



ORIGINAL

Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual del Hombre, FSH



F. Sánchez-Sánchez^{a,*}, C. Ferrer-Casanova^b, B. Ponce-Buj^c, Y. Sipán-Sarrión^a,
A.R. Jurado-López^d, C. San Martín-Blanco^e, M.J. Tijeras-Úbeda^f
y N. Pascual Regueiro^g

^a Centro de Salud de Xàtiva, Valencia, España

^b Centro de Salud Convento Jerusalén, Valencia, España

^c Centro de Salud de Alaquàs, Valencia, España

^d Instituto Europeo de Sexología, Marbella, Málaga, España

^e Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (Cipsa), Santander, España

^f Unidad de Gestión Clínica, Almería periferia, Almería, España

^g Centro de Salud de Almenara, Castellón, España

Recibido el 21 de octubre de 2019; aceptado el 3 de diciembre de 2019

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2020

PALABRAS CLAVE

Cuestionarios;
Salud sexual;
Disfunción sexual;
Hombre;
Diagnóstico;
Calidad de vida

Resumen

Objetivo: Diseñar y validar el cuestionario de Función Sexual del Hombre, FSH, en lengua española, siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, para el diagnóstico de las disfunciones sexuales.

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico, realizado en 163 hombres (18-70 años) que autocumplimentaron un test (cuestionario FSH preliminar), respondiendo después una anamnesis estructurada sobre función sexual del hombre (AFSH). Cuatro semanas más tarde autocumplimentaron un retest, igual al test pero con una pregunta suplementaria sobre posible influencia de acontecimientos recientes.

Resultados: Consistencia interna: α de Cronbach test 0,840; AFSH 0,835; retest 0,855. Fiabilidad test-retest: puntuaciones medias del test $33,13 \pm 6,566$; retest $33,11 \pm 6,791$; t de Student 0,122, no significativa ($p=0,903$); correlación puntuaciones totales test-retest (coeficiente correlación intraclase) 0,979, correlación significativa ($p < 0,01$); correlaciones puntuaciones totales test-AFSH (coeficiente correlación intraclase) 0,966, correlación significativa ($p < 0,01$). Concordancia: entre preguntas del test-AFSH (índice Kappa) mínima 0,749; máxima 0,934; entre preguntas del test-retest 0,724; 0,844. Validez de contenidos mediante consenso de expertos. Validez de criterio: especificidad $> 90\%$ para todos los ítems/dominios, sensibilidad $> 80\%$ salvo ítem 4 (76%). Validez de constructo: mediante análisis factorial, agrupación de ítems en 4 componentes (explican el 75% de varianza); elevada correlación entre «deseo sexual» y «confianza en la erección».

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consultafsanchez@gmail.com (F. Sánchez-Sánchez).

KEYWORDS

Questionnaires;
Sexual health;
Sexual dysfunction;
Male;
Diagnostic;
Quality of life

Conclusiones: El cuestionario FSH es fiable, estable y válido, siendo su especificidad y sensibilidad altas. Evalúa la respuesta sexual del hombre describiendo aspectos de interés: ansiedad anticipatoria, iniciativa, confianza para comunicar preferencias, acontecimientos que puedan influir. Puede detectar disfunción sexual en la pareja.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Design and validation of a Male Sexual Function Questionnaire**Abstract**

Objective: The objective of this work was to design and validate a questionnaire on Male Sexual Function (MSF) in the Spanish language, following the criteria contemplated in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, for the diagnosis of sexual dysfunctions.

Material and methods: A cross-sectional and multicentre study was conducted on 163 men (18-70 years) who self-completed a test (MSF questionnaire). They then answered questions on the Structured History of Male Sexual Function (AMSF). Four weeks later they completed a re-test, which was the same, but including a supplementary question about the possible influence of recent events.

