

## **PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN SEXOLOGÍA MÉDICA**

**Autor:** Froilán Sánchez Sánchez. Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Académico vitalicio nº 24 de la AISM. Xàtiva. Valencia. España

E mail: [consultafsanchez@gmail.com](mailto:consultafsanchez@gmail.com)

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

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

### **ÍNDICE:**

1-Introducción y justificación

2-La Anamnesis en la historia clínica de salud sexual

2-1. La necesidad de la búsqueda activa

2-2. Condiciones necesarias para la anamnesis

2-3. Actitud ante posibles resistencias

2-4. Pauta propuesta

3-Pruebas de laboratorio

3-1. Situaciones clínicas en las que se considera pertinente su solicitud.

3-2. Determinaciones analíticas básicas en salud sexual

3-3. Analíticas específicas en determinadas entidades clínicas.

4-Cuestionarios y autorregistros.

5-Estudios especiales

6-Bibliografía

## 1-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La sexualidad constituye uno de los aspectos de la personalidad en el que es mayor el grado de intimidad y privacidad. Preguntar a los pacientes acerca de su vida sexual 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 culpa. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que una sexualidad satisfactoria beneficia física y emocionalmente a mujeres y a hombres, repercutiendo favorablemente en su calidad de vida.

Según las hipótesis más actuales, la vía mesolímbica de la dopamina, una de las cinco vías dopaminérgicas hasta ahora conocidas, es la ruta final del proceso de refuerzo y de recompensa con el que cada día nos obsequia nuestro cerebro, el cual se lleva a cabo a través del núcleo “accumbens” y del área “tegmental ventral” mesencefálica (1). Se considera a esta vía como el “centro del placer hedonista” del cerebro, y a la dopamina, su mediador químico, como el “neurotransmisor del placer hedonista”. Hay muchas formas naturales de conseguir la liberación de dopamina por parte de las neuronas dopaminérgicas de esta vía: logros intelectuales, práctica deportiva, escuchar una buena sinfonía y, por supuesto, experimentar placenteros orgasmos.

Ello explica que la actividad sexual sea beneficiosa para lograr el sueño, al liberarse durante el orgasmo oxitocina y endorfinas que pueden actuar como sedantes (2). Un estudio realizado en una muestra de 1866 mujeres estadounidenses determinó que el 32% de ellas practicaron la masturbación durante los tres meses anteriores como recurso para conciliar el sueño (3). De igual modo, la actividad sexual reduce el estrés (4) ya que el aumento de la secreción de oxitocina que acompaña al orgasmo ha

demostrado disminuirlo y modificar la respuesta personal a él al promover una agradable sensación de calidez y relajación (5), lo que también se debe a la liberación de corticotropina (ACTH) y corticosterona (6).

La actividad sexual también mejora la forma física, proporcionando una imagen corporal de mayor juventud (7). Según los resultados de un estudio longitudinal de diez años de duración realizado en 3.500 mujeres y hombres europeos y americanos, en aquellos que aparentaban una edad entre siete y doce años menor a la real se halló fuerte correlación entre su aspecto juvenil y una vida sexual activa.

La experiencia sexual resulta beneficiosa para la salud sexual y reproductiva, al regularizar el ciclo menstrual (8), aliviar la dismenorrea y reducir el riesgo de endometriosis (9), existiendo evidencias científicas que correlacionan satisfacción sexual con mayor longevidad (10, 11, 12).

Del mismo modo, la alta frecuencia eyaculatoria, superior o igual a 21 eyaculaciones por mes, se relaciona con un menor riesgo de cáncer prostático (13).

Las disfunciones sexuales (DS) provocan trastornos neuróticos y conflictos con grave repercusión en la autoestima o en las relaciones de pareja, pudiendo constituir un signo precoz de patología orgánica: cardiovascular, neurológica o endocrina. Según el estudio Cobra (14), en el 93% de los pacientes con enfermedad coronaria establecida la disfunción eréctil (DE) se anticipa al trastorno coronario entre 12 y 36 meses. Igualmente, en pacientes con DE percibir merma en el deseo sexual de la pareja se asocia, de manera significativa e independiente, a un incremento de eventos cardiovasculares mayores (15). Sin olvidar que, tanto en hombres como en mujeres, las DS pueden generar problemas sexuales también en la pareja (16, 17), y que tras muchos casos de violencia de género y de abusos sexuales se esconde una DS (18).

La aparición de un trastorno sexual puede inducir incumplimiento terapéutico, incluso al abandono del tratamiento farmacológico cuando los pacientes intuyen, acertada o erróneamente, que les ocasiona DS (19), lo cual, en patologías tan severas como la depresión, puede abocar a situaciones extremas con riesgo incluso de autolisis.

