

Papel de la pareja en el manejo de las disfunciones sexuales

Venancio Chantada Abal^a y Pedro Ramón Gutiérrez Hernández^b

^aUnidad de Andrología. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

^bUnidad de Andrología. Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias. CESEX. Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna. Tenerife. España.

RESUMEN

Desde los años setenta se admite que una de las principales causas de una actividad sexual inadecuada es la falta de implicación de la pareja. En este sentido, la pareja puede tener un impacto crucial en la etiología y mantenimiento de los problemas sexuales, y es importante su apoyo en el proceso terapéutico utilizado. A pesar de ello, el papel de la pareja en la etiología, mantenimiento, tratamiento y pronóstico de la disfunción sexual no se ha estudiado ampliamente.

La disfunción eréctil (DE) se ha considerado como un problema médico masculino, lo que favoreció que el varón fuera tratado aisladamente en la clínica, sin su pareja. Así, el varón se presenta habitualmente solo y, aun cuando es invitado a venir acompañado por su pareja a la consulta, solamente acuden unas pocas parejas. El objetivo sería cambiar esta actitud, lo que redundaría en el beneficio y eficacia del tratamiento del varón con disfunción sexual.

En el presente trabajo de revisión, se aborda el papel desempeñado por la pareja en la etiología, mantenimiento, valoración, tratamiento y pronóstico de la DE masculina. Así como la repercusión de dicha DE en la función sexual femenina.

Todo ello con unas claras perspectivas de futuro: aunque la DE es el fallo en la obtención y mantenimiento de una erección en el varón, este problema afecta a quien le rodea, especialmente a su pareja sexual. Los problemas sexuales y los conflictos de relación son comunes entre los varones con DE y sus parejas femeninas. A su vez, estos problemas pueden causar o contribuir a mantener la DE y afectar negativamente al proceso de tratamiento y pronóstico. En este sentido, la DE no se debe considerar como un simple fallo de la erección, por lo que es fundamental involucrar a la pareja tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Para ello se dispone del cuestionario SLQQ, primer cuestionario validado al español que nos permite medir tales procedimientos indistintamente en el varón y su mujer.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Pareja. Disfunción sexual femenina. Cuestionario SLQQ.

ABSTRACT

Role of the partner in the management of sexual dysfunction

Since the 1970s, the lack of involvement of the partner has been recognized as a major cause of unsatisfactory sexual activity. The partner may play a key role in the etiology and persistence of sexual problems and the partner's support is important in the therapy adopted. Nevertheless, the role of the partner in the etiology, persistence, treatment and outcome of sexual dysfunction has not been studied in detail.

Erectile dysfunction (ED) has been considered as a medical problem affecting men, encouraging the treatment of men in isolation from their partners. Thus, the man usually attends appointments alone and, when his partner is invited to the consultation, only a few attend. This attitude should be changed, which would increase the effectiveness of the treatment of men with sexual dysfunction.

In the present review, we approach the role played by the partner in the onset, persistence, evaluation, treatment and outcome of ED and analyze the effect of ED on female sexual function, with an emphasis on future perspectives: although ED consists of the failure to obtain and maintain an erection, this problem affects everyone in the man's milieu, especially his sexual partner. Sexual problems and relationship conflicts are common among men with ED and their female partners. In turn, these problems may lead to, or contribute to, the persistence of ED and may negatively affect treatment and outcome. In this sense, ED should not be viewed simply as the failure to obtain an erection, and consequently the partner's involvement is essential for both diagnosis and treatment. The sexual life quality questionnaire (SLQQ) is available for this task and is the first questionnaire validated to Spanish that allows us to measure these procedures in both men and their partners.

Key words: Erectile dysfunction. Partner. Female sexual dysfunction. SLQQ questionnaire.

