

# Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido

*Cognitive-behavioral treatment of a case of erection dysfunction acquired*

Recibido: 20/05/12

Aceptado: 25/02/13

Yolanda Navarro Abal<sup>1</sup>, José A. Climent Rodríguez<sup>2</sup>

## Resumen

Se presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica realizado a un paciente de 34 años diagnosticado de Trastorno de la Erección Adquirido. Se ha realizado un diseño de caso único con una evaluación pre-post-seguimiento. El tratamiento se realizó en 15 sesiones semanales y tres sesiones posteriores de seguimiento. La terapia se centró en la disminución de los tres sistemas de respuesta de la ansiedad mediante reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos e intrusivos más frecuentes; técnicas de desactivación fisiológica para reducir la taquicardia y la sudoración; y técnica de desensibilización sistemática para controlar las respuestas motoras de interacción sexual. Al finalizar la intervención se observa una disminución de la ansiedad-estado y de la ansiedad en los tres sistemas de respuesta, consiguiendo el mantenimiento de la erección en las relaciones sexuales con penetración. Se presentan los datos pre y postratamiento y el análisis y discusión de la eficacia de la intervención.

**Palabras clave:** Trastornos de Erección Adquirido. Intervención Clínica. Sexualidad. Ansiedad.

## Summary

We show the process of evaluation and therapeutical intervention to a 34 year old patient with diagnosis of Erection Dysfunction Acquired. We used a design of "unique case" including a pre-post-evaluation. The treatment was developed during 15 weekly sessions and 3 later sessions of monitoring. The therapy focused on decreasing the three systems to responses to anxiety through cognitive restructuration of negative and intrusive thought; techniques of physiological

---

<sup>1</sup>Dra en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva.

<sup>2</sup>Profesor del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva.

**Correspondencia:** D<sup>a</sup> Yolanda Navarro Abal  
Avda. de las Fuerzas Armadas s/n  
21071 Huelva (España)  
yolanda.navarro@dpsi.uhu.es

*deactivation to decrease tachycardia and perspiration; and technique of systematic desensitization with the aim of controlling the motor responses of sexual interaction. At the end of the intervention the observation showed a decreasing of anxiety about the three systems of responses, being possible to keep erection in sexual relations with penetration. We present the data related to the previous and later treatment and the analysis and discussion of the efficacy of the intervention.*

**Key words:** Erection Dysfunction Acquired. Clinical treatment. Sexuality. Anxiety.

## INTRODUCCIÓN

Tal como indica el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado (DSM-IV-R) (APA, 2002), las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Así mismo, clasifica a las mismas en: trastornos del deseo (deseo sexual hipoactivo (302,7) y trastorno por aversión al sexo (302,79); trastorno de la excitación sexual (en la mujer y en la erección en el hombre (302,72); trastorno del orgasmo femenino (302,73); y masculino (302,74); y eyaculación precoz (302,75); trastornos por dolor (dispaurenia (302,76); y vaginismo (306,51); y trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado (302,70).

Con respecto a los Trastornos de Excitación Sexual, objetivo de estudio en este trabajo, se contempla el Trastorno de Excitación en la mujer definiéndolo como *“una incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual”*; y en el hombre, se define como Trastorno de Erección en el varón, describiéndolo como la *“incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual”*

La Disfunción Eréctil presenta diferentes etiologías, distinguiéndose en función de su origen en (Cabello, 2004):

– Orgánica: producida por causas de origen anatómico-fisiológicas, tales como lesiones vasculares, neurológicas, hormonales o locales, o cualquier otra causa de origen anatómicofisiológico.

– Psicógena: causada por variables de origen psíquico.

– Mixta: atribuibles a causas orgánicas y psicógenas.

La Disfunción Eréctil se divide, a su vez, en dos subtipos clínicos: a) generalizadas (no puede llevar a cabo la respuesta de erección de ninguna forma ni situación) o situacional (solo presenta la disfunción en algunas circunstancias); b) primarias (nunca ha podido obtener una erección) o secundaria o adquiridas (no presentó ningún problema anteriormente) (Sánchez, 2011).