Estas y otras razones corroboran la necesidad de interesarnos por la vida sexual de los pacientes, a fin de diagnosticar precozmente y de modo certero cualquiera de las diversas disfunciones sexuales que se nos puedan presentar en la clínica diaria.

En salud sexual, la realización de una correcta anamnesis es el instrumento diagnóstico más importante. Tal práctica, que debería ser de obligado cumplimiento para cualquier especialidad médica (20), a menudo es necesario complementarla con una adecuada exploración física y con la determinación de pruebas de laboratorio.

Otros recursos diagnósticos útiles son los cuestionarios, los autorregistros y técnicas más complejas, entre las cuales destacan las de diagnóstico por imagen (ecografías. RM, TC, etc.), aunque tengan su aplicación solo en casos muy concretos.

## **2-LA ANAMNESIS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE SALUD SEXUAL (21)**

### **2.1. La necesidad de la búsqueda activa**

Los pacientes no suelen consultar por iniciativa propia sus problemas sexuales. En el estudio EDEM (22) solo el 16,5% de los hombres que presentaban disfunción eréctil (DE) consultaban “motu proprio” su enfermedad al médico.

Aunque no se conocen bien las expectativas que los pacientes depositan en su médico respecto a la capacidad de éste para intervenir en cuestiones relacionadas con su vida sexual, un reciente estudio muestra como a la mayoría de ellos (90.9%) les gustaría que, más que preguntar ellos mismos, fuese el profesional sanitario quien

lo hiciese; sin embargo, la realidad es que solo el 40% de los pacientes consultados reconocen haber hablado en algún momento sobre su vida sexual con su médico (23).

Estos datos explican un suceso bastante habitual en clínica, que sea un comentario de la pareja lo que ponga al descubierto un problema sexual que permanecía oculto, y respaldan la idea de que es la búsqueda activa por parte del médico (24) el factor que resulta más decisivo para que dichos problemas afloren. La detección activa de las DS, o de las ideas erróneas sobre sexualidad y reproducción, se consigue preguntando directamente a los pacientes acerca de su sexualidad (25), sobre todo entre la población de riesgo (ver **tabla 1**).

## **2-2. Condiciones necesarias para la anamnesis**

Es requisito indispensable crear un clima de confianza en el que el paciente perciba la confidencialidad del encuentro y nuestro interés por ayudarle. Para ello, conviene tener en cuenta previamente a la anamnesis sexual diversos factores (Ver **tabla 2**).

Para realizar la entrevista el médico debe regirse por el sentido de la oportunidad y la llevará a cabo con naturalidad, empatía y adoptando 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 (ejemplo, “¿no eres homosexual?... ¿no?”), ni calificativos confusos o cargados de prejuicios (por ejemplo, evitando términos como promiscuidad).

En las personas con enfermedad crónica (vascular, metabólica, neurológica o psiquiátrica, más susceptibles de presentar DS), se debe de preguntar cuando las circunstancias o el sentido de la oportunidad no lo desaconsejen. Así, se evitará 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 resulte improcedente.

En los adolescentes conviene sondear sus conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), cuando las circunstancias de la entrevista y del joven lo recomienden (26), siendo preferible no preguntar delante de los padres o de otros acompañantes, ni cuando la edad, el grado de autonomía, o las tendencias grupales lo desaconsejen.

### **2-3. Actitud ante posibles resistencias**

Si detectamos resistencia por parte del paciente habrá que aceptarla e intentar superarla mediante técnicas de entrevista clínica que favorezcan la empatía, pero sin insistir ya que el resultado puede ser contrario al que se pretende. En tal situación conviene poner en juego nuestra asertividad: *“Parece que le incomoda hablar de estas cuestiones y lo entiendo, pero tenga en cuenta que si cree tener algún problema puede ser beneficioso para usted explicarlo, ya que conociéndolo tal vez podamos ayudarle. Si lo desea, lo hablamos ahora, y si no, lo dejamos para otro momento, ¿le parece bien?”*.

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 se ha de evitar 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.

