

Capítulo III.

Trastornos del Deseo

Sexual Hipoactivo

Masculino (HSDD)

1. Definición y clasificación

El trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo Masculino (HSDD, por sus siglas en inglés) se define según el DSM-5 como: la «ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y deseo por actividad sexual», que causa un malestar clínicamente significativo¹. Debe distinguirse de estados transitorios o inducidos por otras disfunciones sexuales como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz.

El HSDD puede ser primario (presente desde el inicio de la vida sexual) o adquirido, generalizado o situacional, y se asocia con factores biopsicosociales complejos².

2. Epidemiología

Estudios internacionales estiman una prevalencia global de deseo sexual bajo entre 3 % y 28 % en hombres adultos³. Esta prevalencia aumenta con la edad y con la presencia de comorbilidades, aunque también se observa en hombres jóvenes: hasta un 19 % entre los 18 y 29 años⁴.

3. Evaluación diagnóstica

3.1. Evaluación endocrina

Se recomienda medir testosterona total en la mañana, prolactina, hormonas tiroideas y gonadotropinas cuando se sospecha hipogonadismo secundario. Aunque niveles de testosterona <300 ng/dL se asocian con deseo reducido, esta correlación no siempre es clínica, especialmente en adultos mayores⁵.

- **Hiperprolactinemia:** puede suprimir la libido incluso con niveles <35 ng/mL. Cuando supera los 100 ng/mL, se debe indicar resonancia magnética y descartar adenoma hipofisario⁶.
- **Hipotiroidismo:** afecta la función sexual y el estado de ánimo, con impacto negativo sobre el deseo sexual.

Nivel de evidencia: 1b | Grado de recomendación: A

3.2. Evaluación psicológica

Instrumentos como el *Sexual Desire Inventory* (SDI) permiten evaluar cuantitativamente el deseo sexual solitario y diádico⁷. La entrevista clínica estructurada debe explorar antecedentes depresivos, conflictos de pareja, estrés crónico y baja autoestima sexual⁸.

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: C

3.3. Causas asociadas (Tabla resumen)

BIOLÓGICAS	PSICOLÓGICAS/RELACIONALES
Deficiencia androgénica	Ansiedad y depresión
Hiperprolactinemia	Conflictos de pareja
Hipotiroidismo	Trastorno por estrés postraumático
Enfermedad cardiovascular	Baja satisfacción sexual
Falla renal	Disfunción eréctil coexistente

4. Tratamiento integral

4.1. Terapia farmacológica

- **Terapia de reemplazo con testosterona (TRT):** indicada en hombres con hipogonadismo, definido por niveles de testosterona total <300 ng/dL en al menos dos determinaciones. Se ha demostrado que mejora el deseo sexual, particularmente en casos de HSDD con hipogonadismo confirmado⁹.

Nivel de evidencia: 1b | **Grado de recomendación:** A

- **Bupropión:** antidepresivo noradrenérgico y dopaminérgico que ha mostrado beneficios en hombres con deseo sexual reducido y síntomas depresivos, gracias a su acción dopaminérgica¹⁰.

Nivel de evidencia: 2b | **Grado de recomendación:** B

4.2. Terapia psicosexual

Terapias cognitivo-conductuales, enfoques centrados en la pareja y modelos integrativos han demostrado eficacia en el abordaje del deseo inhibido cuando existen factores relacionales o emocionales relevantes¹¹.

Nivel de evidencia: 2a | **Grado de recomendación:** B

4.3. Tratamiento combinado

La combinación de TRT con inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (iPDE5) ha mostrado mejores resultados que la monoterapia en hombres con hipogonadismo, deseo sexual bajo y disfunción eréctil concomitante¹².

Nivel de evidencia: 1a | **Grado de recomendación:** A

5. Algoritmo diagnóstico

La evaluación del deseo sexual inhibido debe ser estructurada, combinando historia clínica detallada, estudios hormonales, evaluación psicológica y herramientas estandarizadas. Se propone el siguiente algoritmo:

Paso 1. Historia clínica sexual y evaluación contextual

Determinar si el deseo sexual ha estado ausente desde el inicio (primario) o se ha perdido (secundario), si es generalizado o situacional e identificar factores precipitantes: conflictos de pareja, enfermedades crónicas, estrés o uso de medicamentos que inhiben el deseo (ISRS, antipsicóticos, opioides)¹³.

