Saad F, Hoesl CE. ISA, ISSAM and EAU recommendations for the investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: Scientific background and rationale. *The Aging Male* 2005; 8(2): 59–74.

¹⁹ Carrobes JA y Sanz A. *Terapia Sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1991.

²⁰ Annon JS. *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy*. Nueva York: Harper & Row, 1976