### **2-4. Pauta propuesta**

2-4-1 Situación A: El/la paciente no consulta “motu proprio” y el médico sospecha la presencia de posible DS. Se propone en esta situación 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 o más parejas sexuales, 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 varones en los que se sospeche en concreto una DE se puede recurrir a fórmulas como la siguiente: *“Hay pacientes con... (hipertensión, diabetes, trastornos prostáticos, 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 orientará acerca de su actitud hacia la sexualidad así como sobre nuestras preguntas.
- Podemos encontrar 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”*. Esta última fórmula puede servirnos en ocasiones para iniciar 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 dé opción a que explique

qué es 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 anamnesis vemos que el abanico de posibilidades de respuesta se va abriendo más. Nos puede responder que no mantiene relaciones sexuales, que no tiene pareja estable, puede que 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 en este punto de la entrevista 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 haberla escuchado aún 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 conocer qué circunstancias pueden estar motivando el trastorno (dispareunia, vaginismo, tratamiento con determinados fármacos, enfermedades médicas intercurrentes, trastornos mentales, consumo de drogas, etc.). Interesa saber también si el problema sexual es desde siempre (primario) o si aparece después de un tiempo de actividad normal (secundario), y si se presenta en cualquier situación o solo en determinadas.

- No olvidemos que en todos los casos habrá de valorarse de qué forma la DS está repercutiendo sobre el psiquismo de la persona. Generalmente se verá afectada la



autoestima, aunque la causa de la disfunción no se encuentre en el paciente y se deba a un problema de la pareja o a otras circunstancias. Cuando la pareja está cohesionada suele haber autoinculpación; la inculpación abierta o solapada del otro es más habitual en parejas poco cohesionadas.

- Cuando alguien acude **acompañado** a la consulta por un motivo que inicialmente no guarda relación con su sexualidad, se obviará la anamnesis sexual, salvo que alguien 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 anamnesis sexual, si de ésta se desprende que existe algún tipo de DS, se deberá orientar la entrevista a obtener respuesta básicamente a las siguientes preguntas:

1. **¿Cuál es el problema?** Distinguiremos 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., pormenorizándose, de manera minuciosa, **como transcurrió 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?** Los factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, en la gravedad, en la exacerbación y en la persistencia del trastorno, pero también puede ser el resultado de factores combinados: psicológicos, enfermedad médica, drogas.
5. **¿Cómo lo vive usted?**
6. **¿Cuál es la actitud de la pareja?** (si la hay)
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 si la hay).** Qué resultados desean alcanzar y que esperan de nuestra intervención.
9. **Comprobar que ambos comparten ideas parecidas respecto a la sexualidad,** como experiencia común y gratificante.

2-4-2 Situación B: El/la paciente consulta por su propia iniciativa un problema sexual.

En este caso todo es más sencillo, centrando la entrevista en obtener respuesta a los últimos apartados descritos: *¿Cuál es el problema y cómo transcurrió la última relación sexual si la hubo? ¿Desde cuándo le sucede? ¿Cómo lo viven?, etc.*

Llegados a este punto, es necesario decidir si como sexólogos clínicos nos consideramos competentes para intervenir sobre el problema sexual o si, por el contrario, ante una DS debida a patología orgánica concreta que rebasa nuestro ámbito de competencias es más conveniente derivar al paciente y a su pareja a otro especialista: urólogo, ginecólogo, psiquiatra, etc., más avezado en tal patología.

Si se decide proseguir, como será lo habitual, se requerirá del paciente la información necesaria para configurar una anamnesis sexual básica (21):

- 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.

El formato de historia clínica en salud sexual aquí expuesto puede completarse con otros modelos, como el propuesto por Carrobles y Sanz (27) (ver **tabla 3**).

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 él.

Es necesario resaltar la carencia de estudios controlados que evalúen la calidad de los datos registrados en las historias clínicas en salud sexual, echándose en falta un mayor rigor en este sentido (28). Sin embargo, y pese a algunos progresos (29), hemos de hacer hincapié en la necesidad de preguntar acerca de su vida sexual a los pacientes, porque, caso de no hacerlo, podemos perder entre otras cosas la oportunidad de ofrecer la realización de una prueba del VIH a personas en situación de riesgo (30), dado que el de esta infección, como el de otras ITS, varía en función del tipo de prácticas sexuales (31).

Creemos que nuestra propuesta de entrevista clínica en salud sexual, fruto de la experiencia clínica, trata de poner orden en una actividad relevante dentro del campo competencial del médico (32), que no se puede descuidar y que con el paso del tiempo habrá de evaluarse adecuadamente.

### **3-PRUEBAS DE LABORATORIO**

La solicitud de pruebas de laboratorio constituye un recurso que complementa a la entrevista clínica en el diagnóstico de diversos problemas sexuales. En algunos de estos, su determinación es imprescindible para alcanzar un diagnóstico correcto. En cada caso, la petición de pruebas se individualizará en función del contexto clínico, de los datos obtenidos durante la entrevista clínica, y de la accesibilidad y fiabilidad de la técnica.