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: B

Paso 2. Cuestionarios estructurados

Se recomienda emplear el *Sexual Desire Inventory* (SDI) para evaluar deseo solitario y diádico, junto con escalas como PHQ-9, GAD-7 e IIEF-5 para detectar comorbilidades psicológicas o disfunciones sexuales asociadas¹⁴.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

Paso 3. Evaluación endocrinológica

Solicitar testosterona total matutina (idealmente entre 7 y 11 a. m., dos determinaciones). Si <300 ng/dL, evaluar gonadotropinas, prolactina y perfil tiroideo. En caso de hiperprolactinemia (>25 ng/mL), descartar adenoma hipofisario mediante resonancia magnética¹⁵.

Nivel de evidencia: 1b | Grado de recomendación: A

Paso 4. Evaluación psicosexual

La entrevista debe explorar ansiedad de desempeño, experiencias sexuales negativas, creencias religiosas/culturales, trauma; dinámica relacional y disonancias del deseo (falta de respuesta a estímulos sexuales relevantes).

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: B

Paso 5. Clasificación etiológica del deseo sexual inhibido

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Primario	Nunca ha experimentado deseo sexual
Secundario	Pérdida súbita o progresiva del deseo tras un periodo funcional
Solitario	Deseo masturbatorio bajo, con poco interés autoerótico
Diádico	Deseo inhibido dirigido exclusivamente a la pareja

6. Abordaje terapéutico

6.1. Intervención psicológica

En ausencia de hipogonadismo, la psicoterapia sexual es el tratamiento de primera línea. El modelo cognitivo-conductual centrado en la sexualidad ha demostrado eficacia en hombres con deseo sexual inhibido, especialmente en presencia de factores afectivos, relacionales o disonancias del deseo^{13,14}.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

6.2. Terapia farmacológica

- **Testosterona (TRT):** indicada únicamente en hombres sintomáticos con testosterona total <300 ng/dL. Mejora la libido, especialmente en casos de hipogonadismo de reciente aparición^{15,16}.

Nivel de evidencia: 1a | Grado de recomendación: A

- **Agonistas dopaminérgicos (cabergolina, bromocriptina):** eficaces en pacientes con hiperprolactinemia. Logran normalizar los niveles hormonales y restaurar el deseo sexual en la mayoría de los casos¹⁵.

Nivel de evidencia: 1b | Grado de recomendación: A

- **Bupropión:** antidepresivo de acción noradrenérgica-dopaminérgica que mejora el deseo sexual en pacientes con síntomas depresivos leves o moderados. Presenta un bajo riesgo de disfunción sexual en comparación con los ISRS¹⁷.

Nivel de evidencia: 1b | **Grado de recomendación:** B

6.3. Terapia combinada

La combinación de psicoterapia sexual con TRT bupropión resulta superior al uso aislado de cualquiera de estas estrategias, especialmente en pacientes con etiología mixta (psicológica y orgánica) o comorbilidad afectiva¹⁸.

Nivel de evidencia: 2a | **Grado de recomendación:** B

6.4. Derivación a sexología clínica especializada

La evaluación por un sexólogo clínico o terapeuta sexual acreditado está indicada en los siguientes casos:

- Persistencia del deseo inhibido >6 meses pese a intervención inicial.
- Disonancia de deseo con impacto relacional moderado o severo.
- Comorbilidad psiquiátrica (depresión mayor, trauma sexual, trastorno límite de la personalidad).
- Dudas diagnósticas o conflictos de identidad sexual no resueltos.

Nivel de evidencia: 3 | **Grado de recomendación:** C

Tabla. Modalidades terapéuticas del deseo sexual inhibido masculino

MODALIDAD TERAPÉUTICA	INDICACIÓN PRINCIPAL	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Psicoterapia sexual (modelo cognitivo)	Deseo inhibido sin hipogonadismo	2b	B
Terapia de reemplazo con testosterona (TRT)	Hipogonadismo confirmado con síntomas de bajo deseo	1a	A
Agonistas dopaminérgicos	Hiperprolactinemia clínicamente relevante	1b	A
Bupropión	Deseo inhibido con síntomas depresivos leves a moderados	1b	B
Terapia combinada (TRT o bupropión + psicoterapia)	Etiología mixta o comorbilidad emocional	2a	B
Derivación a sexología especializada	Casos refractarios, comorbilidad psiquiátrica o disonancia severa	3	C

7. Deseo sexual y envejecimiento masculino

El envejecimiento conlleva cambios hormonales, psicológicos y relaciones que pueden afectar el deseo sexual. Aunque los niveles de testosterona disminuyen con la edad, esta reducción no siempre se correlaciona con el deseo sexual subjetivo¹⁹.