Results: Internal consistency: Cronbach's α test 0.840, AMSF 0.835, retest 0.855. Test-retest reliability: mean test scores 33.13 ± 6.566 , retest 33.11 ± 6.791 ; Student t 0.122, not significant ($P = .903$); correlation total test-retest scores (intraclass correlation coefficient) 0.979, significant correlation ($P < .01$); total correlations test-AMSF scores (intraclass correlation coefficient) 0.966, significant correlation ($P < .01$). Concordance: between questions of the AMSF test (Kappa index) minimum 0.749, maximum 0.934; between test-retest questions: 0.724, 0.844. Content validity using expert consensus. Criteria validity: specificity > 90% for all items / domains, sensitivity > 80% except item 4 (76%). Content validity: using factor analysis, grouping of items into 4 components (explain 75% variance); high correlation between "sexual desire" and "confidence in erection".

Conclusions: The MSF questionnaire is reliable, stable and valid, with high specificity and sensitivity. It evaluates the sexual response of the male, describing aspects of interest: anticipatory anxiety, initiative, confidence to communicate preferences, events that may influence. Can detect sexual dysfunction in the couple.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se entiende por disfunción sexual (DS)¹ los problemas que surgen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo), que impiden o dificultan el desarrollo de una sexualidad satisfactoria.

Las DS masculinas tienen una prevalencia elevada; la eyaculación prematura afecta a alrededor del 18,5% de los hombres² y la disfunción eréctil entorno al 17,2%³, siendo menos frecuentes la eyaculación retardada⁴ y los trastorno del deseo². Todavía para muchas personas las DS son vergonzantes, viviéndose en secreto; los cuestionarios autoadministrados facilitan su diagnóstico y abordaje terapéutico⁵, siendo imprescindibles para realizar estudios epidemiológicos^{6,7}.

Son escasos los cuestionarios publicados para evaluar la respuesta sexual masculina⁸, estando algunos en desuso por su antigüedad o excesivo número de ítems^{9,10}, abordando otros exclusivamente alguna DS concreta^{11,12} o solo

determinados aspectos sexuales^{13,14}. El cuestionario más utilizado es el Índice Internacional de la Función Eréctil¹⁵ (IIEF), diseñado para valorar la eficacia del sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil, y su versión abreviada IIEF-5¹⁶. Con el propósito de evaluar otros fármacos para esta misma DS han aparecido algunos más^{17,18}, pero no existen cuestionarios clínicos que aborden de manera integral todas las fases de la respuesta sexual del hombre siguiendo los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), lo que justifica la publicación del cuestionario de Función Sexual del Hombre, FSH.

En el año 2004 publicamos el cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM¹⁹, y recientemente hemos realizado un estudio para validar su segunda edición (FSM-2). Durante la investigación realizada en mujeres con este propósito intervinimos paralelamente sobre hombres mediante el cuestionario FSH, de estructura similar a la del FSM pero adaptado a las características de la respuesta sexual masculina.

El objetivo de este trabajo ha sido diseñar y validar el cuestionario de FSH, en lengua española, siguiendo los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de DS²⁰.

Material y métodos

Diseño y población objeto de estudio

Estudio transversal y multicéntrico en el que se incluye a varones de procedencia urbana que acuden por cualquier motivo a su centro de salud entre el 1-10-2018 y el 21-12-2018, en diferentes comunidades españolas: Valencia, Andalucía, Madrid, Cataluña y La Rioja (según el lugar de trabajo de los investigadores) y no cumplen ningún criterio de exclusión. En cuanto a estos, fueron: presencia de enfermedad grave que impidiese la actividad sexual, incapacidad física o mental para entender la hoja de consentimiento informado o para responder a los ítems del cuestionario de manera autónoma, así como no firmar el consentimiento informado.