La petición de pruebas de laboratorio es pertinente en el caso de determinadas prácticas sexuales, en DS adquiridas, y en aquellas en las que se sospecha su predominio orgánico que, recordemos, se caracterizan por: 1-su brusca irrupción coincidiendo con traumatismo, enfermedad física o toma de sustancias, sin que medien problemas de pareja, estrés o trastorno psicológico; 2-su progresiva y constante evolución (permanente); 3-aconteciendo sea cual sea la situación en la que se encuentre quien la sufre.

#### **3-1. Situaciones clínicas en las que se considera pertinente su solicitud.**

*A-Disfunciones sexuales por trastorno de la respuesta sexual:*

- Deseo sexual hipoactivo masculino y femenino.
- Trastornos de la excitación sexual en la mujer
- Disfunción eréctil
- Trastornos orgásmicos adquiridos
- Trastornos eyaculatorios adquiridos (eyaculación precoz, retardada, etc.).
- Dispareunia

*B- Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con la presencia de enfermedades médicas:*

- Cardiovasculares
- Endocrino-metabólicas.
- Psiquiátricas.
- Neurológicas
- Prostáticas.
- Enfermedades depauperantes (anemias, neoplasias, SIDA, etc.)

*C-Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos.*

*D- Disfunciones sexuales relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.*

*E- Contracepción hormonal.*

*F- Prácticas sexuales de riesgo.*

**3-1. Determinaciones analíticas básicas en salud sexual.** Así se consideran las siguientes:

- Hemograma completo (hematíes, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, fórmula, plaquetas y velocidad de sedimentación).
- Glucemia basal
- Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos).
- Iones (Na, K)

- Pruebas de función renal y hepática (creatinina, urea, proteinuria en orina, transaminasas GOT y GPT, fosfatasa alcalina).
- FSH, LH y prolactina.
- 17 beta Estradiol
- Testosterona libre o total.
- TSH y T4 libre
- Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas.

**3-3 Analíticas específicas en determinadas entidades clínicas.** Tienen tal consideración:

*A-Disfunción sexual por trastorno de la respuesta sexual:*

- Deseo sexual hipoactivo masculino: Testosterona libre o total, SHBG, Prolactina, LH.
- Deseo sexual hipoactivo femenino: 17-beta estradiol, FSH, LH, Progesterona, Testosterona total, DHEAs, Prolactina.

*B-Disfunciones sexuales asociadas a enfermedades médicas:*

- Cardiovasculares: Iones (Na, K), MALB (microalbuminuria en tira, o en orina de 24 horas)
- Endocrino-metabólicas:
  - Diabetes Mellitus: Hemoglobina glicosilada (HbA1c).
  - Disfunción tiroidea: T3, T4 libre, TSH, Ac anti-TPO (antiperoxidasa)

- Prostáticas: Antígeno prostático específico (PSA): total, libre y cociente.

*C-Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos: determinación en orina de sustancias específicas.*

*D-Disfunciones sexuales relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.*

- Síndrome de Déficit de Testosterona o Déficit Androgénico Sintomático: Testosterona libre o total, SHBG, Prolactina, LH
- Climaterio: 17-beta estradiol, FSH, LH, Progesterona, Testosterona total, DHEAs, Prolactina.

*E-Contracepción hormonal:*

Aunque de acuerdo con el consenso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), ninguna analítica es imprescindible, basándonos en sus propias sugerencias, como examen de salud durante la adolescencia y como criterio de seguridad, se debe de solicitar:

- Hemograma completo (hematíes, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, fórmula, plaquetas y velocidad de sedimentación).
- Perfil bioquímico elemental (glucemia, creatinina, colesterol, triglicéridos, GOT, GPT, bilirrubina total y fosfatasa alcalina).
- Estudio de coagulación (tiempo de protombina, TTPA, fibrinógeno e INR). La determinación de la resistencia a la proteína C activada (RPCA) sólo se considera en caso de trombofilia familiar.

No se requiere de manera rutinaria ninguna determinación hormonal.

#### *F-Prácticas sexuales de riesgo:*

- Riesgo de embarazo: Los tests de embarazo, ya sean de orina o de sangre, miden el nivel de la **hormona HCG** (gonadotropina coriónica humana), que es detectable unos 14 días después de la ovulación o posible fecundación, de ahí la conveniencia de esperar a realizarlos cuando exista un retraso menstrual de al menos 7 días.
- Riesgo de ITS (infección de transmisión sexual): Solicitud de pruebas en función del periodo de incubación (periodo ventana) de cada entidad clínica, al final del cual debe repetirse la prueba para asegurar su ausencia. En las **tablas 4 y 5** se muestran las pruebas más habituales que se han de realizar.