Correspondencia: Dr. V. Chantada Abal.
Unidad de Andrología. Servicio de Urología.
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.
Las Jubias, 84. 15006 A Coruña. España.
Correo electrónico: vchantada@canalejo.org

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los varones que están sometidos a tratamiento por disfunción eréctil (DE) tienen una relación estable heterosexual. En el año 1970, Masters y Johnson¹ observaron que una de las principales causas de una actividad sexual inadecuada es la falta de implicación de la pareja. En este sentido, la pareja puede tener un impacto crucial en la etiología y mantenimiento de los problemas sexuales, y es importante su apoyo en el proceso terapéutico utilizado. A pesar de ello, el papel de la pareja en la etiología, mantenimiento, tratamiento y pronóstico de la disfunción sexual no se ha estudiado ampliamente. La mayoría de los estudios han enfocado su atención en las parejas femeninas. La investigación de parejas masculinas de varones homosexuales que tienen disfunción sexual es mínima.

Los datos que hay respecto a la función sexual de las mujeres cuyas parejas masculinas reciben tratamiento farmacológico por una DE son limitados. Sin embargo, diversos investigadores han indicado que la función sexual y la calidad de la vida sexual de las parejas femeninas de varones con DE se ven influidas negativamente por la disfunción sexual del varón².

La DE se ha considerado como un problema médico masculino, lo que favoreció para que el varón fuera tratado aisladamente en la clínica, sin su pareja. Así, el varón se presenta habitualmente solo³ y, aun cuando es invitado a venir acompañado por su pareja a la consulta, sólo acuden unas pocas parejas. El objetivo es cambiar esta actitud, lo que, sin duda, redundará en el beneficio y eficacia del tratamiento del varón con disfunción sexual. A este respecto conviene recordar que, en nuestro país, se han validado lingüísticamente el cuestionario SLQQ (Sexual Life Quality Questionnaire), que evalúa tanto al varón con DE como a su pareja femenina, tanto en lo que respecta al diagnóstico como al cambio experimentado con el tratamiento⁴ (anexo 1).

PAPEL DE LA PAREJA EN LA ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La compenetración en la actividad sexual requiere algo más que la capacidad fisiológica para su ejecución. El continuo reforzamiento positivo del *feedback* es un importante requerimiento para el mantenimiento de una correcta actividad sexual⁵. Cuando no se buscan estos requerimientos, uno de los miembros de la pareja puede perder interés en la esfera sexual de la relación y, como resultado, desarrollar o inducir en la otra pareja un empeoramiento sexual fisiológico, in-

cluyendo la DE. Derogatis et al⁶ encontraron que las mujeres de varones que presentaban DE tenían un significativo descenso del deseo sexual y restringían mucho más la actividad sexual comparativamente con otras mujeres. La ausencia de interés sexual en la mujer de un varón anciano puede desencadenar DE simplemente porque el varón no recibe suficiente estímulo peneano directo⁵.

Renshaw⁷ observó una alta prevalencia (62%) de dificultades sexuales en las parejas femeninas de varones que se presentan con DE. Estos problemas incluyen disfunción orgásmica primaria y secundaria, vaginismo, dispareunia e interés sexual reducido. Por otro lado, en sólo el 8% de los casos la disfunción sexual femenina precede a la aparición de la DE, lo que sugiere que estos problemas probablemente contribuyan al mantenimiento de la DE más que ser la causa de ella. En contraste, en otro estudio donde se vieron parejas de varones con DE, el vaginismo y la dispareunia eran más frecuentes en el período anterior a la aparición de la supuesta DE no orgánica que en varones con causa orgánica, lo que sugiere una relación causal en el grupo anterior⁸. Este estudio también mostró una alta prevalencia de problemas relacionados en varones con DE, presumiblemente no orgánica, comparado con varones con DE orgánica.