Selección de la muestra

Cada uno de los investigadores del estudio: 12 de medicina de familia, uno de ginecología y 3 de enfermería, adiestrados adecuadamente y que seguían un protocolo de actuación consensuado, propusieron participar en él a 20 hombres. Lo hicieron mediante muestreo consecutivo, durante 5 días seguidos, solicitándolo a los 4 primeros, de 18 a 70 años, que acudían por cualquier motivo a sus consultas. Los que aceptaron lo hicieron de manera voluntaria, después de la lectura y firma del consentimiento informado. Según los estudios publicados sobre prevalencia de DS masculinas, la muestra mínima necesaria para su medida en las consultas consideradas se fijó en 253 (prevalencia estimada del 41-43%, precisión del 6%; $\alpha = 0,05$; número: 10.000). Suponiendo una proporción de pérdidas del 15%, se esperó alcanzarla con la selección inicial de 320 hombres. Finalmente aceptaron participar en el estudio 232.

Intervenciones y procedimientos

1. Diseño del cuestionario FSH por un comité de expertos constituido por 3 médicos de familia y 3 médicos sexólogos (4 mujeres y 2 hombres), con formación y experiencia en sexología médica, que consensaron los 14 ítems iniciales del cuestionario y 2 agrupaciones de dominios: dominios evaluadores de la respuesta sexual y dominios descriptivos de la actividad sexual.

2. Partiendo de la hipótesis de que no existirían diferencias significativas entre las respuestas dadas por los hombres al cuestionario FSH con las obtenidas durante una entrevista clínica, el grupo de expertos diseñó también una anamnesis estructurada de función sexual del hombre (AFSH), conformada por 11 preguntas, basada asimismo en los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de DS.

3. Siguiendo el protocolo del estudio, después de que cada hombre participante firmase el consentimiento informado era citado a una primera reunión por el investigador correspondiente, en el transcurso de la cual, preservando la

intimidad suficiente, se le solicitó la autocumplimentación del cuestionario FSH, planteándole después las preguntas de la AFSH.

Al finalizar esa primera reunión los investigadores entregaron a los 232 hombres participantes un sobre cerrado que contenía un retest, con el mismo cuestionario FSH del test y una pregunta suplementaria para valorar la posible influencia en su vida sexual de acontecimientos sucedidos en las últimas 4 semanas, solicitándoles su cumplimentación 4 semanas después de la entrega.

4. Segunda reunión, 4 semanas más tarde para la recogida del retest cumplimentado. Se recibieron un total de 178 retest, no evaluándose 15 (falta de respuesta o respuesta duplicada en alguna pregunta), siendo finalmente 163 las encuestas válidas.

Selección de los ítems

Para ello, el comité de expertos se basó en el formato del cuestionario FSM (14 ítems), adaptando su enunciado a las características propias de la respuesta sexual del varón (erección, eyaculación, etc.).

Cuatro miembros de dicho comité realizaron una prueba piloto sobre 20 hombres, a los que aplicaron el cuestionario FSH y la AFSH, acordando después de varias reuniones el test utilizado para el estudio, que quedó constituido por 12 ítems, y el retest por 13 al añadirse a este la referida pregunta sobre acontecimientos sucedidos en las últimas 4 semanas.

Analizadas las respuestas al final del estudio, se suprimió la primera pregunta sobre fantasías sexuales de que constaban el test y el retest utilizados en la investigación, que el comité de expertos había respetado fieles al modelo del FSM, porque además de ser discutible que la presencia o intensidad de tales fantasías tengan relación con el nivel de deseo sexual, su concordancia con la pregunta específica sobre deseo sexual, tanto del FSH como de la AFSH, era muy baja (ver resultados). Por último, se incorporó a la versión final del FSH la pregunta sobre posibles acontecimientos sucedidos en las últimas 4 semanas de que constaba el retest, quedando el cuestionario final constituido por 12 ítems.

Análisis estadístico

1) Fiabilidad: análisis de consistencia interna, mediante coeficiente α de Cronbach; fiabilidad test-retest, mediante *t* de Student y coeficiente de correlación intraclass (CCI); concordancia entre observadores mediante índice Kappa y correlación de Pearson.

2) Validez: de contenido mediante juicio de expertos; de criterio, a través del cálculo de la sensibilidad y especificidad; de constructo, mediante análisis factorial.

Resultados

Media de edad (años) de los hombres incluidos: $48,50 \pm 12,381$ (intervalo de confianza [IC] 95%: 46,58-50,41).