#### **4-CUESTIONARIOS Y AUTORREGISTROS**

Según su forma de obtener información existen dos modalidades de cuestionarios de evaluación sexual: los autocumplimentados por el propio participante o los administrados por un encuestador.

Generalmente han sido diseñados tomando como referencia las clasificaciones establecidas para los trastornos sexuales por las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), pudiendo dividirse entre aquellos cuyo objetivo es realizar una evaluación general de la función sexual y entre los que sirven para diagnosticar un determinado trastorno o evaluar alguna área concreta de la función sexual.

Algunos de ellos son de acceso libre y gratuito, pero otros lo tienen restringido siendo necesario contactar con el autor/es, generalmente los titulares del copyright, para poder hacerlo.



Los estudios epidemiológicos sobre DS suelen recurrir a estos cuestionarios que cuentan con la ventaja de poder ser procesados estadísticamente y cuyo uso tiene limitaciones que también pueden provenir de la persona entrevistada y del entrevistador, ver **tabla 6** (33). Entre ellas, queremos resaltar que los cuestionarios no garantizan un diagnóstico de certeza, ya que la homogeneización de las respuestas provoca la pérdida de matices diagnósticos esenciales.

En la práctica clínica, los cuestionarios pueden servir para realizar una aproximación diagnóstica, pero, pese a sus bondades, será la historia sexual, junto a las pruebas complementarias, quienes conduzcan al diagnóstico definitivo de la DS.

Sería prolijo tratar de recoger en este capítulo todos los cuestionarios existentes, por ello queremos destacar como más interesantes los siguientes:

#### **4-1 Cuestionarios de evaluación general:**

- *Sexual Opinión Survey* (34). Evalúa el nivel de erotofilia-erotofobia mediante 21 preguntas, existiendo una versión reducida de 10. Está validado al español (35).
- *GRISS (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction)* (36). Desarrollado para evaluar existencia y gravedad de problemas sexuales. Consta de 7 subescalas: impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, vaginismo, infrecuencia, falta de comunicación acerca de sexo, satisfacción, falta de sexualidad y evitación. Cada una de estas escalas consta de 4 ítems, con un total de 56 ítems, 28 para mujeres y 28 para

hombres. Es un buen instrumento y sus propiedades avalan su fiabilidad.

- *IIS (Inventario de interacción sexual de LoPiccolo y Steger)* (37). Valora un listado de 17 conductas heterosexuales. Esta lista, adaptada de la Escala de Conducta Sexual de Bentler y Guttman (1968), abarca una amplia variedad de conductas heterosexuales maritales. Para cada una de estas 17 conductas el marido y la mujer, por separado, contestan a seis preguntas que usan un formato de respuestas basado en una escala de seis puntos con categorizaciones verbales. Las respuestas de cada miembro de la pareja se suman a lo largo de las 17 conductas y esos totales se usan para obtener un perfil de 11 escalas.
- *DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventoy)* (38). Consta de 254 items, integrados en 10 subtests cada uno de los cuales mide la calidad de la función en las siguientes diez áreas: información, experiencia, motivación, actitudes, síntomas, afectos, definición del rol sexual, fantasías, imagen corporal y satisfacción sexual)
- *CSFQ (The Changes in Sexual Functioning Questionnaire)* (39). Existe una versión del original cuestionario en inglés validada al español (40). Se trata de un instrumento diseñado para seguir de forma sistemática los cambios en la función sexual de los pacientes debidos a enfermedad y/o medicación, así como para identificar efectos secundarios específicos o inusuales.
- *PRSexDQ (Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos)* (41). También conocido como *SALSex*, es un

cuestionario corto, validado en población española, de 7 ítems, que sirve para medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos, así como para valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono.

- *FSFI (Female Sexual Function Index)* (42). Es un cuestionario autoadministrado, en el que la paciente ha de responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas, de entre 6 repuestas posibles, la que mejor describa su situación, explorando 6 dominios de la respuesta sexual femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- *FSM (Cuestionario de Función Sexual de la Mujer)* (43). Validado en población española, consta de 14 preguntas. Evalúa la respuesta sexual así como la presencia de DS en cada una de sus fases, además de posibles problemas con la penetración y ansiedad anticipatoria. Evalúa también iniciativa y confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja. Puede evaluar a mujeres con actividad sexual en solitario o en pareja, cualquiera que sea su orientación sexual, lo cual es poco frecuente (44), así como detectar DS en la pareja.