En relación a la etiología de carácter psicógeno, motivo de interés para la realización de esta intervención, se pueden dividir en factores situaciones (por ejemplo, referidos a los problemas con la pareja sexual), y los factores personales en los que se incluyen miedo al fracaso en las relaciones sexuales, ansiedad de ejecución (no solo en el momento de la relación sexual sino como pensamiento recurrente), el *“rol de espectador”* (autoobservación de la propia respuesta sexual para evaluarla focalizando la atención en el disfrute del otro), y estrés.

Otro importante grupo de causas psicológicas responsables de los problemas de excitación sexual, es el relacionado con los propios componentes y estilos cognitivos que caracterizan a la persona, bajo la forma de creencias, pensamientos, ideas y expectativas que la persona tiene respecto a la sexualidad en general y sobre su propia actividad o funcionamiento sexual en particular; consecuencia en muchas ocasiones, de una inadecuada experiencia y educación sexual previa, cargada en muchos casos de experiencias desagradables, culpabilidad y perjuicios.

Dado el interés del tema en relación a la inter-

vención en los Trastornos de Disfunción Eréctil, es importante detenerse en la relación de la ansiedad y la respuesta de erección. En este caso, la etiología psicógena viene determinada por el condicionamiento realizado por el paciente en relación a una disfunción eréctil de carácter puntual, que ha sido vivenciada como una experiencia de fracaso. Este episodio inicial genera que en próximas relaciones sexuales se eleven los niveles de ansiedad ante la anticipación de la experiencia de fracaso. A su vez, la preocupación excesiva por obtener un rendimiento óptimo, y el sentimiento de miedo por experimentar otra vez un fracaso, le hace focalizar su atención en el disfrute de la otra persona, autoobservando y evaluando su comportamiento en las relaciones sexuales, o lo que habitualmente se denomina *adoptando el rol del espectador*. En dicho rol, la persona no participa del disfrute de la situación, focalizando la atención en las conductas adecuadas o inadecuadas. Este hecho tiene como consecuencia que la relación sexual se va convirtiendo progresivamente en una situación ansiógena dificultando, de este modo, la respuesta de erección. Esta se encuentra modulada por la activación del Sistema Nervioso Parasimpático (SNP), mientras que la ansiedad supone la activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS), por lo que la aparición de ansiedad (activación simpática) inhibe la acción del Sistema Nervioso Periférico, dificultando el llenado y retención de sangre en el pene y en consecuencia la erección (Sánchez, 2010). De este modo, se establece una espiral patológica progresiva consistente en: falta de erección seguida de preocupación, a continuación aumentan los niveles de ansiedad de ejecución provocando un mayor bloqueo en la respuesta de erección, y finalmente incrementando nuevamente los niveles de ansiedad. De esta forma, aparece un "cataclismo cognitivo" (Farré y Lasheras, 2002) consistente en una percepción de amenaza ante situaciones sexuales, una subestima del nivel de excitación alcanzado, pérdida de percepción de control sobre la respuesta de erección y presencia de creencias erróneas.

En muchos casos, cuando la persona realiza un afrontamiento directo de la situación, intentando forzar la erección del pene, se produce un incremento de secreción de adrenalina y noradrenalina que producen los mismos efectos que los provo-

cados por el Sistema Nervioso Simpático, pero de más larga duración, inhibiendo aún más la respuesta de erección y fomentando la frustración de la persona (Labrador, 1994). Como consecuencia de esta espiral, se establece una asociación y condicionamiento aversivo entre la relación sexual y la ansiedad de ejecución, los sentimientos de frustración y la sensación de fracaso. De esta forma, cualquier estímulo o situación que anticipe el establecimiento de una relación sexual (sobre todo si implica erección), se convierte en un estímulo aversivo provocador de altos niveles de ansiedad anticipatoria. La persona puede llegar a abandonar la práctica de relaciones sexuales al utilizar la evitación como estrategia de afrontamiento de dicha situación ansiógena.

Son muchos los estudios sobre los mecanismos psicológicos implicados en la Disfunción Eréctil que otorgan al componente cognitivo de la ansiedad un papel funcionalmente significativo en el desarrollo y mantenimiento de la misma (Van Lankveld, Van den Hout y Shouten, 2004). En un estudio llevado a cabo por Hurtado et. al (1997), con una muestra formada por 107 pacientes afectados de Disfunción Eréctil psicógena y mixta, la ansiedad de rendimiento aparece en un 66% de los sujetos de la muestra, y la anticipatoria en un 86% de los casos. En otro estudio realizado por Farré y Lasheras (2004), conformado por una muestra de 184 sujetos, un 29,3% de los sujetos cumplían criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, mientras que el 46% obtenían puntuaciones elevadas en ansiedad cognitiva.

