

Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual

Treatment of a clinical case of erectile dysfunction through sexual and couples therapies

Luis Valero Aguayo y Jonatán Bernet Carrero

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología. Universidad de Málaga, España

Disponible online 31 de diciembre de 2015

En este estudio de caso único se presenta el tratamiento de un varón de 22 años afectado por un trastorno de disfunción eréctil. La evaluación inicial evidenció problemas en la relación de pareja como base de los problemas de erección del hombre, por lo que se decidió combinar un trabajo en sesión mediante terapia sistémica de pareja con ambos miembros, y al mismo tiempo diversas técnicas conductuales de terapia sexual (egoísmo sexual, focalización sensorial), y también instrucciones y ejercicios para realizar en casa. Esta combinación de terapias tenía por objetivos tratar el problema de disfunción eréctil del hombre, y al mismo tiempo mejorar la relación de pareja para que ello repercutiese en ese problema sexual. Se realizó un diseño de caso único mediante la evaluación continua de línea-base del funcionamiento sexual a través de autorregistros diarios sobre su desempeño y satisfacción con la relación sexual. Además se realizó una evaluación pre, post y seguimiento con diversos cuestionarios específicos. El proceso terapéutico se completó en siete sesiones a lo largo de tres meses, y una de seguimiento un año después. Los resultados de los cuestionarios muestran el éxito del tratamiento y su mantenimiento posterior, además los datos de evaluación continua demuestran también ese efecto progresivo del tratamiento. Al finalizar el caso ya no había disfunción eréctil y sí una satisfacción total de la pareja con sus relaciones personales y sexuales.

Palabras Clave: Disfunción Eréctil; Terapia Sexual; Terapia Sistémica; Terapia Pareja; Caso Único.

This article presents a single-case study of a 22-year-old man with erectile dysfunction. The first assessment revealed problems within his relationship as the basis of the disorder. Systemic couple therapy sessions were conducted with both members in combination with several behavioural sex therapy techniques (sexual egoism, sensorial focusing), and instructions and exercises as homework. This mix of therapies had the goal of treating both the erectile disorder and the relationship to improve the sexual problem. A single-case design was used with the continuous assessment of sexual functioning through daily self-reports on sexual performance and satisfaction. Pre-post assessment was conducted with several specific questionnaires. The therapeutic process was completed in seven sessions over three months and in a follow-up session one year later. The results of questionnaires demonstrated the success of the treatment, which was maintained at follow-up. The data obtained from the continuous assessment also showed the progressive effect of the treatment. The clinical process ended with the complete remission of erectile dysfunction and the total satisfaction of the couple with their personal and sexual relationships.

Key Words: Erectile Dysfunction; Sex Therapy; Systemic Therapy; Couple; Case Study.

Correspondencia: Luis Valero Aguayo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología. Edificio de Psicología y Ciencia de la Educación. Campus de Teatinos. Universidad de Málaga. 29071-Málaga. E-mail: lvalero@uma.es. E-mail del co-autor: jonatanbernet@hotmail.com

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002) la disfunción eréctil se define como la “incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, que provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno”, aunque no tiene en cuenta el concepto de relación sexual satisfactoria. El nuevo DSM-5 (APA, 2014) ha cambiado el nombre anterior para denominarlo ahora “trastorno eréctil”, añadiendo como criterio el porcentaje del 75-100% de las ocasiones para que se considere el diagnóstico de tal trastorno, e incluyendo también como característica la disminución de la rigidez eréctil. Por su parte, el sistema CIE-10 (OMS, 1992) lo incluye como F52.2 “Trastorno de la erección masculina” y resalta las graves repercusiones en la calidad de vida del individuo. Dependiendo de los estudios, la prevalencia se estima entre el 10% y el 52% en especial en los hombres de entre 40 y 70 años (Prieto, Campos, Robles, Ruiz y Requena, 2010). En España, según el estudio EDEM realizado con el “Índice Internacional de la Función Eréctil” (IIEF) sobre casi 2500 hombres entre 25 y 70 años, la prevalencia de esta disfunción se estima entre 1,5 y 2 millones de personas, con una prevalencia general del 18.9% (Martín-Morales et al., 2001). La etiología de la disfunción eréctil hasta hace algunos años era considerada de origen psicológico en un 75-95% de los casos, sin embargo, en la actualidad los factores biológicos de mayor riesgo entre los que se encuentran la diabetes, presión sanguínea y colesterol altos, trastornos vasculares y de la próstata, y también problemas cardíacos o reumatismo, explicarían según algunos autores hasta el 85% de los casos (Cabello, 2010; Martín-Morales et al., 2001). Sin embargo, otros estudios de recopilación de datos epidemiológicos y patológicos sobre la disfunción eréctil no ofrecen cifras concretas sobre esa causalidad, sino la multicausalidad biológica y psicológica de estos trastornos (Ludwin y Phillips, 2014; Melman y Gingell, 1999; Meng-Tan, Fah-Tong, y Ho, 2011). Lo que sí parece probado en esos múltiples estudios médicos sobre la disfunción eréctil es el poder predictivo de algunos de esos factores orgánicos (p.ej., trastornos vasculares y coronarios, diabetes, obesidad, falta de ejercicio, etc.), incluyendo también la edad, pero siempre como factores correlacionales, no como causas, la disfunción eréctil sería un síntoma más de esas enfermedades.

Con independencia del origen, en la mayoría de los casos de disfunción eréctil estarán presentes el factor psicológico y fisiológico en interacción, de aquí se extrae la necesidad del trabajo multidisciplinar para intervenir e investigar esta problemática. Dentro del origen psicológico de la disfunción, la ansiedad de ejecución sería el último eslabón en la cadena que propicia la imposibilidad o la pérdida de la erección. Esta ansiedad ejecutiva está propiciada según Abraham y Porto (1979) por cuatro factores principales: temor al fracaso, obligación de resultado, altruismo excesivo y auto-observación. Otro factor a tener en cuenta es la propia relación de pareja, que podría actuar bien como una variable precipitante, predisponente o

bien mantenedora de la disfunción. Para Barlow (1986) tiene gran importancia la interacción con la pareja al considerar que la petición de actividad sexual por parte de ésta, hace que el individuo con disfunción anticipe un posible fracaso y se centre en las consecuencias de su falta de control de la erección, lo que conlleva un aumento de la ansiedad que generaría la dificultad de erección o imposibilidad de la misma, después de un tiempo esta situación desarrollaría una tendencia a la evitación sexual.