Tabla 1 Coeficiente de correlación intraclase para cada ítem entre test y AFSH, y entre test y retest, con intervalos de confianza (IC) del 95% (n = 163)

Ítems	Test-AFSH (IC 95%)	Test-retest (IC 95%)
1-Deseo sexual	0,959 (0,943-0,970)	0,923 (0,895-0,943)
2- Confianza en la erección	0,922 (0,894-0,943)	0,906 (0,872-0,931)
3-Erección dureza	0,991 (0,988-0,993)	0,975 (0,966-0,982)
4-Erección mantenimiento	0,983 (0,977-0,988)	0,965 (0,953-0,975)
5-Eyaculación prematura	0,966 (0,952-0,975)	0,953 (0,936-0,965)
6-Eyaculación retrasada	0,961 (0,946-0,971)	0,972 (0,962-0,979)
7-Ansiedad anticipatoria	0,926 (0,899-0,946)	0,940 (0,918-0,956)
8-Iniciativa sexual	0,926 (0,899-0,945)	0,958 (0,943-0,969)
9-Confianza comunicar	0,957 (0,941-0,968)	0,954 (0,937-0,966)
10-Frecuencia sexual	0,968 (0,957-0,977)	0,964 (0,951-0,973)
11-Satisfacción sexual	0,951 (0,933-0,964)	0,906 (0,872-0,931)
Total 11 ítems/dominios	0,966 (0,953-0,975)	0,979 (0,971-0,984)

Tabla 2 Índice de Kappa y correlación de Pearson entre test y AFSH, y entre test y retest

Ítems/dominios	Test-AFSH		Test-retest	
	Kappa	R Pearson	Kappa	R Pearson
1-Deseo sexual	0,875	0,925	0,756	0,856
2-Confianza en la erección	0,830	0,871	0,732	0,828
3-Erección dureza	0,934	0,982	0,781	0,951
4-Erección mantenimiento	0,858	0,967	0,724	0,933
5-Eyaculación prematura	0,881	0,935	0,844	0,910
6-Eyaculación retrasada	0,802	0,925	0,818	0,946
7-Ansiedad anticipatoria	0,749	0,865	0,752	0,887
8-Iniciativa sexual	0,840	0,863	0,829	0,920
9-Confianza comunicar	0,865	0,917	0,815	0,912
10-Frecuencia sexual	0,847	0,939	0,780	0,930
11-Satisfacción sexual	0,840	0,908	0,768	0,829

La concordancia entre test y AFSH, y entre test y retest, es significativa en cada índice para todos los ítems, $p < 0,01$ (Chi-cuadrado de Pearson).

Fiabilidad

Consistencia interna: coeficiente α de Cronbach global del test (163 casos, 11 ítems) fue de 0,840, de la AFSH (163 casos, 11 ítems) 0,835, y del retest 0,855 (163 casos, 11 primeros ítems).

Fiabilidad test-retest entre las sumas totales de respuestas: puntuaciones totales medias del test: $33,13 \pm 6,566$ (IC 95%: 32,11-34,14); del retest: $33,11 \pm 6,791$ (IC 95%: 32,06-34,16); t de Student entre ambas medias: 0,122; diferencia no significativa ($p = 0,903$). Correlación puntuaciones totales test-retest (CCI, medidas promedio): 0,979 (IC 95%: 0,971-0,984); correlación significativa ($p < 0,01$). Correlaciones puntuaciones totales test-AFSH (CCI, medidas promedio): 0,966 (IC 95%: 0,953-0,975); correlación significativa ($p < 0,01$); fuerza de correlación para cada uno de los ítems del test con los de la AFSH y el retest, según medidas promedio del CCI, superior en todos a 0,9, «muy buena» (tabla 1).