#### **4-2. Cuestionarios que sirven de ayuda diagnóstica en determinadas DS o evalúan áreas concreta de la función sexual:**

- *DSDS (Decreased Sexual Desire Screener)* (45). Breve instrumento diagnóstico, específico para el Trastorno por Deseo Hipoactivo de la mujer, rápido y fácil de usar.

- *IIEF (Índice internacional de la función eréctil) (46)*, es el cuestionario más conocido para evaluar la DE, puesto que la mayor parte de los estudios lo utilizan con tal fin. Está validado en español y consta de 15 preguntas que evalúan distintos aspectos de la función sexual del hombre. El dominio de la función eréctil consta de 6 preguntas y dependiendo de la puntuación que se obtenga en ellas se puede clasificar la DE en: leve (entre 17-25), moderada (11-16) y grave (6-10). Si la puntuación es de 26 a 30, se considera que no existe DE.
- *SEP (Perfil del encuentro sexual del paciente) (47)*. Es un autorregistro útil para el abordaje de la disfunción eréctil que valora tres intentos sexuales en diferentes días. A diferencia del IIEF no es cuantitativo, sino que realiza una valoración cualitativa.
- Para la eyaculación precoz recomendamos como los más útiles para su uso clínico el *Test de Gindin y Huguet (48)* y el *PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) (49)*.
- *SAI (Sexual Arousal Inventory) (50)*. Dirigido a mujeres, mide el nivel de excitación, ansiedad y satisfacción que se experimenta en una serie de conductas sexuales distintas. Existe una versión validada al español (51) del SAI-Expanded, la versión posterior del inicial SAI.

## **5-ESTUDIOS ESPECIALES**

Tienen su indicación ante determinados cuadros clínicos a fin de objetivar trastorno vascular, muscular, neurológico o funcional de diversos tipos. Según el cuadro de DS se pueden recomendar distintas pruebas:

- Registro de rigidez y tumescencia peneana, para evaluar las erecciones nocturnas que se producen en la fase REM del sueño. El aparato mejor diseñado para ello es el Rigiscan
- Test de estimulación visual, válido para confirmar presencia de diversas DS.
- Test de inyección intracavernosa (IIC) de drogas vasoactivas. Se suele realizar con Prostaglandina E1 (PGE1).
- Eco Doppler-Duplex dinámico.
- Pletismografía
- Cavernosometría dinámica.
- Arteriografía, especialmente de la pudenda interna.
- Biotensiometría peneana, de introito vaginal, vulva o clítoris. Permite, entre otros, el diagnóstico de deficiencias sensitivas en cuadros neuropáticos.
- Potenciales evocados somatosensoriales.
- Potenciales evocados sacros.
- Electromiografía
- Resonancia magnética. Al realizarla en la región pélvica y en genitales, permite obtener imágenes tridimensionales de alta resolución.

**Tabla 1. Circunstancias en las que se recomienda la búsqueda activa de disfunción sexual (Sánchez-Sánchez F. et al. Semergen. 2013;39:433-9)**

**Con independencia de cuál sea el sexo**

- Presencia de factores de riesgo cardiovascular, 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 ITS (infección de transmisión sexual)
- Pacientes que acuden solicitando serología de VIH, lúes o del virus de la hepatitis B o C (VHB/VHC)
- Parejas de personas seropositivas (VIH o VHB)
- Drogodependencia (especialmente en adictos a drogas por vía parenteral)
- Viajes (turismo sexual)
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales
- Síntomas psicológicos: 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 testosterona.
- 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

**Tabla 2. Factores a considerar previamente a la anamnesis sexual (Sánchez-Sánchez F. et al. *Semergen*. 2013;39:433-9)**

- Edad (las extremas tienen más riesgo de disfunción sexual 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 (ver tabla I)

**Tabla 3. 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) Descripción del problema
  - b) Aparición y curso del problema
  - c) Autoexplicación sobre el origen y mantenimiento del problema
  - d) Intentos de solución del problema.
4. *Expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia*
5. *Motivación hacia el cambio o la terapia.*

**Tabla 4: Pruebas a realizar ante cualquier paciente con prácticas sexuales de riesgo** (Sánchez-Sánchez F. Disponible en <http://www.academiasexologia.org/>)

<b>Enfermedad</b>	<b>Prueba específica</b>	<b>Periodo de incubación</b>
Sífilis	VDRL ó RPR, FTA-ABS ó TPHA	De 18 a 27 días
Gonorrea	Tinción de Gram, cultivo de muestra uretral (en hombres) o cervical (mujeres)	De 2-7 días
Virus Hepatitis B	Marcadores HBsAg, anti HBc	De 45-180 días
Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Serología VIH	Entre 14 y 180 días
Chlamydia trachomatis serotipo D-K	Cultivo celular	De 2 a 3 semanas