Finalmente, no se pueden obviar algunas variables socioeducativas que pueden generar una mayor predisposición al desarrollo de una Disfunción Eréctil. Se hace referencia a los factores socioeducativos, siendo los más frecuentes los que aparecen relacionados con el culto al coito, la represión, la rigidez en los roles de género, la educación familiar y la imagen corporal (Federación Española de Sociedades de Sexología, 2008).

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

M.M. es un paciente de 34 años, que convive con su pareja desde hace 5 años con la que ha tenido un hijo que tiene un año y medio de edad. Pertenecer a una familia con un nivel sociocultural medio. Tie-

ne otro hermano, siendo el paciente el mayor de los dos. Su padre es mecánico de automóviles, y su madre Maestra de Educación Primaria. Estudió hasta 2º de FP, aunque realmente nunca le gustó estudiar. Es mecánico de automóviles y actualmente trabaja en el taller de su padre.

### ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

M.M. acude a consulta con su pareja derivado de consultas externas de urología porque desde que nació su hijo, hace año y medio, él no consigue tener una erección cuando mantiene relaciones sexuales con su pareja (especialmente cuando va a tener lugar la penetración).

### HISTORIA DEL PROBLEMA

Relación estable desde hace 14 años. Comenzaron a tener relaciones sexuales con penetración al poco tiempo por decisión de ambos.

El paciente califica la educación sexual recibida de escasa. Le gusta leer todo lo relacionado con el sexo e *“intenta pillar todo lo que esté a su alcance para averiguar cosas nuevas”*. Su primera relación sexual fue a los 18 años, con su relación anterior. Los dos se califican como activos en las relaciones sexuales. Desde el nacimiento de un hijo la relación sexual no es tan frecuente. Ella suele experimentar orgasmos y él termina eyaculando mediante la masturbación. Usan la píldora como método anticonceptivo. Expresa que su problema de erección apareció con el nacimiento de su hijo, cuando vio la cicatriz de su pareja y los problemas que le causó, sintiéndose mal porque *“él no podía hacer nada”*.

### EVALUACIÓN

La evaluación inicial se realizó mediante:

– Entrevista semiestructurada en el que se recogían las variables sociodemográficas, la historia social, historia sexual y motivo de consulta.

– Autorregistro diseñado específicamente para valorar los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos relacionados con las prácticas sexuales.

– *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999).

– Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace (1959), adaptación española de Carrobes (1989).

### ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMAS

Las principales conductas problemas que manifiesta el paciente según los datos obtenidos en la evaluación son:

– Los pensamientos más frecuentes que presentaba el paciente: *“pensar que su mujer había sufrido mucho en el parto, cuando observaba la cicatriz y que él no podía hacer nada”*; *“pensar que le puede pasar algo en la cicatriz”*, *“si no tengo relaciones sexuales buenas mi mujer me va a abandonar”*.

– Las conductas más frecuentes eran el intento persistente de mantener relaciones sexuales con penetración que sentía fracasadas y, como consecuencia, le generaban ansiedad anticipatoria.

Los resultados de la evaluación ponen de manifiesto que su Disfunción Eréctil tiene como origen una sensación de malestar y de culpa que se desencadena cuando observa la cicatriz de la cesárea de la pareja, con sentimientos de malestar por el daño que pudiera generarle y apareciendo un miedo intenso a que su pareja se separe de él. Este malestar provoca en el paciente el uso de estrategias de afrontamiento pasivos, orientados a la evitación del problema, incrementando el nivel de pensamientos ansiosos, de una actitud de autocrítica y de retirada de la situación (relaciones sexuales) que considera son el origen de su fracaso.

El paciente cumple los criterios descritos para el diagnóstico de *Trastorno de la Erección en el Varón (302.72 en DSM-IV-TR; F52.2 según CIE-10)*.

### ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Se estableció, como objetivo general de la intervención, que M.M. consiguiera la erección cuando iba a penetrar a su pareja en las relaciones sexuales. Para ello, se debían reducir los niveles de ansiedad en sus tres sistemas de respuesta ante la situación de las relaciones sexuales con penetración. Por tanto, los objetivos específicos fueron: identificar y combatir los pensamientos anticipatorios referidos a las

relaciones sexuales sustituyéndolos por otros más adaptativos; lograr que M.M. valorara de forma menos amenazante las relaciones coitales; disminuir las distorsiones cognitivas relacionadas con la culpa y el miedo al abandono; y disminuir las respuestas fisiológicas. No fue necesario establecer entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación con los dos miembros de la pareja, ya que el ajuste entre ambos era adecuado, además, su cónyuge estaba dispuesta a colaborar en todo.

### Selección y aplicación de las técnicas más adecuadas

Las técnicas de intervención se seleccionaron en función de los objetivos propuestos. Como primer objetivo, se planteó que el paciente aprendiera a relajarse, utilizando el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson (Labrador, Puente y Crespo, 1993). Un segundo objetivo, consistió en eliminar los pensamientos automáticos y anticipatorios relacionados con la conducta-problema mediante la técnica de detección del pensamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000). El tercer objetivo propuesto, fue la introducción de manera progresiva de acercamientos mediante la técnica del placereado. La técnica elegida fue la desensibilización sistemática en vivo (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993; Wolpe, 1979).

Antes de empezar con el programa de intervención, se le explicó al paciente mediante charlas informativas el origen de su problema y de su mantenimiento. A continuación, se exponen de forma más detallada las técnicas empleadas:

1. *Charlas informativas sobre educación sexual:* Información a la pareja sobre la naturaleza

adquirida o aprendida del problema y los posibles factores que lo puedan estar manteniendo en la actualidad (modelo de aprendizaje social), asegurando la responsabilidad mutua de la pareja en la resolución del problema.

– Se utilizaron videos y lecturas para facilitar información sobre los distintos aspectos de la sexualidad (respuesta sexual humana), donde se mostraba el trastorno del paciente.

2. *Modificación de actitudes negativas, prejuicios y errores hacia el sexo:*

– Se utilizó la Detección del Pensamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000).

– Autorregistros de los pensamientos irracionales.

3. *Programa de habilidades sexuales específicas:*

– *Desensibilización sistemática en vivo junto con Focalización sensorial o Técnica de placereado:* es un proceso de aprendizaje que se realiza en tres fases sucesivas de focalización sensorial, a través de una aproximación hacia la penetración vaginal: Placereado 1 (sin genitales ni senos); Placereado 2 (con genitales y senos); Placereado 3 (con coito no exigente).

– *Relajación progresiva* de Jacobson (Labrador, Puente y Crespo, 1993): la relajación como antagonista de la ansiedad.

El programa de tratamiento se realizó durante 15 sesiones de una hora de duración. A continuación, se expone el desarrollo de las sesiones llevadas a cabo con la paciente:

**Tabla 1**  
**Sesiones de tratamiento**

Sesión 1	Entrevista inicial Historia psicosexual (cuestionario) STAI
Sesión 2	Charla informativa sobre sexualidad/Instrucciones sobre Detención del pensamiento y autoinstrucciones
Sesión 3	Charla informativa sobre sexualidad/Instrucciones sobre Detención del pensamiento y autoinstrucciones
Sesión 4	Técnicas de respiración/Autorregistro
Sesión 5	Técnicas de relajación: relajación progresiva de Jacobson/Reestructuración cognitiva

Sesión 6	Técnicas del placereado (placereado 1: sin genitales ni senos)
Sesión 7	Técnicas del placereado (placereado 1: sin genitales ni senos) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, Autorregistros...
Sesión 8	Técnicas del placereado (placereado 2: con genitales y senos) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 9	Técnicas del placereado (placereado 2: con genitales y senos) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 10	Técnicas del placereado (placereado 2: con genitales y senos) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 11	Técnicas del placereado (placereado 3: coito no exigente) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 12	Técnicas del placereado (placereado 3: coito no exigente) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 13	Técnicas del placereado (placereado 3: coito no exigente) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 14	Técnicas del placereado (placereado 3: coito no exigente) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros...
Sesión 15	Técnicas del placereado (placereado 3: coito no exigente) /Reestructuración cognitiva, educación sexual, autorregistros... STAI
Sesión 16	Seguimiento del tratamiento
Sesión 17	Seguimiento del tratamiento
Sesión 18	Seguimiento del tratamiento

## RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Los resultados de la intervención fueron óptimos al conseguir los objetivos terapéuticos propuestos. Hacia la 8ª sesión hubo una resistencia al tratamiento e intentaron la penetración, no obteniendo un resultado exitoso y provocando en el paciente una recaída en relación a sus expectativas por conseguir llegar a los objetivos de la intervención terapéutica.