Para plantearnos el requerimiento de un tratamiento psicológico o farmacológico, es necesario determinar el origen de la disfunción. Suele establecerse la división entre disfunción eréctil primaria, es decir, cuando nunca ha existido erección, en estos casos posiblemente se deba a un origen orgánico; y secundaria, donde ha habido erección con anterioridad a la pérdida de la misma. Otra distinción relevante es la que se hace entre la disfunción de carácter situacional o generalizada; en el caso de tratarse de erecciones situacionales, el origen más probable del problema es psicológico. La forma de la evolución nos aportará información sobre la etiología; una evolución negativa progresiva nos indicaría una génesis orgánica, mientras que una evolución intermitente nos orientaría a una etiología psicógena. Conocer la presencia o falta de erecciones nocturnas y matutinas, nos ayudará, en el caso de su presencia, a descartar tanto posibles problemas vasculares graves, como un déficit de testosterona. Debemos igualmente considerar que la interacción sexual en aquellos casos en que tras la consecución de la erección, en el momento de la penetración hay pérdida de erección, estaría indicando un problema psicológico de base.

El tratamiento psicológico en la disfunción eréctil habitualmente ha sido la terapia sexológica, con un éxito aproximado del 75% de los casos de disfunción eréctil secundaria (McConhagy, 1993), atribuyendo los fracasos a la desmotivación y al abandono del tratamiento. No obstante O'Donohue, Swingen, Dopke y Regev (1999) en una revisión de estudios consideran que no existen tratamientos bien establecidos para las disfunciones sexuales masculinas, en los que la eficacia terapéutica sea elevada. Sin embargo, según la revisión de Labrador y Crespo (2001), sí existirían evidencias significativas y estudios controlados de las mejoras que producen los tratamientos psicológicos en los trastornos de la erección, con tasas de eficacia que van desde el 53% al 90%, estas últimas con tratamientos conjuntos también en comunicación de pareja y habilidades sociales. La cuestión es que los tratamientos en muchos casos son multimodales e incluyen intervenciones conductuales, cognitivo-conductuales, de comunidad interpersonal y también sistémicas de pareja (Mohr y Beutler, 1990). De hecho, refieren que la mayoría de los tratamientos implican siempre una intervención sobre ambos miembros de la pareja.

Los principales modelos utilizados en el tratamiento sexológico de esta problemática según Cabello (2010) son: el modelo de Masters y Johnson (1970) que es el adalid de la sexología, marcando un punto de inflexión en el tratamiento de las disfunciones sexuales, basado en la prohibición del coito y

en la focalización sensorial; el de Kaplan (1974) consistente en la prohibición del orgasmo y en la focalización sensorial; el modelo terapéutico de Zwang (1978) que se centra en el presente y en el estilo de interacción sexual presumiblemente inadecuado de la pareja; el de Hawton (1985) centrado en la focalización sensorial genital y no genital; y también existe un acercamiento de las terapias de nueva generación a los problemas de disfunción eréctil como es la “Terapia de Aceptación y Compromiso” (Montesinos, 2003; Páez y Gutiérrez, 2012).

Melnik, Soares y Nasello (2007) en un meta-análisis comparativo entre tratamiento psicológico y farmacológico, obtienen que hay pruebas de que la psicoterapia puede mejorar la función eréctil, y que su uso combinado con fármacos mejora significativamente la eficacia de la intervención exclusivamente farmacológica. Berner y Günzler (2012) en un análisis sistemático sobre una veintena de investigaciones publicadas de tratamiento psicológico en disfunciones sexuales, concluyen que las intervenciones psicológicas de sesgo cognitivo-conductual y las derivadas de los principios propuestos por Master y Johnson, mejoran el funcionamiento sexual de los hombres diagnosticados con problemas sexuales, si bien los autores se decantan por el uso conjunto de psicoterapia y tratamiento farmacológico para el tratamiento de la disfunción eréctil.

La intervención de disfunción eréctil debería ser realizada conjuntamente con la pareja. Esta necesidad se hace patente en los trabajos de Palla, Levine, Althof y Risen (2000) donde la mejora de las erecciones no correlacionó con la satisfacción sexual debido a la falta de colaboración de la pareja. Del mismo modo, existe una estrecha interacción entre los aspectos sociales y sexuales (Mohr y Beutler, 1990a), por lo que es conveniente identificar problemáticas como la falta de comunicación, baja autoestima, inseguridad, ansiedad social o falta de habilidades sociales, en cuyo caso será muy importante atender a estas dificultades y no sólo a la disfunción eréctil para conseguir unos resultados satisfactorios.

De hecho, en la mayoría de las intervenciones publicadas se aplican tratamientos multimodales que incluyen intervenciones conductuales, cognitivas, sistémicas y de comunicación interpersonal (Mohr y Beutler, 1990b; Navarro y Climent, 2013). La revisión de Labrador y Crespo (2005) destaca el carácter multimodal de la mayoría de los tratamientos aplicados a la disfunción eréctil, donde no existen estudios con grupos comparativos sobre la eficacia diferencial de cada técnica o aproximación terapéutica. Otras publicaciones también discuten y proponen la utilización conjunta de terapia sexual y terapia de pareja, incluso terapia farmacológica, como un abordaje interdisciplinar a los problemas sexuales en el hombre (Hatzimouratidis et al., 2010; Markovic, 2013; McCabe et al., 2010; Montorsi et al., 2010; Weeks y Hof, 2013).