**Tabla 5. Pruebas confirmatorias a realizar en casos de sospecha clínica**  
(Sánchez-Sánchez F. Disponible en <http://www.academiasexologia.org/>)

Linfogranuloma venéreo (LGV) producido por <i>Chlamydia trachomatis</i> serotipo L1, L2, L3	Serología de LGV	En la mujer de 3 días a 5 semanas después del contacto con portador infectado y en el hombre 5 días
Úlcera herpética	Diagnóstico serológico del VHS-1, VHS-2 (útil en la primoinfección valorando aparición de IgM y/o seroconversión. Poco útil en recidivas)	De 2 a 12 días
Condilomas acuminados	Citología de cuello del útero: infección por papilomavirus humanos (VPH)	De 1 a 20 meses
Virus Hepatitis A (VHA) y C (VHC)	Anti-VHA-IgM, Anti-VHC-IgM, ARN-VHC	Hepatitis A: 15 a 49 días. Hepatitis C: 14-160 días.
Virus Ebstein-Barr (VEB)	Paul Bunnell. Serología para VEB	2-6 semanas
Infección por citomegalovirus (CMV)	Diagnóstico serológico (IgM solo en primoinfección, no en las recurrencias)	3-12 semanas
Candidiasis genital	Visualización directa mediante examen en fresco. Cultivo	De 2-5 días

**Tabla 6: Limitaciones de los estudios epidemiológicos sobre disfunciones sexuales** (Sánchez-Sánchez F. Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 847-856)

<u>Inherentes al cuestionario</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuestionarios no garantizan un diagnóstico de certeza</li> <li>• Su modalidad mediatiza la cantidad y la calidad de las respuestas</li> <li>• La prevalencia obtenida puede variar en función del cuestionario utilizado</li> </ul>
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos cuestionarios ofrecen una información parcial</li> <li>• En ocasiones se utilizan cuestionarios no válidos psicométricamente</li> </ul>
<u>Inherentes al entrevistado</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sexual restrictiva</li> <li>• Personalidad erotofóbica.</li> <li>• Vergüenza o miedo.</li> <li>• Ignorancia sobre cuestiones sexuales</li> <li>• Anhedonia y desinterés sexual por experiencias negativas o secundario a enfermedades o trastornos psíquicos</li> <li>• Tránsito por periodo de crisis: frustraciones amorosas o cambios en la relación interpersonal</li> <li>• Desconfianza, inadecuada relación o discordancia de género con el entrevistador</li> </ul>
<u>Inherentes al entrevistador</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No mantener las condiciones idóneas de intimidad y confidencialidad</li> <li>• No informar pormenorizadamente acerca de las instrucciones de cumplimentación (cuestionarios autocumplimentados)</li> <li>• Evitar algunas preguntas (cuestionarios administrados).</li> <li>• Incomodidad con el tema</li> <li>• Prejuicios con la edad o el sexo del entrevistado</li> <li>• Temor a ser malinterpretado (intrusismo, intención seductora, etc.)</li> </ul>

## 6-BIBLIOGRAFÍA

- 1) Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl 4ª edición. Madrid: Aula Médica; 2013.
- 2) Odent M. The Scientification of Love. London, UK: Free Association Books Limited; 1999.
- 3) Ellison CR. Women's Sexualities. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2000.
- 4) Charnetski CJ, Brennan FX. Feeling goals is good for you: how pleasure can boost your immune system and lengthen your life. Emmaus, PA: Rodale Press; 2001.
- 5) Weeks DJ. Sex for the mature adult: health, self-esteem and countering ageist stereotypes. J Sex Relationship Ther. 2002;17(3):231–40.