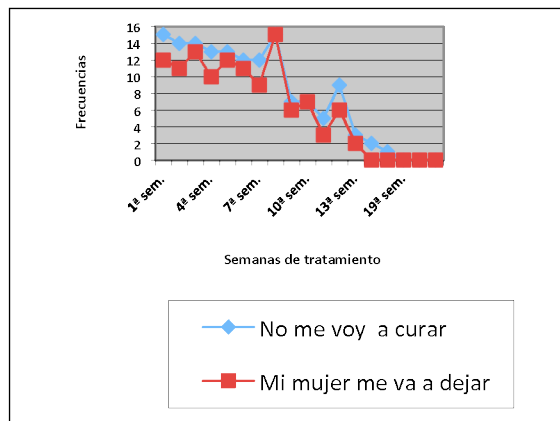
En función a los instrumentos seleccionados, los resultados encontrados fueron los siguientes:

– De las frecuencias registradas por el paciente a lo largo de la intervención se observa cómo se produce un descenso, tanto en el sistema de respuesta de la ansiedad a nivel cognitivo, es decir, los pensamientos irracionales manifestados (fig. 1), como en el sistema de respuesta fisiológica, sudoración y taquicardia (fig. 2). En relación al sistema de respuesta motora o conductual, se aprecia

la mejora en el mantenimiento de relaciones sexuales con penetración.

– En relación a los datos obtenidos en el STAI, se observa un descenso considerable, obteniendo antes de la intervención (fase pretratamiento) un percentil en ansiedad-rasgo de 45, y ansiedad-estado igual a 85. Después de la intervención (post) se obtiene un percentil en ansiedad-rasgo de 35 y una ansiedad-estado de 30, observándose en esta última una disminución hacia valores normalizados.

– Con respecto a la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace (1959), adaptación española de Carobles (1989), se obtienen puntuaciones muy elevadas en ambos miembros de la pareja, 143 en el paciente y 139 en su pareja (la máxima puntuación se sitúa en 158, siendo el punto de corte de la satisfacción percibida de 100). Por tanto, no se observan problemas en el desarrollo de la relación de pareja. Este hecho, se corrobora posteriormente ante las sucesivas entrevistas y sesiones llevadas a cabo con la pareja.



**Figura 1**

Frecuencia de pensamientos irracionales

– De la misma forma, la información obtenida en la entrevista deja constancia de la mejora en las relaciones sexuales, así como de la satisfacción de la pareja por la adquisición de conocimientos y actitudes ante otras prácticas sexuales.

## SEGUIMIENTO

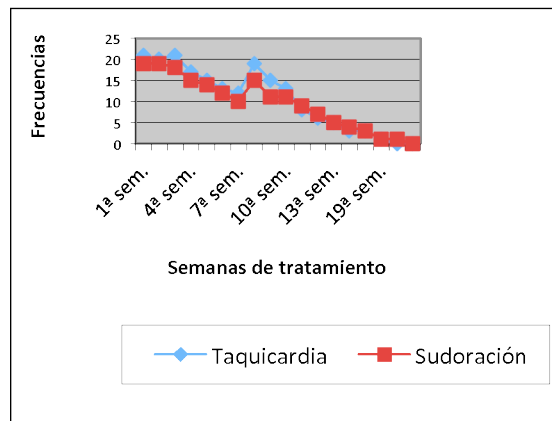
Se concertó una entrevista en la semana 19, 24 y 34 semanas después de la finalización del tratamiento, en donde se le indicó algunas pautas necesarias que debían continuarse para asegurarse el éxito total de la intervención. Se confirmó el mantenimiento de los resultados, en todas las sesiones en los tres sistemas de respuesta.

Se podría destacar, que la pareja había comenzado a introducir nuevos juegos eróticos y planteaban la posibilidad de poder tener otro hijo en un futuro, aunque dependía de otros factores.