Como ilustración de esa intervención multimodal, se presenta aquí un caso clínico de disfunción eréctil donde se muestran y justifican los procedimientos de intervención, con objetivos diferentes para cada tipo de problema de la pareja, tanto

conductuales como sistémicos, utilizados para abordar simultáneamente los distintos problemas sexuales y relacionales de esta persona. El objetivo fundamental en el tratamiento del caso era solucionar el problema de disfunción eréctil del hombre, pero después de la evaluación se consideró también como objetivo terapéutico la mejora de la relación de pareja, para que ello repercutiese a su vez en el problema sexual, buscando la máxima compenetración y satisfacción para ambos miembros de la pareja.

Descripción del caso

Se trata de un varón de 20 años de edad, al que llamaremos Julián, que acudió al Servicio de Atención Psicológica (SAP) preocupado por la dificultad para obtener y/o mantener una erección completa que le permitiese una penetración satisfactoria con su compañera sentimental, circunstancia que había deteriorado su relación de pareja, además de generarles dudas y preocupaciones sobre la continuidad de la relación. Era estudiante universitario de filología. Julián vivía con sus padres y sus dos hermanos mayores también varones. Tenía como pareja una chica de 22 años desde hacía cuatro meses, siendo su primera pareja sexual, y habían comenzado una relación seria entre ellos, pero la aparición de este problema sexual estaba haciendo peligrar esos planes. Ella era también estudiante universitaria en un curso avanzado de filología inglesa.

Durante la entrevista inicial protocolizada del SAP, el usuario explica que su motivo de consulta es este problema de erección que le está dificultando su relación de pareja y su propia autoestima como varón. En el proceso de evaluación inicial se ha obtenido el consentimiento informado escrito del cliente para la recogida de datos y la posible publicación de su caso, omitiéndose aquí los datos más confidenciales y que puedan identificar en algún momento al cliente.

Los problemas de erección surgieron desde la primera interacción sexual de la pareja hacía cuatro meses, siendo relevante mencionar que se trata también de las primeras relaciones sexuales que había tenido Julián. El usuario consideraba inicialmente que la dificultad para conseguir una erección completa no tenía demasiada importancia y se resolvería solo. Al no tener experiencias sexuales previas, Julián comenta que lo veía como algo normal y que se pasaría con el tiempo. Sin embargo, al hablarlo con sus amigos, estos le comentaron que ellos nunca habían tenido ese tipo de problema, y además, su pareja Dolores, también mostró su preocupación con comentarios del tipo “no te excito”, “no te gusto”, “tenemos un problema”, etc., acrecentando la preocupación de Julián y generando problemas de inseguridad, de baja autoestima y de pensamientos negativos, hasta el punto de hacerle tomar la decisión de acudir a terapia.

Inicialmente no hubo ningún intento de solucionar el problema, porque no le dio importancia a las complicaciones de erección, pero con posterioridad y como recomendación de su pareja, empezó a masturbarse con la creencia de que eso le ayudaría a mantener erecciones más tiempo y más completas; antes

de este problema no se masturbaba o lo hacía muy esporádicamente. En la masturbación casi siempre conseguía erecciones completas. Su pareja apreció cierta mejoría a raíz de esta práctica, pero las mejorías se estancaron y el problema no llegó a resolverse.

En el momento de la evaluación, las interacciones sexuales entre ellos se dan de forma esporádica debido a que solo pueden tener relaciones cuando alguna de las casas familiares se queda sola, esto se puede dar dos o tres veces al mes, aunque disponen de bastantes horas cuando la casa se queda vacía. Debido a los pocos momentos que tienen de intimidad, Julián alega sentirse obligado a tener relaciones sexuales cuando disponen de la casa, aunque en ocasiones no le apetezca. Tras la relación sexual con su pareja (poco después y también días después), su pareja le manifiesta descontento con el problema de erección, que también ha comentado con sus amigas que le han recomendado acabar con la relación. Esto a él le genera aún más preocupación y presión sobre su problema.

Evaluación y Análisis Funcional

La evaluación inicial se realizó a partir de la entrevista estructurada del SAP, con una anamnesis, historia y situación actual del problema del usuario. En la entrevista observamos tanto la queja como la demanda en relación a los problemas de erección y penetración, además se identifica un deterioro de la relación de pareja motivada por esta disfunción sexual. Julián niega el consumo de sustancias y la existencia de enfermedades que pudieran influir en la erección. Dice experimentar erecciones nocturnas prolongadas, lo cual concuerda con un sistema vascular y hormonal adecuado. La pregunta escala de valoración subjetiva sobre el nivel de preocupación del problema (entre 0 y 10), afirma un grado de 8, lo que significa un alto nivel de preocupación. Por otra parte, también se detectaron problemas en la relación de pareja, quizás debido a ser su primera pareja sexual y formal, pero también a que la chica tenía más edad y más experiencia sexual con anteriores parejas. Esta situación mostraba cierto desequilibrio de poder entre ellos, porque la chica llevaba la iniciativa en la relación, en todos sus aspectos psicológicos y sexuales, mostraba una alta directividad hacia Julián, y también altas exigencias y críticas en su relación sexual para con él.

Durante la segunda entrevista se utilizaron los siguientes cuestionarios específicos:

Inventario Breve de Satisfacción Sexual (BSFI) (O'Leary et al., 1995)

Es una escala Likert de 5 grados (0-4) que explora diferentes aspectos de la actividad sexual. Fue diseñado inicialmente para pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata, para proporcionar una rápida evaluación del funcionamiento sexual habitual en los varones. La versión definitiva realizada por los autores de este inventario, se redujo de más de 50 ítems a los 11 ítems actuales, los cuales se agruparon en cinco dimensiones:

Impulso sexual (2 ítems, $\alpha = .88$), Función eréctil (3 ítems, $\alpha = .95$), Eyaculación (2 ítems, $\alpha = .62$), Problemas (3 ítems, $\alpha = .81$) y Satisfacción global (1 ítem). La fiabilidad test-retest, con una semana de intervalo, fluctuó entre .79 y .89. El BSFI mostró además una adecuada validez discriminante por grupos de edad (O'Leary et al., 1995, 2003). Posteriormente, Mykletun, Dahl, O'Leary y Fossa (2005) proponen una estructura de tres factores (Impulso, Erección y Eyaculación), que llega a explicar el 87% de la varianza. Sin embargo, estos mismos autores consideran más adecuada una estructura unidimensional (excluyendo el ítem referido a satisfacción), la cual explica un 66% de la varianza y presenta una fiabilidad de consistencia interna de .94.

Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH), (Labbate y Lare, 2001)

Se trata de un cuestionario auto-administrado de cinco ítems, que explora otras tantas áreas de funcionamiento sexual durante el último mes. De acuerdo con el estudio de la validación en población española (Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias y Lameiras 2012), el MGH mostró una estructura unidimensional que explicaría un 71.35% de la varianza en la muestra de varones y un 83.56% en la de mujeres, alcanzando una fiabilidad de consistencia interna de .90 y .93 respectivamente. Asimismo, presenta una adecuada validez convergente al correlacionar sus puntuaciones con la asertividad para iniciar actividades sexuales, el deseo sexual diádico y la satisfacción sexual.

Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF) (Rosen et al., 1997)

Se trata de un cuestionario breve de 5 ítems (originalmente 15) de utilidad en atención primaria fundamentalmente como test de *screening*, y utilizado por muchos profesionales de la urología como elemento diagnóstico de un problema de disfunción eréctil. De acuerdo a los estudios posteriores del mismo grupo (Rosen, Cappelleri y Gendrano, 2002; Rosen et al., 1999) se ha obtenido un alto grado de consistencia interna para cada uno de los cinco dominios y para la escala total (valores alfa de Cronbach de .73 y .91) en las poblaciones estudiadas; el test-retest dio coeficientes de correlación para las cinco puntuaciones altamente significativas.

Además, desde la tercera sesión, se le pidió a Julián realizar un auto-registro diario sobre su conducta sexual, registrando con una escala tipo Likert (0-10) los siguientes parámetros: (a) grado de satisfacción en las relaciones sexuales, (b) grado de erección en pareja, y (c) grado de erección en solitario. Los autorregistros iniciales mostraron un nivel de erección muy bajo en las relaciones de pareja ($M=3.2$). En contraste, el nivel de erección cuando estaba solo era muy elevado ($M=8.6$). Este dato nos indica que se trata de un problema situacional, y junto con la información obtenida en la entrevista, nos indican un posible origen psicológico del problema. Obtenemos también

un nivel de satisfacción de las relaciones sexuales en pareja muy bajo ($M=2.2$). Mediante el análisis de estos autorregistros, se observó que un factor importante en esa dificultad de erección eran los pensamientos anticipatorios y la creciente preocupación por una posible ruptura.

Por su parte, en esta primera evaluación, Julián obtuvo en el cuestionario BSFI unos bajos niveles de funcionamiento en la erección (32.2%) y una baja satisfacción sexual (25%). En cuestionario MGH cuyo punto de corte es de 2 puntos a partir del cual ya revelaría un problema de disfunción sexual, Julián obtuvo 5 puntos en disfunción en erección, y 4 en satisfacción sexual. Respecto al cuestionario IIEF Julián mostró un grado de disfunción eréctil moderado de 8 puntos.

La hipótesis funcional, pues, es que se trataba de una disfunción eréctil situacional con causa y mantenimiento psicológico, debido a la situación de tensión y anticipación aversiva de la ejecución sexual, que actuaba como un estímulo condicionado inhibiendo la relajación fisiológica necesaria para la erección. En la respuesta sexual humana, la interacción sexual actúa como un estímulo incondicionado que tiene como resultado una respuesta de relajación de los cuerpos cavernosos que produce la erección (respuesta incondicionada). En este caso, debido a la conducta directiva, exigente y crítica de la pareja durante las relaciones sexuales (que actuarían como estímulos condicionados) tendríamos una respuesta de tensión fisiológica (respuesta condicionada) que no permitiría por contracondicionamiento la erección completa. La prolongación de esta situación en sucesivos episodios de fracaso sexual, llevaría a que todos los estímulos discriminativos asociados con la interacción sexual, y también los pensamientos anticipatorios de fracaso, actuaran como estímulos aversivos (también estímulos condicionados) llevando también de nuevo a una falta de respuesta de excitación sexual. Por otro lado, esa falta de erección actuaría también como reforzamiento de los pensamientos anticipatorios, que se verían confirmados, y funcionarían como estimulación aversiva para la siguiente ocasión en que lo intentase. Si a esto se añaden los reproches y críticas (castigo verbal) de su pareja al no cumplir con las expectativas de ella, estaría añadiendo aún más estimulación aversiva sobre la interacción sexual, dificultando grandemente la relajación y consiguiente erección. No se identificaron comportamientos de evitación durante la interacción sexual, ni en la comunicación en la pareja, mantenidos por reforzamiento negativo, aunque no se descarta que se dieran algunos de forma sutil. Las ocasiones para tener relaciones sexuales en la pareja eran escasas, y aunque Julián tuviese pensamientos negativos anticipatorios, accedía a la relación y apenas tenía evitación de esas situaciones de intimidad.

Por otro lado, a este análisis funcional más molar se añadía el contexto general de la pareja que agravaba y mantenía de forma crónica esta problemática. En un análisis más molecular, pues, se incluiría también la situación de historia sexual de su pareja, con más experiencia y con mayor presión hacia los resultados en cada interacción sexual. Además, también influía

un contexto estresante puesto que solo podrían tener relaciones cuando tuviesen la casa disponible para ellos solos. A estos factores estresantes, se añadía también una relación no igualitaria en la pareja, puesto que era ella quien tomaba la iniciativa en las relaciones en la mayoría de las facetas de su vida en común, esperando que él la siguiese, tomando también muchas de las decisiones cotidianas diarias.

Así, pues, el análisis del caso mostraba un posible factor de condicionamiento y factores aversivos tal como se habían desarrollado las relaciones sexuales entre ellos, pero también un factor más general centrado en las relaciones de comunicación y relaciones de poder desiguales entre ambos miembros de la pareja. De ahí que se establecieran dos objetivos: a corto plazo, cambiar lo más rápidamente posible las condiciones aversivas de la relación sexual a través de las técnicas de modificación de conducta sexual; y también a medio plazo, actuar sobre las relaciones de comunicación y poder entre ellos, para que estas relaciones más positivas actuaran también en unas mejores relaciones sexuales. De esta forma, el objetivo final que se planificó a largo plazo era conseguir una buena relación completa entre la pareja, en los distintos aspectos de comunicación, igualdad, intimidad, afectividad y sexualidad.