PAPEL DE LA PAREJA EN LA VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

El origen de la DE es a menudo multifactorial con elementos orgánicos, psicológicos o de comportamiento interactuando para causar el problema en algún caso o para mantenerlo si ya ha ocurrido. Para alcanzar un tratamiento con resultado exitoso se precisa la identificación de todos los factores que repercuten en cada caso particular. En ocasiones, el varón y su pareja pueden no ser capaces de restablecer una relación mutuamente satisfactoria, aun cuando él reciba un tratamiento farmacológico que le haya hecho recuperar completamente su capacidad eréctil. Un varón con diabetes puede desarrollar DE como consecuencia de complicaciones vasculares o neurológicas de esta enfermedad, pero su alteración de la erección puede estar causada por dificultades psicológicas o de relación^{9,10}.

No es posible identificar ni valorar todos los factores etiológicos y mantenedores de la DE hablando sólo con uno de los miembros de la pareja. La situación ideal sería la entrevista por separado y, a continuación, realizar la entrevista a los 2 juntos para resolver el alto número de discrepancias, la historia del

proceso, la adecuación de la pareja y el interés, al igual que la calidad e intensidad de la relación¹¹, pero esto requiere tiempo y no siempre es posible en la consulta de andrología. Una eventual forma de contrarrestar esta falta de tiempo pudiera ser el empleo del mencionado cuestionario SLQQ de doble uso, tanto para el varón como para la mujer⁴.

Al realizar la historia a ambos miembros de la pareja es importante identificar 3 grupos de factores: los que pueden hacer al varón más susceptible de desarrollar DE (factores predisponentes), los que han desencadenado el comienzo del problema (factores precipitantes) y los que mantienen el problema (factores mantenedores)¹².

PAPEL DE LA PAREJA EN EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Al involucrar a la pareja en la discusión acerca de las opciones de tratamiento y la elección de la modalidad terapéutica, probablemente se incrementa la efectividad de dicho tratamiento, pero esto sólo es posible cuando ambos miembros de la pareja acuden a la consulta andrológica. En el seguimiento de una serie de 101 varones a los que se les había prescrito inyecciones intracavernosas en domicilio, Riley⁵ encontró que el 54% no se había autoinyectado por rehusar dicho tratamiento su pareja al desconocer sus indicaciones y efectos beneficiosos. Posteriormente, con una información detallada todas las mujeres, excepto 8, estuvieron de acuerdo en que sus parejas utilizaran la inyección intracavernosa.

Una pareja femenina puede estar menos implicada en ayudar al varón para conseguir una relación sexual completa si ella no está realmente interesada en esta actividad. Ella puede ser reacia para realizar una adecuada estimulación sexual y un positivo reforzamiento

del *feedback*, consideraciones importantes cuando el varón necesita usar un tratamiento que requiere estimulación sexual para conseguir un efecto erectogénico completo, como es el caso de los fármacos por vía oral.

La pareja también pueden ser menos entusiasta en proporcionar estimulación sexual si no coincide en la frecuencia coital del varón. Carroll y Bagley¹³ preguntaron a las parejas femeninas de varones con DE, ¿cuál es la parte favorita de su relación sexual? Sólo el 37% dijo que se trataba de la relación sexual con penetración, mientras que la mayoría (60%) prefirió la estimulación. Estos porcentajes no coinciden con las preferencias sexuales de los varones, donde un alto índice prefiere la penetración como culminación de la relación sexual.

Involucrar a la pareja en el proceso del tratamiento actual mejora el cumplimiento. La mujer a menudo expresa que espera ser partícipe en la iniciación de la erección de su pareja. Cuando un varón tiene una erección inducida de modo farmacológico, como es el caso de la inyección intracavernosa, su pareja puede tener la sensación de no haber sido partícipe en la iniciación de esa erección, considerándola “menos natural”. En ocasiones es importante implicarla a ella hasta el punto que sea la mujer la que prepara la inyección o incluso la administra al varón.

En un estudio retrospectivo de varones con DE y sus parejas femeninas, se han encontrado parejas que no habían tenido ninguna forma de contacto íntimo, incluso tan allá como 15 años atrás al inicio de la aparición de la DE¹¹ (tabla 1).