- 6) Waldherr M, Nyuyki K, Maloumby R, Bosch OJ, Neumann ID. Attenuation of the neuronal stress responsiveness and corticotrophin releasing hormone synthesis after sexual activity in male rats. *Horm Behav.* 2010;57(2):222-9.
- 7) Weeks DJ. *Secrets of the Superyoung.* New York: Berkley Books; 1998.
- 8) Cutler WB. *Love Cycles: The Science of Intimacy.* New York: Villard Books; 1991.
- 9) Meaddough EL, Olive DL, Gallup P, Perlin M, Kliman J. Sexual activity, orgasm and tampon use are associated with a decreased risk for endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;53:163–9.
- 10) Davey SG, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ.* 1997;315(7123):1641-4.
- 11) Palmore EB. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist.* 1982;22(6): 513-8
- 12) Persson G. "Five-year mortality in a 70-year-old urban population in relation to psychiatric diagnosis, personality, sexuality and early parental death." *Acta Psychiatr Scand.* 1982;64: 244–53.
- 13) Leitzmann MF, Platz EA, Stampfer MJ, Willett WC, Giovannucci E. Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. *JAMA.* 2004;291(13):1578–86.
- 14) Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, 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(22):2632-9.
- 15) Corona G, Bandini E, Fisher A, Elisa M, Boddi V, Balercia G, et al. Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(6):2174-83.
- 16) Greenstein A, Abramov L, Matzin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2006;18:44-6.
- 17) Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med.* 2005;2(5):675-84.
- 18) Jones 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
- 19) Montejo AJ, Llorca G, Izquierdo JA y Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. Disfunciones sexuales iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. *Psiquiatría y Atención Primaria.* 2001;1(3):10-15.
- 20) Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):337-48.
- 21) Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Montaña-Hernández R, Tijeras-Úbeda MJ, Benitez-Moreno JM, Brenes-Bermúdez F, Mir Pizà J, Villalba-Quintana E. The medical history taking in sexual health: skills and attitudes. *Semergen.* 2013;39:433-9.
- 22) Martín 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 Uro.* 2001; 166 (2): 95-104.
- 23) Meystre-Agostoni G, Jeannin A, de Heller K, Péroud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss*

- Med Wkly. 2011;141:w13178. Disponible en: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/>
- 24) Sanchez-Sánchez 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](http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/23_DISFUNCION_ERECTIL.pdf).
  - 25) Sánchez-Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso! SEMERGEN. 2003; 29(5): 227-9.
  - 26) Shafii T, Burstein GR. The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(1):99-117
  - 27) Carrobles JA y Sanz A. *Terapia Sexual.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1991.
  - 28) Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Teaching sexual history-taking: a systematic review of educational programs. *Acad Med.* 2011;86(12):1590-5.
  - 29) Loeb DF, Lee RS, Binswanger IA, Ellison MC, Aagaard EM. Patient, resident physician, and visit factors associated with documentation of sexual history in the outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2011;26(8):887-93.
  - 30) Barber B, Hellard M, Jenkinson R, Spelman T, Stooove M. Sexual history taking and sexually transmissible infection screening practices among men who have sex with men: a survey of Victorian general practitioners. *Sex Health.* 2011;8(3):349-54.
  - 31) McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician.* 2009;38(6):388-93.
  - 32) Diaz VA Jr, Close JD. Male sexual dysfunction. *Prim Care.* 2010;37(3):473-89
  - 33) Sánchez-Sánchez F. Epidemiología de las disfunciones sexuales femeninas. En: Cruz Navarro N. editor. *Tratado de Andrología y Medicina Sexual.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 847-856.
  - 34) Gilbert F, Gamachec M. The sexual opinion survey: Structure and use. *The Journal of Sex Research* 1984; 20 (3): 293-309.
  - 35) Carpintero E, Fuertes A. Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey. *Cuadernos de Medicina Psicosomática,* 1994;31:52-61.
  - 36) Rust J, Golombok S. The GRIS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 157-165
  - 37) Lopiccolo J, Steger J. The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1974;3: 585-95.
  - 38) Derogatis LR, Mellisaratos N. The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 1979; 5: 244-281.
  - 39) Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(4):731-45.
  - 40) Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascarán MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish versión of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 119-31
  - 41) Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de las Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28: 141-150.
  - 42) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Ferguson et al. The Female Sexual Function Index (FSFI). A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2000; 26: 191-208

- 43) Sánchez-Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 286-92.
- 44) Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trial of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Women's health & Gender-Based Medicine*. 2002; 11-3: 277-289
- 45) Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med*. 2009;6(3):730-8.
- 46) Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J y Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49-6: 822-830.
- 47) Martín-Morales A, Mejjide F, Miniño G, García JI, Romero P, Manero M, Garcia-Losa M, Muñoz A, on behalf of the ESTIMA research group. Desarrollo y validación de un nuevo cuestionario corto de diagnóstico para la disfunción eréctil (SQUED). XIXth Congress of the EAU, Vienna, March 24-27, 2004.
- 48) Gindin y Huget. Test de Eyaculación Precoz, 1993. En Alcoba S, García-Giralda L, San Martín C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: Organización Médica Colegial. Ed. IM&C, 2004
- 49) Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martine M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52:565-573.
- 50) Hoon EF, Joon PW, Wincze JP. An inventory for the measurement of female sexual arousability: the SAI. *Arch Sex Behav*. 1976;5(4):269-74.
- 51) Aluja A, Torrubia R, Gallart S. Validación Española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1999; 17 (6): 252-268.