Tratamiento

Dado ese análisis funcional, donde era fundamental la situación de ansiedad y críticas de la pareja, con un condicionamiento aversivo por las situaciones de fracaso en la erección ya vividas, se consideró utilizar las técnicas conductuales para disminuir esa ansiedad, no presentar consecuencias aversivas sobre el desempeño sexual, y aumentar el control de la estimulación sexual como estímulos condicionados. Pero al mismo tiempo, dado el contexto de las interacciones sexuales y la relación de pareja con poca comunicación y mayor directividad por parte de ella, se consideró también necesario incidir en la propia relación de pareja, intentar cambiar sus interacciones, con el objetivo de que fuesen más igualitarias. De esta manera, se intervendría en dos frentes simultáneos: por un lado las interacciones sociales entre la pareja y, por otro, la propia relación sexual.

Se realizaron 7 sesiones, aproximadamente de una hora de duración, cada 15 días. Las 2 primeras fueron de evaluación y las 5 siguientes del proceso terapéutico. Todo el proceso se extendió durante cuatro meses. Un año después se realizó una sesión de seguimiento, mediante una entrevista presencial y otra telefónica, utilizando los mismos instrumentos de evaluación iniciales.

En principio, considerando el análisis funcional como condicionamiento aversivo de la respuesta sexual, se optó por utilizar la terapia conductual sexual siguiendo algunos de los principios de Masters y Johnson (1970) y de Kaplan (1974). En este caso se utilizaron: (a) psicoeducación sexual sobre el funcionamiento de la respuesta sexual, explicando a Julián, y después también a su pareja, las características de las respues-

tas sexuales, la excitación y la inhibición sexual, los factores que influyen en la satisfacción, el comportamiento sexual no genital, la ansiedad ante el desempeño, y la ansiedad anticipatoria; (b) egoísmo sexual, para centrarse en las propias sensaciones, en principio en los ejercicios de masturbación y luego también en pareja, centrándose en las propias sensaciones en la interacción sexual, no solo genital, pensando en uno mismo y no estando pendiente continuamente de la ejecución, ni del placer del otro; y (c) focalización sensorial, centrando la actuación en pareja en las sensaciones placenteras solo con masajes, después masajes también en genitales y senos, y posteriormente con masajes y tacto sensorial en la zona genital, sin penetración.

Para la intervención sobre la relación de pareja, se utilizó como modelo de trabajo la terapia sistémica de pareja, debido a que se consideró que involucrar a la pareja (aunque no estuvo presente hasta la cuarta sesión) era una parte activa de la solución, y se veía adecuado si se tiene en cuenta la hipótesis de mantenimiento del problema con base en la desigualdad de la relación social entre ellos. Esta forma de intervención breve está basada en el enfoque clínico del *Mental Research Institute de Palo Alto* (Fisch, Wakland y Segal, 1984) y la “Terapia Breve Familiar de Milwaukee” (De Shazer, 1988). De hecho, algunos manuales recogen una aproximación integrada de terapia sexual y terapia de pareja para el tratamiento de estos problemas siempre muy relacionados entre sí (Hertlein, Weeks y Gambescia, 2010; Hertlein, Weeks y Sendak, 2012; Weeks y Hof, 2013). De esta forma, se consideró que el trabajo con la relación de pareja podría acompañar a una mayor satisfacción sexual, y servir también para prevenir las recaídas. En todas las sesiones se siguió un planteamiento sistémico de actuación como terapia breve; iniciando con una fase social, después la búsqueda de mejoras para trabajar con ellas; y continuar con la terapia centrada principalmente en las interacciones de la pareja tanto a nivel sexual como relacional, y para terminar cada sesión, el terapeuta preguntaba a los usuarios sobre los avances, percepciones del caso y se recomendaban unas tareas de pareja a realizar por los consultantes. Las principales técnicas sistémicas utilizadas en el caso fueron: (a) externalización del problema, con una serie de preguntas sobre las atribuciones de sus problemas, crear la narrativa del problema, cómo lo ven desde fuera cada uno de los miembros, cómo desearían encontrarse al final de la terapia; (b) trabajo con la pregunta escala, valorando en una escala subjetiva 0-10 el grado en que se va solucionando el problema, en las dificultades para hacer las tareas e interacciones de pareja; (c) excepciones y mejoras, reflexionando sobre cambios que haya apreciado la pareja, hechos especiales en su interacción de la semana, cambios que podrían hacer para la siguiente; (d) trabajo con las interacciones disfuncionales, haciéndoles ver la circularidad de sus problemas, qué podrían hacer para solucionarlos, buscar iniciativas nuevas y creativas para cambiar; y (e) modificación de la secuencia del problema, buscando qué cambios se podrían hacer en las pautas de con-

ducta que siguen hasta ahora, qué podrían romper en su actitud y comportamiento habitual, intentando romper la circularidad entre causas y efectos en sus problemas. Desde la segunda entrevista, las sesiones se iniciaban siempre con la pregunta “¿qué fue mejor?” con el propósito de buscar excepciones o mejoras con las que poder trabajar.

Desde la cuarta sesión el tratamiento se realizó en pareja, donde cada miembro tenía un tiempo reservado en la entrevista de forma individual, para que pudiesen hacer apreciaciones o demandas individuales. En todas las entrevistas se mantenía una narrativa positiva, buscando soluciones y diálogo en la relación de pareja. En esas sesiones se mantenía el análisis de los auto-registros del usuario, pero lo que considerábamos más importante el trabajo de pareja, maximizando los aspectos positivos y la confianza. Sin descuidar el trabajo en psicoeducación sexual, primero, y en terapia sexual después, dándoles recomendaciones sobre sus interacciones sexuales, eliminación de las críticas, relajación y naturalidad en la relación, y dejar de estar pendientes de los resultados sexuales. Conseguimos eliminar los comentarios negativos de ella cuando él no cumplía sus expectativas, esto reduciría grandemente la preocupación de Julián respecto a una posible ruptura, también se consiguió la aceptación de Julián sobre los pensamientos anticipatorios de fracaso que anteriormente intentaba controlar. Sin embargo, no se hizo una intervención específica sobre esa aceptación o manejo de pensamientos anticipatorios, sino que como producto de las interacciones de pareja y la mejora en el desempeño tras varias semanas, esos pensamientos fueron desapareciendo.