En adultos mayores factores como enfermedades crónicas, polifarmacia, duelo, conflictos de pareja o pérdida de roles identitarios pueden ejercer mayor impacto sobre el deseo que los niveles hormonales por sí solos²⁰.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

El enfoque terapéutico debe ser integral, considerando el valor que el paciente asigna a su vida sexual, su nivel de actividad previa y el contexto relacional. La psicoterapia centrada en la identidad sexual, vínculos afectivos y adaptación a nuevas circunstancias vitales ha demostrado ser útil en esta población²¹.

8. Influencia de los factores culturales

Factores culturales como creencias religiosas, normas de género y tabúes sexuales influyen significativamente en la expresión, reconocimiento y vivencia del deseo sexual. El llamado “guion sexual masculino tradicional” —caracterizado por iniciativa constante, deseo espontáneo y rendimiento obligatorio— puede generar presión psicológica, inhibición del deseo y ansiedad de desempeño²².

En muchas culturas, el deseo sexual masculino se asocia con potencia y virilidad, lo que dificulta su reconocimiento como disfunción y limita la búsqueda de ayuda. Estudios transculturales señalan que la discrepancia de deseo con la pareja suele ser una de las principales motivaciones de consulta, más que la ausencia de deseo en sí misma²³.

Nivel de evidencia: 2a | **Grado de recomendación:** B

9. Fármacos y deseo sexual

Diversos tratamientos farmacológicos de uso crónico pueden reducir el deseo sexual como efecto adverso. Los grupos más frecuentemente implicados son:

- **Antidepresivos ISRS** (sertralina, paroxetina)
- **Antipsicóticos** (risperidona, haloperidol)
- **Betabloqueantes** (excepto nebivolol)
- **Opioides**
- **Antiandrógenos** (acetato de ciproterona) y **agonistas de la GnRH**

Estos fármacos pueden producir inhibición central del deseo, hiperprolactinemia o disfunción eréctil secundaria²⁴.

Nivel de evidencia: 1b | **Grado de recomendación:** A

El ajuste de dosis, la sustitución del tratamiento o el uso complementario de agentes como bupropión o agonistas dopaminérgicos, ha demostrado utilidad en hombres con deseo inhibido de causa iatrogénica²⁵.

10. Modelo escalonado de manejo clínico

Se propone un enfoque diagnóstico-terapéutico escalonado para el manejo del deseo sexual inhibido en el varón:

NIVEL DE ATENCIÓN	ESTRATEGIA PRINCIPAL
Nivel 1. Atención primaria	Interrogatorio estructurado, uso de cuestionarios breves (SDI, IIEF-5), identificación de comorbilidades y causas farmacológicas
Nivel 2. Evaluación especializada	Valoración por urología, endocrinología o psicología, perfil hormonal completo; diagnóstico diferencial con otras disfunciones sexuales, inicio de psicoterapia
Nivel 3. Sexología clínica avanzada	Abordaje de casos refractarios o complejos, intervención de pareja, terapia para deseo inhibido; reentrenamiento erótico

Este modelo permite optimizar recursos, mejorar la adherencia terapéutica y personalizar el tratamiento²⁶.

Nivel de evidencia: 5 | Grado de recomendación: C

11. Educación y consejería en deseo sexual masculino

La educación sexual enfocada en el deseo permite:

- Normalizar las fluctuaciones del interés sexual.
- Reducir expectativas irreales.
- Prevenir conflictos de pareja.
- Mejorar el bienestar erótico.

Se recomienda incluir en los programas de salud sexual masculina:

- Información accesible sobre la biología del deseo.
- Factores que lo modulan (edad, emociones, pareja, fármacos).
- Reducción de estigmas y prejuicios.
- Prevención de disfunciones emergentes.

Estos programas deben ser inclusivos, basados en evidencia y dirigidos a hombres de todas las edades²⁷.