La asociación de problemas sexuales en la mujer y DE en el varón puede dificultar el restablecimiento de la intimidad y actividad sexual durante el tratamiento de la DE. Estudios de pacientes y sus parejas tratados con terapia sexual han confirmado la importancia pro-

TABLA 1. Actividad sexual de la pareja heterosexual durante las 4 semanas antes de la consulta de varones con disfunción eréctil

Actividad	Porcentaje de experiencias 4 semanas antes	Cuándo fue la última experiencia	
		Rango	Media (meses)
Beso no sexual	55,2	1 día-4 años	3
Beso sexual	10,1	1 día-15 años	30
Caricias	9,3	1 día-15 años	30
Estimulación manual genital			
Varón a mujer	8,2	1 día-15 años	31
Mujer a varón	8,6	1 día-10 años	26
Contacto orogenital			
Cunilingus	1,6	1 día-15 años	32
Felación	2,3	1 día-10 años	26

Basada en Riley y Riley¹¹.

nóstica de la buena comunicación pretratamiento entre los 2 miembros de la pareja. Los problemas físicos de la pareja pueden hacer imposible o dificultarlo. En una serie de varones que presentaron DE, donde sus parejas también eran examinadas, la evidencia clínica de atrofia urogenital se encontró en el 33,3% de las mujeres mayores de 46 años¹¹. La mayoría de estas mujeres no tenía relaciones sexuales desde hacía años, por lo que es esperable la aparición de dispareunia en el reinicio de la actividad coital. En este sentido, es prioritario tratar la atrofia urogenital y otras condiciones patológicas antes de tratar la DE para reducir obstáculos y para el correcto desarrollo de la actividad sexual.

PAPEL DE LA PAREJA EN LA VALORACIÓN DEL RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Pueden haber diferencias individuales con criterios distintos para la valoración del resultado del tratamiento. Para el paciente con DE, la medida más importante, de buen resultado, es la recuperación de la capacidad para conseguir una erección suficientemente rígida que permita una actividad sexual completa con penetración. Para la pareja femenina, el éxito puede ser juzgado más en términos de la calidad de la interacción sexual y elementos puramente emocionales. Salonia et al¹⁴, por ejemplo, encontraron que mientras el sildenafil oral proporciona un alto índice de satisfacción entre los pacientes con DE vasculogénica, este porcentaje era muy inferior entre sus parejas femeninas. Del 29% de parejas no satisfechas con el tratamiento, el 75% reconoció alguna anormalidad en su propia función sexual, incluyendo deseo sexual hipoactivo y reducción del placer.

FUNCIÓN SEXUAL DE LA PAREJA DEL VARÓN CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Los datos existentes hasta la fecha, indican que un tratamiento eficaz de la DE con inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 puede producir un aumento de la satisfacción sexual y de la calidad de vida sexual en las parejas femeninas de los varones que reciben el tratamiento farmacológico para la DE. En un estudio de Herman et al¹⁵ se describieron los cambios de la función y satisfacción sexuales en las mujeres cuyas parejas masculinas con DE recibían tratamiento con sildenafil. Las parejas femeninas de varones con DE tratados con sildenafil descri-

bieron una mejora de su disfrute y satisfacción sexuales. Sin embargo, no hubo cambios en el grado de deseo sexual, excitación u orgasmo en las parejas femeninas de estos varones.

En otro reciente estudio, dirigido por Goldstein et al¹⁶, elaborado en el Grupo de Estudio con Vardenafil, se ha visto que los varones tratados con este fármaco presentaron una mejora de la DE hasta llegar a un nivel correspondiente al de una DE leve. Las parejas femeninas de los varones tratados con vardenafil, que no tenían de por sí ningún problema de salud sexual, presentaron una diferencia significativa frente al grupo placebo en cuanto al deseo sexual, la excitación sexual subjetiva, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción con la actividad sexual. Estos datos resaltan y refuerzan el concepto de que la DE es una disfunción sexual compartida y de que el tratamiento farmacológico del varón con DE da lugar a un resultado positivo compartido por ambos miembros de la pareja, que incluye mejoras sexuales diversas y amplias en la pareja femenina no tratada del varón tratado.