En la sexta sesión el problema parecía solucionado, y el tiempo, calidad e intimidad de la pareja aumentó. En la última sesión el problema de erección no había vuelto a aparecer, y se mantenía el éxito terapéutico. Se aplicaron de nuevo los cuestionarios iniciales de evaluación para comprobar esas mejoras de forma cuantitativa en esa última sesión. Los mismos que se volvieron a aplicar 1 año después en otra entrevista telefónica y presencial, comprobando los beneficios a largo plazo de la terapia y la resolución definitiva de los problemas de pareja y sexuales.

La pareja explicitó en la última sesión que la terapia había sido algo necesario y muy útil para ellos, que de no haber venido a consulta podrían haber roto su relación. Julián informó que cuando empezó a venir estaba nervioso por el tema que se trataba, pero con la inclusión de su pareja en la consulta se empezó a sentir cómodo; él hablaba del “efecto calmante” que tuvo ella en todo el proceso. Por su parte, también la chica explicó que a través de las sesiones de pareja, las instrucciones y las tareas para casa que se les iba dando (y que ellos realizaron), fueron superando el problema en pocos meses.

Resultados

Los cambios en el problema de erección y en la satisfacción de pareja fueron rápidos desde las primeras sesiones. En la Figura 1 pueden observarse los datos de auto-registros sobre

el nivel de erección medio conseguido cada semana, tanto en situaciones en solitario como en pareja. La actividad sexual en solitario vemos que está siempre en niveles altos, lo que sería un indicador de un problema situacional en la falta de erección en pareja, como indicábamos anteriormente. Precisamente las relaciones sexuales en pareja eran lo más problemático inicialmente, pero puede observarse que a partir de la quinta sesión la valoración de la erección se eleva significativamente, llegando al 7.57 en la sexta sesión, y a la máxima puntuación de 10 en la séptima y última sesión. En el seguimiento realizado al año podemos apreciar un mantenimiento de esos resultados. También en la Figura 2 pueden observarse los datos sobre la satisfacción con la pareja, que van aumentando progresivamente. Desde la sexta sesión apreciamos una satisfacción alta, con una puntuación media de 6.85, llegando hasta un 9.6 sobre 10 en la última sesión; en el seguimiento los resultados de satisfacción sexual continúan siendo elevados, situándose en una puntuación de 9.8. De forma inversa, puede observarse cómo conforme pasan las sesiones descienden las preocupaciones sobre su problema sexual.

Figura 1
Nivel de erección en relaciones sexuales solo y con pareja.

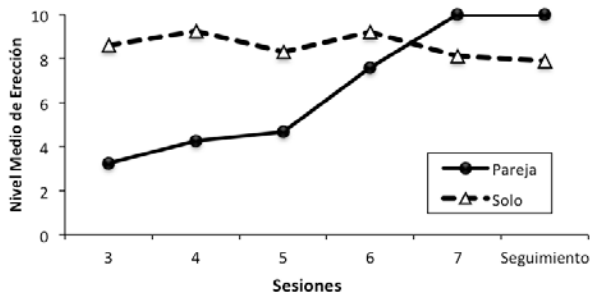
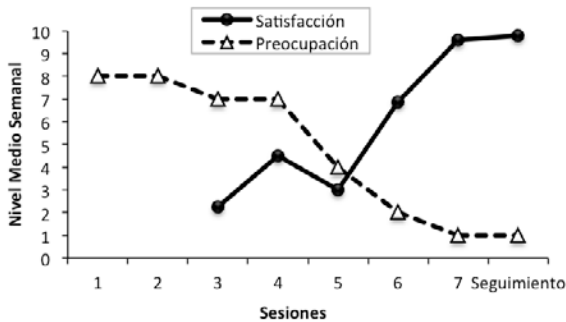


Figura 2
Nivel de satisfacción en las relaciones sexuales con la pareja, y nivel de preocupación sobre la disfunción eréctil.



Por su parte, también los diversos cuestionarios han mostrado cambios drásticos entre la primera y segunda evaluación, y el mantenimiento durante el seguimiento a un año. En el BSFI apreciamos que tras el tratamiento los datos de funcionamiento de la erección y de la satisfacción sexual que eran los

factores más bajos están en niveles elevados; la erección post-tratamiento se sitúa en un 87.5% cuando en la evaluación era de 32.25%; y la satisfacción global después del tratamiento es del 75%, cuando en la evaluación era solo del 25%. En la aplicación del cuestionario en el seguimiento de un año, observamos un mantenimiento de los resultados en erección y en satisfacción, y una mejora tanto en impulso sexual (100%) como en erección (100%). En el MGH aparecen al inicio puntuaciones que indican disfunción en erección (5) y en satisfacción general (4), pero acabado el tratamiento y en el seguimiento todos los indicadores de este cuestionario están por debajo de 2, lo que se considera como ausencia de disfunción. En el caso del cuestionario IIEF que determina el nivel de disfunción eréctil, inicialmente tenía un valor de 8, lo cual indica una disfunción eréctil moderada, pero una vez concluido el tratamiento el valor obtenido es de 23, y en seguimiento 25 puntos, ambos indicarían ausencia de disfunción. En suma, con todos estos resultados finales Julián no recibiría ya el diagnóstico de “trastorno eréctil”.

Figura 3
Inventario Breve de Satisfacción de Funcionamiento Sexual (BSFI).

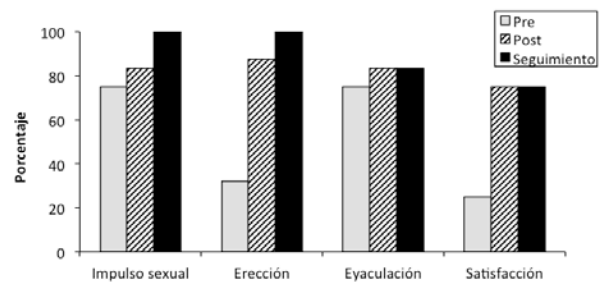


Figura 4
Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH).