Concordancia entre observadores (tabla 2): Entre preguntas del test y AFSH: en el índice de Kappa, concordancia mínima 0,749 y máxima 0,934. Entre preguntas del test y

retest: en el índice de Kappa, concordancia mínima 0,724 y máxima 0,844. En el test, Índice de Kappa y R de Pearson del ítem sobre fantasías sexuales con el específico de deseo sexual (ítem 1) fueron respectivamente 0,077 y 0,341; el mismo ítem de fantasías del test con el ítem específico de la AFSH (ítem 1) 0,109 y 0,355.

Validez

Validez de contenidos, por consenso del comité de expertos.

Validez de criterio: La especificidad del cuestionario FSH en todos sus ítems/dominios es superior al 90%, y la sensibilidad mayor del 80% en todos, salvo en el ítem 4 que es del 76% (tabla 3).

Validez de constructo: confirmada la pertinencia de realizar análisis factorial (índice KMO: 0,838 y Bartlett $< 0,01$), mediante él se comprobó que los ítems se agrupaban en 4 componentes que explican el 75% de la varianza total (tabla 4). Con relación al componente 2, integrado por los ítems 1: «Deseo sexual» y 2: «Confianza en la erección», las medidas promedio del CCI entre ambos fue de 0,797 (IC 95%:

Tabla 3 Valores de sensibilidad y especificidad del cuestionario FSH

Ítems/dominios	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
1-Deseo sexual	86,66	100
2- Confianza en la erección	85,71	99,25
3-Erección dureza	85,71	100
4-Erección mantenimiento	76	99,21
5-Eyaculación prematura	91,66	97,87
6-Eyaculación retrasada	100	97,27
7-Ansiedad anticipatoria	100	92,30
8-Iniciativa sexual	86,66	97,72
9-Confianza comunicar	86,66	99,15
10-Frecuencia sexual	95,06	92,85
11-Satisfacción sexual	100	97,60

0,724-0,851), concordancia significativa ($p < 0,01$) «buena». CCI entre ítem 2 «Confianza en la erección» y los ítems integrantes del dominio de «Función eréctil»: con el ítem 3 (Dureza erección), 0,615 (IC 95%: 0,475-0,717), con el ítem 4 (Mantenimiento erección), 0,577 (IC 95%: 0,424-0,690); en ambos casos concordancia significativa ($p < 0,01$) «moderada».

Registran acontecimientos con influencia en la vida sexual durante las últimas 4 semanas (retest) 12 hombres: 2 separación; 2 enfermedad física/tratamiento médico; 2 enfermedad de la pareja; 2 nueva relación; uno problema familiar; uno desilusión; 2 no describen acontecimiento.

El acontecimiento influye «mucho» en 3 hombres; «algo» en 6 y «nada» en 2. No registra influencia uno.

Discusión

El cuestionario FSH, autoadministrado y de cumplimentación rápida (5-10 min), tiene como principal objetivo facilitar al MF el diagnóstico de las DS más habituales entre hombres que mantienen actividad sexual en pareja, cualquiera que sea su edad u orientación sexual. Consta de 12 ítems

(anexo 1) que conforman 2 tipos de dominios: evaluadores de la respuesta sexual y descriptivos de la actividad sexual (anexo 2).

Los problemas sexuales deterioran la calidad de vida^{21,22}, pese a lo cual muchos hombres ocultan su presencia cuando se les pregunta en consulta²³, sea cual sea su orientación sexual²⁴. Tal circunstancia podría suponer una limitación para este estudio, al poder actuar así los sujetos incluidos en el momento de responder a la AFSH. Para obviarlo hemos apelado a su sinceridad y optimizado las condiciones de la entrevista. El alto grado de concordancia entre las respuestas al test y a la AFSH indica que el impacto de este sesgo ha sido limitado.

Conocida la vulnerabilidad de la sexualidad a factores biológicos y psicológicos²⁵, otra limitación podría deberse a que las respuestas estuviesen influidas por acontecimientos, adversos o favorables, vividos en las semanas previas a la cumplimentación del cuestionario. Para evitarlo, la última pregunta recoge esa posibilidad, ponderando el hombre su influencia. Esta sensibilidad al cambio no es contemplada por otros cuestionarios.