EL FUTURO

Los profesionales de la salud tendrán que reconocer el papel que tiene la pareja en la etiología y en el tratamiento de la alteración eréctil, y estar preparados para ofrecer orientación y tratamiento de las parejas que presenten alteraciones que impidan un desarrollo normal de la actividad sexual. Estos tratamientos se deberán instaurar en clínicas multidisciplinarias donde urólogos, ginecólogos, terapeutas sexuales, psicólogos y médicos especialistas proporcionarán un tratamiento completo. Para ello se requiere un mayor reconocimiento de la disfunción sexual femenina, una mejoría de las terapias y la valoración del papel de la pareja en la etiología y tratamiento de la DE, al igual que profundizar en el conocimiento de las relaciones homosexuales en los varones con DE.

CONCLUSIONES

Aunque la DE es el fallo en la obtención y mantenimiento de una erección en el varón, este problema afecta a quien le rodea, especialmente a su pareja sexual. Los problemas sexuales y los conflictos de relación son comunes entre los varones con DE y sus parejas femeninas. A su vez, estos problemas pueden causar o contribuir a mantener la DE y afectar negativamente al proceso de tratamiento y pronóstico. En

este sentido, la DE no se debe considerar como un simple fallo de la erección, por lo que es fundamental involucrar a la pareja en todos los estadios del tratamiento.

Bibliografía

1. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. London: J & A Churchill Ltd.; 1970. p. 2.
2. Fisher W, Rosen R, 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;2:675-84.
3. Barnes T. Female partners in erectile dysfunction: what is her position? Sex Marital Ther. 1998;13:233-40.
4. Gutiérrez PR, Mas M, Hernández P, Sanz EJ, Cardeñosa O, Pérez M, et al. Validación psicométrica del cuestionario SLQQ. Resultados preliminares. Rev Int Androl. 2007;5: 5-10.
5. Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and treatment. Int J Imp Res. 2002;14:105-9.
6. Derogatis LR, Meyer JK, Gallart BW. Distinctions between male and female investid partners in sexual disorders. Am J Psychiatr. 1977;134:385-90.
7. Renshaw D. Doping with an impotent husband. Illinois Med J. 1981;159:29-33.
8. Speckens AE. Pshychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? Arch Sex Behav. 1995;24:157-72.
9. Riley A, Riley E. Psychological and behavioural aspects of intracavernosal injection therapy for erectile disorder. Sex Marital Ther. 1998;13:273-84.
10. Bancroft J, Gutiérrez P. Erectile dysfunction in men with and without diabetes mellitus: a comparative study. Diabetic Medicine. 1996;13:84-9.
11. Riley A, Riley E. Behavioural and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. Int J Clin Pract. 2000;54:220-4.
12. Hawton K. Sex therapy: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 1985. p. 56-94.
13. Carroll JL, Bagley DH. Evaluation of sexual satisfaction in partners of men experiencing erectile failure. J Sex Marital Ther. 1990;16:70-8.
14. Salonia A, Montorsi F, Maga T, Bua L, Guazzoni G, Barbieri L, et al. Patient-partner satisfaction of sildenafil treatment in evidence-based organic erectile dysfunction [abstract]. J Urol. 2000;161 Suppl 4:817.
15. Herman JR, Talley DR, Bailen JL, et al. Female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate report greater satisfaction and enjoyment from sexual intercourse: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Urol. 2005;173:55.
16. Goldstein I, Fisher WA, Sand M, Rosen RC, Mollen M, Brock G, et al. Women's sexual function improves partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Sex Med. 2005;2:819-32.