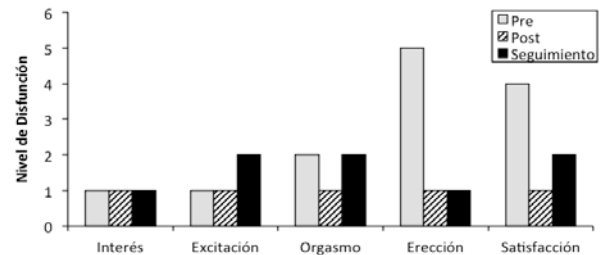
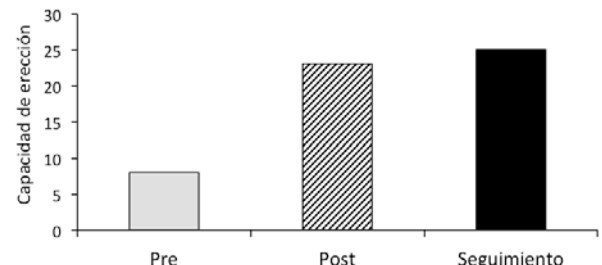


Figura 5
Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE).



Conclusiones y discusión

La queja y la demanda del usuario fueron muy específicas en la primera sesión para guiar la terapia hacia un trabajo exclusivamente sexual, sin embargo, considerando la idea de romper el sistema de pensamientos anticipatorios y la dinámica negativa con la pareja, ampliamos el rango de intervención hacia la mejora de la relación de pareja de forma general. Si consideramos los datos cuantitativos de los cuestionarios y los auto-registros, estos mostraron una notable disfunción eréctil y una alta insatisfacción sexual en la fase de evaluación, terminado el tratamiento los resultados revelan que ambos problemas han desaparecido, y la evaluación final y el seguimiento al año muestran un éxito total de la terapia combinada. Consideramos que se alcanzaron los objetivos que se plantearon al inicio, en un tiempo breve acorde a lo esperado y se mantuvieron además en un seguimiento un año después.

La modalidad de caso único utilizada en este estudio permite exponer cómo la intervención terapéutica sistémica coadyuvada con técnicas de terapia sexual puede utilizarse eficazmente para el tratamiento de la disfunción eréctil en un tiempo breve. Los datos de evaluación continua, con varias líneas-bases simultáneas a partir de auto-registros diarios, y la comparación pre-post con cuestionarios específicos, muestran cuantitativamente la eficacia del tratamiento realizado. Pero los objetivos terapéuticos miran no sólo a una mejora exclusiva de respuestas sexuales, sino también a una reducción de la preocupación sobre el problema, logrando esta meta mediante el fortalecimiento de la pareja, factor considerado imprescindible para una satisfacción sexual elevada.

De hecho, las aproximaciones integradas de varias terapias para problemas de erección y de pareja simultáneamente, no son nuevas, es una combinación que se ha propuesto en algunas publicaciones sobre terapia sexual con algunos casos ilustrativos como el que aquí se presenta (Ghering, 2003; Leiblum y Rosen, 1991; LoPiccolo y Friedman, 1988; Wylie, 1997). También desde una aproximación sistémica se han publicado manuales sobre terapia sexual, combinando la explicación fisiológica, psicológica y relacional en la pareja como base de los trastornos sexuales (Hertley, Weeks y Gambescia, 2010; Markovic, 2013; Weeks y Hof, 2013). Esta tendencia a la confluencia desde dos vertientes terapéuticas podría estar indicando puntos comunes en los tratamientos que tienen que ver más con los individuos y los problemas que se intentan resolver, que con los puntos de partida teóricos de los clínicos. No estamos defendiendo en este caso, una amalgama de terapias, sino la utilización de técnicas específicas para conductas específicas. Hay que evaluar bien un caso clínico y tomar las decisiones más oportunas para los distintos problemas que pueda presentar. Como defienden Binic y Meana (2009) la terapia sexual ha tendido a la máxima especialización, se ha alejado de la psicoterapia de adultos en general, y con ello se ha auto-marginado en el tratamiento de problemas sexuales muy concretos, sin tener en cuenta el contexto y, sobre todo, la relación de pareja dentro de la que ocurren.

El problema, quizás, en el caso clínico presentado es que interesaba de manera prioritaria resolver el problema sexual y se intervino en la pareja, pero no se partía de una perspectiva investigadora. Debido a ello se aplicó en conjunto terapia sistémica y terapia sexológica, por lo que no es posible diferenciar la eficacia de cada componente por separado, algo que podría haber resultado de interés para comprobar si una terapia única podría haber sido más eficaz o eficiente que la otra. Pero no se pretendía comparar formas de terapia, poner una frente a la otra, sino que el objetivo era resolver cuanto antes el problema de esta persona, con la máxima eficacia y brevedad posible, puesto que estaba afectando a sus relaciones de pareja y la ruptura podría ocurrir pronto. El objetivo clínico era prioritario por lo que, aún así, consideramos que la descripción y datos de este caso clínico pueden ser relevantes para mostrar la compatibilidad clínica de distintas técnicas y la posibilidad de utilizarlas simultáneamente. Los resultados mantenidos en el tiempo demuestran la eficacia de esta combinación de terapias con objetivos dispares, pero unidos por el beneficio máximo de la pareja.