El cuestionario FSH ha demostrado ser fiable mediante 2 métodos: comparando las respuestas dadas al test por los sujetos estudiados con las obtenidas mediante la AFSH unos minutos después, y comparándolas también 4 semanas más tarde con las recogidas en el retest; en ambos casos la concordancia alcanzada fue «muy buena» para todos los ítems, siendo su especificidad «muy alta», así como su sensibilidad, aunque esta sea inferior en el ítem 4, cercana de todos modos al 80%.

El resultado del análisis factorial ha modificado parcialmente la propuesta inicial del comité de expertos con relación a los ítems/dominios que integran sus 2 agrupaciones principales, excluyendo de los dominios evaluadores de la respuesta sexual «Ansiedad anticipatoria», «Iniciativa sexual» y «Confianza para comunicar», e incluyendo «Frecuencia sexual».

Una aportación de este estudio, creemos que importante y no observada en otros, es la elevada correlación hallada mediante análisis factorial de los ítems 1: «Deseo sexual» y 2: «Confianza en la erección» (componente 2), comprobándose que la fuerza de la concordancia entre ambos era

Tabla 4 Análisis factorial. Componentes principales con rotación Varimax

Ítems	Componentes			
	1	2	3	4
FSH3 Erección dureza	0,831	0,404	0,000	-0,020
FSH4 Erección mantenimiento	0,838	0,377	0,006	-0,017
FSH5 Eyaculación prematura	0,850	-0,238	0,083	0,151
FSH6 Eyaculación retrasada	0,869	0,127	-0,015	0,036
FSH10 Frecuencia sexual	0,546	0,377	0,234	0,063
FSH11 Satisfacción sexual	0,662	0,408	0,301	-0,088
FSH1 Deseo sexual	0,180	0,823	-0,035	0,151
FSH2 Confianza en la erección	0,190	0,839	0,197	-0,024
FSH7 Ansiedad anticipatoria	0,007	0,075	0,827	-0,142
FSH9 Confianza comunicar	0,124	0,067	0,735	0,257
FSH8 Iniciativa sexual	0,042	0,092	0,055	0,952

Porcentaje de varianza total explicada 75,000.

«buena», pasando a constituir ambos el dominio «Deseo sexual».

En el estudio, aunque la concordancia entre el ítem 2: «Confianza en la erección» y los que integran el dominio de «Función eréctil», ítems 3 y 4, resultó significativa, su fuerza fue «moderada», a diferencia de lo que el IIEF¹⁵ propone, al incluirse en este cuestionario el ítem 15, «confianza en la erección», en el dominio de función eréctil, desacuerdo que en nuestra investigación se justifica también por los resultados del análisis factorial.

Los pacientes consultan cada vez por problemas sexuales, frecuentes en patología cardiovascular^{26,27}, metabólica²⁸ o psiquiátrica²⁹, y disponer de instrumentos como este para diagnosticarlos y valorar su repercusión creemos que mejoraría el balance global de salud³⁰.

También como limitación del estudio referiremos que, aunque la tasa de hombres que aceptaron participar en él fue alta (72%), el número de encuestas válidas (163) ha sido pequeño, sin embargo, nos parece una muestra suficiente para evaluar el cuestionario, como también lo es su número de ítems para alcanzar los objetivos diagnósticos.

Conclusiones

El cuestionario FSH es estable, válido y fiable. Evalúa la respuesta sexual del hombre, recogiendo aspectos descriptivos importantes de su actividad sexual en pareja: ansiedad anticipatoria a la relación sexual, iniciativa sexual y confianza para comunicar preferencias sexuales, pudiendo detectar problemas sexuales de la pareja. Además, es sensible a cambios en la vida sexual debidos a acontecimientos recientes.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación al resto de los investigadores: Rosario Blasco Martínez, María Jesús Puy Parache, Antonio Ferrández Infante, Ángel Luis Merino Gámez, Desiré Revert Calabuig, M.^a Teresa Esteve Merín, Patricia Sáez Candela, Raquel Sanchis Calabuig, Rafael Monzó Giménez y Paula Guerrero Alonso.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semreg.2019.12.005](https://doi.org/10.1016/j.semreg.2019.12.005).