ANEXO 1. Cuestionario SLQQ (versión final, adaptada lingüística y culturalmente al castellano)

Cuestionario de calidad de la vida sexual

En las siguientes preguntas usted debe comparar su vida sexual general y sus relaciones sexuales (tanto la estimulación erótica previa como el coito) DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS con el período ANTERIOR A LA APARICIÓN DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. Por favor, señale con un círculo en cada escala el número (entre -4 y +4) que refleje mejor su calificación.

1. ¿Cómo valoraría su satisfacción con la FRECUENCIA CON LA QUE HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES (CADA CUÁNTO LO HACE) durante las últimas 4 semanas, en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
?				?				?
Mucho menos satisfecho con la frecuencia de estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil				Igual	Mucho más satisfecho con la frecuencia de estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil			

2. ¿Cómo valoraría su satisfacción con la DURACIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL (CUÁNTO TIEMPO DURA) que ha tenido durante las últimas 4 semanas, en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
?				?				?
Mucho menos satisfecho con la duración de estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil				Igual	Mucho más satisfecho con la duración de estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil			

3. ¿Cómo valoraría la dificultad que ha tenido para PENETRAR A SU PAREJA durante las últimas 4 semanas, en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
?				?				?
Mucho más difícil penetrar a su pareja que antes de la disfunción eréctil				Igual	Mucho más fácil penetrar a su pareja que antes de la disfunción eréctil			

(Continúa en pág. siguiente)

ANEXO 1. Cuestionario SLQQ (versión final, adaptada lingüística y culturalmente al castellano) (continuación)

4. ¿Cómo valoraría la dificultad para LLEGAR AL ORGASMO durante las últimas 4 semanas, en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|-------|--|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| Mucho más difícil llegar al orgasmo que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | Mucho más fácil llegar al orgasmo que antes de la disfunción eréctil | | | |
5. ¿Cómo valoraría la PREOCUPACIÓN QUE HA TENIDO POR EL RENDIMIENTO SEXUAL durante las últimas 4 semanas, en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|-------|---|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| He estado mucho más preocupado por mi rendimiento sexual que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | He estado mucho menos preocupado por mi rendimiento sexual que antes de la disfunción eréctil | | | |
6. ¿Cómo valoraría lo que ha sentido al PENSAR EN MANTENER RELACIONES SEXUALES durante las últimas 4 semanas en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|-------|---|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| Pensar en la estimulación erótica previa/coito me ha resultado mucho menos agradable que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | Pensar en la estimulación erótica previa/coito me ha resultado mucho más agradable que antes de la disfunción eréctil | | | |
7. ¿Cómo valoraría los SENTIMIENTOS QUE HA TENIDO DURANTE EL ACTO SEXUAL en las últimas 4 semanas en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|-------|---|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| He estado mucho menos tranquilo durante la estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | He estado mucho más tranquilo durante la estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil | | | |
8. ¿Cómo valoraría los ORGASMOS QUE HA EXPERIMENTADO durante las últimas 4 semanas en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|-------|--|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| Los orgasmos son mucho menos placenteros que antes | | | | Igual | Los orgasmos son mucho más placenteros que antes | | | |
9. ¿Cómo valoraría el PLACER GENERAL que ha tenido al hacer el amor durante las últimas 4 semanas en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|-------|--|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| En general he sentido mucho menos placer durante la estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | En general he sentido mucho más placer durante la estimulación previa/coito que antes de la disfunción eréctil | | | |
10. ¿Cómo valoraría en general EL PLACER QUE HA SENTIDO SU PAREJA en las relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas en comparación con el período anterior a la aparición de la disfunción eréctil?
- | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|-------|--|----|----|----|
| -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| ? | | | | ? | | | | ? |
| En general, la estimulación previa/coito ha sido mucho menos placentera que antes de la disfunción eréctil | | | | Igual | En general, la estimulación previa/coito ha sido mucho más placentera que antes de la disfunción eréctil | | | |