En relación al miedo que manifestaba con respecto al posible abandono por parte de su pareja, cuya causa se encontraba en el malestar que le había generado el sufrimiento que había observado en su hermano tras su separación, manifiesta que, a pesar de observar que este no había superado el duelo, había sido lo mejor para él y pensaba que al final lo superaría.

## CONCLUSIONES

El empleo de técnicas para el abordaje del tratamiento cognitivo-conductual han puesto de manifiesto su eficacia. Así, se observa en la técnica de



**Figura 2**

Frecuencia de síntomas de ansiedad

detección del pensamiento, que ha permitido eliminar los pensamientos intrusivos perseverantes y aversivos sobre las relaciones con penetración. Además, el paciente tenía que hacer uso de registros de dichos pensamientos que, como indican las gráficas, fueron disminuyendo paulatinamente. El entrenamiento en relajación muscular acompañaba a la desensibilización sistemática como una respuesta antagónica a la ansiedad. En este caso, la desensibilización sistemática, como técnica de autocontrol, junto con la detección del pensamiento se ha mostrado efectiva. También hay que tener en cuenta la motivación tanto del paciente como de su pareja, por conseguir los objetivos terapéuticos.

Otro aspecto a tener en cuenta es que en el momento de iniciar el tratamiento el paciente estaba generalizando sus problemas de erección incluso a la masturbación. El proceso de intervención contribuyó a que este proceso de generalización se paralizara.

Por último, destacamos la importancia que ha tenido el conocimiento por parte de la paciente del origen y mantenimiento de su problema mediante la hipótesis explicativa. Por esta razón, en la práctica clínica consideramos la necesidad de formular hipótesis claras que ayuden a la comprensión del problema por parte del paciente y que, a su vez, conduzcan a un mejor entendimiento del programa terapéutico a seguir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Asociación Psiquiátrica Americana (APA):** Manual diagnóstico y estadístico de los trastor-

- 
- nos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Editorial Masson, 2002.
2. **Cabello, F.:** Disfunción eréctil: Un abordaje integral. Madrid: Psimática, 2004.
  3. **Carrobles, J.A.:** Adaptación en población española de la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace. En J. Cáceres Carrasco, J. (Eds.), Manual de Terapia de Pareja en Intervención en familias. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1996.
  4. **Cruzado JA, Labrador FJ, Muñoz M.:** Desensibilización Sistemática. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado JA y M. Muñoz (Eds.), Manual de Modificación de Conducta (pp. 396-421). Madrid: Editorial Pirámide, 1993.
  5. **Farré JM, Lasheras MG.:** Disfunción eréctil psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico. Actas españolas de psiquiatría, 2002, 30: 38-45.
  6. **Farré JM, Lasheras MG.:** La disfunción eréctil: aspectos psicopatológicos. Sexualidad y Salud Mental, 2004; 15: 175-198.
  7. **Federación Española de Sociedades de Sexología.** Salud sexual: la disfunción eréctil tiene tratamiento. X Congreso Español de Sexología, 2008. Disponible en <http://fess.org.es/web/actividades.php>
  8. **Hurtado F, Rubio M, Ciscar C y Marín M.:** El trastorno de la erección: frecuencia por subtipos y análisis descriptivo de las variables causales. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 1997; 44: 36-43.
  9. **Labrador FJ, Puente ML, Crespo, M.:** Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de Modificación de Conducta (pp. 396-421). Madrid: Editorial Pirámide, 1993.
  10. **Labrador FJ.:** Disfunciones sexuales. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1994.
  11. **Labrador FJ, Cruzado JA y Muñoz M.:** Manual de Técnicas y Terapias de Modificación de conductas. Madrid: Ediciones Pirámides, 2000.
  12. **Locke HJ, y Wallace KM.:** Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. Marriage and Family Living, 1959; 21: 329-343.
  13. **Sánchez, D.:** Intervención psicológica en trastornos sexuales. Madrid: CEP, 2011.
  14. **Sánchez, F.:** Actualizaciones Aula de Farmacia: Disfunción Eréctil. Madrid: Sanidad y Ediciones, S.L., 2010.
  15. **Spielberge CD, Gorusuch RL y Lushene RE.:** Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Madrid: Tea Edición, 1999.
  16. **Van Lankveld JJDM, Van den Hout M.A y Schouten EGW.:** The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. Behaviour Research and therapy, 2004; 42(8): 915-35.
  17. **Wolpe J.:** La práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas, 1979.