Bibliografía

- McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13:135–43.
- Verze P, Arcaniolo D, Palmieri A, Cai T, La Rocca R, Franco M, et al. Premature ejaculation among italian men: Prevalence clinical correlates from an observational non-interventional cross-sectional epidemiological study (IPER). *Sex Med.* 2018;6:193–202.
- Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, Cabrera-Vélez R, Palacios-Martínez D, Rivera-Tejido M, García-Álvarez JC, et al. Prevalence of erectile dysfunction in Spanish primary care setting and its association with cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases. SIMETAP-ED study. *Clin Investig Arterioscler.* 2019;31:101–10.
- Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril.* 2015;104:1082–8.
- Sánchez F. Epidemiología de las DS femeninas. En: Cruz Navarro N, editor. *Tratado de andrología y medicina sexual.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 847–56. ISBN: 978-84-9835-342-6.
- Martin-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la Disfunción Erectil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166:569–74.
- Encuesta de salud y hábitos sexuales. Cuestionarios de INE. Instituto Nacional de Estadística, 2017. [consultado 1 oct 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sida/cuestionario.htm>
- Giuliano F. Questionnaires in sexual medicine. *Prog Urol.* 2013;23:811–21.
- Derogatis LR, Mellisaratos N. The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 1979;5:244–81.
- Rust J, Golombok S. The GRIS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 1986;15:157–65.
- Gindin LR, Huguet M. 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.
- 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;52:565–73.
- 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.* 1990;17:252–68.
- McGahuey CA, Gelengerg AJ, Laukes CA, Manber R, McKnight KM, Moreno FA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale: Validity and reliability. *Proceedings of the 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association;* 1997, May 17-22; San Diego EE. UU. Washington: American Psychiatric Association; 1997.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49:822–30.
- Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. 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. *Int J Impot Res.* 1999;11:319–26.
- Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K, et al. EDITS: Development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology.* 1999;53:793–9.
- Martín Morales A, Meijide F, Miniño G, García JI, Romero P, Manero M, et al, 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.
19. 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;34:286-92 [consultado 2 oct 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-dise%C3%B1o-validacion-cuestionario-funcion-sexual-mujer-fsm-13067028>.
 20. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 95-307.
 21. Chambers SK, Chung E, Wittert G, Hyde MK. Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: A review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Transl Androl Urol*. 2017;6:60-8.
 22. Trikkalinou A, Papazafropoulou AK, Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes*. 2017;8:120-9.
 23. Modesto AAD, Couto MT. Erectile dysfunction in Brazilian primary health care: Dealing with medicalization. *Am J Mens Health*. 2018;12:431-40.
 24. Grabski B, Kasperek K. Sexual problems in homo- and bisexual men - the context of the issue. *Psychiatr Pol*. 2017;51:75-83.
 25. Basson R. Human sexual response. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:11-8.
 26. Orimoloye OA, Feldman DI, Blaha MJ. Erectile dysfunction links to cardiovascular disease-defining the clinical value. *Trends Cardiovasc Med*. 2019;29:458-65.
 27. Imprialos KP, Stavropoulos K, Doumas M, Tziomalos K, Karagiannis A, Athyros VG. Sexual dysfunction, cardiovascular risk and effects of pharmacotherapy. *Curr Vasc Pharmacol*. 2018;16:130-42.
 28. Kouidrat Y, Pizzol D, Cosco T, Thompson T, Carnaghi M, Bertoldo A, et al. High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: A systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabet Med*. 2017;34:1185-92.
 29. Montejo AL, Prieto N, de Alarcón R, Casado-Espada N, de la Iglesia J, Montejo L. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: A clinical approach. *J Clin Med*. 2019;8:1640 [consultado 2 oct 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm8101640>.
 30. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffrey DD, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *Adults. J Sex Med*. 2016;13:1642-50.