Referencias

1. Abraham, G. y Porto, R. (1979) *Terapias sexológicas*. Madrid: Pirámide.
2. American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
3. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
4. Barlow, D. H. (1986) Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.140>
5. Berner, M. y Günzler, C. (2012) Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions: a systematic review of controlled clinical trials. Part 1: The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3089-3107. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02970.x>
6. Binic, Y.M. y Meana, M. (2009). The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1016-1027. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9475-9>
7. Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis
8. De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
9. Fisch, R., Wakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
10. Gehring, D. (2003). Couple therapy for low sexual desire: A systemic approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 25-38. <http://dx.doi.org/10.1080/713847099>

11. Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., Vardi, Y., y Wespers, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57, 804-814. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2010.02.020>
12. Hawton, K. (1985). *Terapia Sexual*. Barcelona: Doyma
13. Hertlein, K.M., Weeks, G.R. y Gambescia, N. (2010). *Systemic Sex Therapy*. New York: Taylor & Francis.
14. Hertley, K.M., Weeks, G.R. y Sendak, S.K. (2012). *A clinician's guide to Systemic Sex Therapy*. New York: Taylor & Francis.
15. Kaplan, H. (1974). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza
16. Labbate, L.A. y Lare, S.B. (2001). Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychotherapy Psychosomatic*, 70, 221-225. <http://dx.doi.org/10.1159/000056257>
17. Labrador, F.J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13, 428-441.
18. Labrador, F.J. y Crespo, M (2005). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. En M. Pérez, J.R., Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Tomo 1* (pp. 355-379). Madrid: Pirámide.
19. Leiblun, S.R. y Rosen, R.C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17, 147-159. <http://dx.doi.org/10.1080/00926239108404956>
20. Lopicolo, J. y Friedman, J.M. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. En S.R. Leiblun y R.C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders* (pp. 107-144). New York: Guilford Press.
21. Ludwig, W. y Phillips. M. (2014). Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. *Urology Internationalis*, 92, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1159/000354931>
22. Markovic, D. (2013). Multidimensional psychosexual therapy: A model of integration between sexology and systemic therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 311-323. <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2013.845656>
23. Martin-Morales, A., Sánchez-Cruz, J.J., Saenz-Tejada, I., Rodríguez-Vela, L., Jiménez-Cruz, J.F. y Burgos-Rodríguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiology of the Dysfunction Erectil Masculina Study. *Journal of Urology*, 166, 569-574. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)65986-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(05)65986-1)
24. Masters, W. y Johnson V. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Interamérica
25. McCabe, M., Althof, S.E., Assalian, P., Chevret-Meason, M., Leiblun, S.R., Simonelli, Ch. y Wylie, K. (2010). Psychological an interpersonal dimensions of sexual functions and dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 327-336. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x>
26. McConhagy, N. (1993). Disfunción y desviación sexual. En A.S. Bellack y M. Hersen M. (Eds.), *Manual Práctico de Evaluación de Conducta* (pp. 531-575). Bilbao: Desclée de Brouwer.
27. Melman, A. y Gingell, J.C. (1999). The epidemiology and pathophysiology of dysfunction. *The Journal of Urology*, 161, 5-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)62045-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)62045-7)
28. Melnik, T., Soares, B. y Nasello, A.G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. Nº. CD004825. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004825.pub2>
29. Meng-Tan, H., Fah-Tong, S. y Ho, C.C.K. (2011). Men's health: sexual dysfunction, physical and psychological health: Is there a link?. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 663-671.
30. Mohr, D.C. y Beutler, L.E. (1990). Group treatment of sexual dysfunctions: a methodological review of outcome literature. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 259-296. <http://dx.doi.org/10.1080/00926238208405434>
31. Mohr, D.C. y Beutler, L.E. (1990). Erectile dysfunction: a review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review*, 10, 123-150. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90110-V](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(90)90110-V)
32. Montesinos, F. (2003). ACT Terapia de Aceptación y Compromiso: Orientación del deseo sexual y trastornos de la erección: Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 291-320.
33. Montorsi, F., Ganesan, A., Becher, E., Giuliano, F., Khoury, S., Lue, T., Sharlip, I., Althof, S.E., Andersson, K.E., y 42 autores más (2010). Summary of recomendations of sexual dysfunctions in men. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 3572-3588. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02062.x>
34. Mykletun, A., Dahl, A.A., O'Leary, M.P. y Fossa, S.D. (2005). Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *British Journal of Urology International*, 97, 316-323. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05904.x>
35. Navarro, Y. y Climent, J.A. (2013). A propósito de un caso: Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno de la erección adquirido. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 105, 72-79.
36. O'Donohue, W.T., Swingen, D.M., Dopke, C.A. y Regev, L.G. (1999). Psychotherapy for male sexual dysfunction: a review. *Clinical Psychology Review*, 19, 591-630. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00063-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00063-4)
37. O'Leary, M.P., Rhodes, T., Girman, C.J., Jacobson, D.J., Roberts, R.O., Lieber, M.M., y Jacobsen, S.J. (2003). Dis-

- tribution of the Brief Male Sexual Inventory in community men. *International Journal of Impotence Research*, 15, 185-191. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3900996>
38. O'Leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R., Barber, B., Sagnier, P.P., Guess, H.A., y Barry, M.J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 46, 697-706. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80304-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80304-5)
39. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
40. Páez, M. y Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Pirámide.
41. Palla, J., Levine, S.B., Althof, S.E. y Risen, C.B. (2000). A study using Viagra in a mental health practice. *Journal of Sex Marital Therapy*, 26, 45-50.
42. Prieto, R., Campos, P., Robles, R., Ruiz, J. y Requena, M.J. (2010). Epidemiología de la disfunción eréctil: Factores de riesgo. *Archivos Españoles de Urología*, 63, 637-639. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142010000800010>
43. Rosen, R. et al. (1999). Development and evaluation of an abridged 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11, 319-326. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3900472>
44. Rosen, R., Cappelleri, J. y Gendrano N. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): a state of the science review. *International Journal of Impotence Research*, 14, 226-244. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3900857>
45. Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J. y Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)
46. Sierra, C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. y Lameiras, M. (2012) Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria*, 44, 516-524.
47. Weeks, G.R. y Hof, L. (2013). *Integrating sex and marital therapy: A clinical guide*. New York: Routledge.
48. Zwang, G. (1978) *Manual de Sexología*. Barcelona: Toray-Masson
49. Wylie, K.R. (1997). Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 527-547. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024559906540>

Fecha de recepción: 2 de agosto, 2014

Fecha de recepción de la versión modificada: 17 de marzo, 2015

Fecha de aceptación: 18 de junio, 2015