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: B

12. Seguimiento y evaluación del éxito terapéutico

El seguimiento clínico debe adaptarse a la etiología, modalidad terapéutica y gravedad del trastorno. Se recomienda una reevaluación entre las 8 y 12 semanas después del inicio del tratamiento, que incluya:

- Evolución del deseo sexual subjetivo.
- Cambios en la calidad de vida y en la relación de pareja.
- Reevaluación de síntomas afectivos (depresión, ansiedad).
- Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido.²⁸

Una mejoría clínicamente significativa del deseo se define como:

- Aumento $\geq 20\%$ en la puntuación del *Sexual Desire Inventory* (SDI).
- Recuperación autoinformada de pensamientos eróticos y motivación sexual sostenida durante al menos 8 semanas.²⁹

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

13. Adherencia terapéutica y factores de recaída

Los principales factores asociados al abandono terapéutico incluyen:

- Percepción temprana de ineficacia.
- Efectos adversos del tratamiento farmacológico.
- No inclusión de la pareja en el proceso terapéutico.
- Expectativas poco realistas sobre la resolución completa del cuadro.³⁰

La adherencia puede mejorarse mediante:

- Educación continua sobre la naturaleza fluctuante del deseo.
- Establecimiento de metas específicas y alcanzables.
- Participación activa de la pareja sexual en las sesiones de seguimiento.³¹

En estudios recientes, el abandono del tratamiento se ha asociado más a la falta de percepción de mejoría del bienestar sexual global que a la persistencia del deseo bajo per se³².

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: B

14. Estrategias de manejo a largo plazo

El deseo sexual es un fenómeno dinámico, influenciado por múltiples factores:

- **Hormonales**
- **Emocionales** (estrés, ansiedad, depresión)
- **Relacionales** (comunicación, satisfacción con la pareja)
- **Contextuales** (factores sociales, culturales y ambientales)

Por tanto, el enfoque clínico debe ser:

- **Individualizado**: centrado en la experiencia y expectativas del paciente.
- **Longitudinal**: considerando la evolución del deseo a lo largo del tiempo.
- **Adaptativo**: sensible al contexto cultural, relacional y vital de cada paciente.

Recomendaciones clave:

- Establecer visitas anuales de seguimiento en varones >50 años con antecedentes de deseo sexual inhibido.
- Reevaluar el perfil hormonal ante recaída sintomática.
- Considerar el uso de terapias basadas en *mindfulness* o psicoterapia centrada en el deseo sexual, especialmente en casos crónicos o resistentes. Estas estrategias promueven la conciencia plena durante la experiencia sexual, sin juicio ni distracción, y han mostrado eficacia en el sostenimiento del deseo³³.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

15. Indicadores clínicos de éxito terapéutico

Los principales indicadores clínicos de éxito terapéutico incluyen:

- Recuperación de pensamientos sexuales espontáneos y fantasías eróticas.
- Incremento del deseo sexual dirigido hacia la pareja o en contextos íntimos específicos.
- Reanudación de la actividad masturbatoria en pacientes con deseo solitario inhibido.
- Reducción significativa de los conflictos relationales derivados de la discrepancia de deseo³⁴.

Instrumentos validados como el *Sexual Desire Inventory (SDI)* y el *Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR)* permiten medir de manera estructurada:

- La mejoría subjetiva del deseo.
- La autoestima sexual.
- La calidad del vínculo erótico-afectivo.³⁵

Nivel de evidencia: 2b | **Grado de recomendación:** B

16. Limitaciones actuales del conocimiento

Las principales limitaciones en el abordaje clínico del deseo sexual inhibido masculino incluyen:

- Ausencia de escalas validadas específicamente en población latinoamericana.
- Subregistro del deseo inhibido en consulta general, debido a estigmas asociados a la masculinidad.
- Escasa inclusión de diversidad sexual y cultural en los estudios disponibles.
- Falta de modelos clínicos integradores que combinen variables hormonales, psicológicas y relaciones en el diagnóstico y tratamiento.

Nivel de evidencia: 5 (opinión de expertos) | **Grado de recomendación:** C

17. Propuesta de cuestionario clínico para atención primaria (Tamizaje breve)

Cuestionario Breve de Deseo Sexual Masculino (CBDM-5)

Instrucciones: a continuación, encontrará una serie de preguntas sobre su deseo sexual durante el último mes. Marque la opción que mejor describa su experiencia:

ÍTEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	¿Con qué frecuencia ha sentido deseo de tener actividad sexual?	<input type="checkbox"/>				
2	¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos o fantasías sexuales?	<input type="checkbox"/>				
3	¿Con qué frecuencia ha sentido interés por iniciar relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>				
4	¿Con qué frecuencia ha sentido placer al anticipar actividades sexuales?	<input type="checkbox"/>				
5	¿Con qué frecuencia ha estado satisfecho con su nivel de deseo sexual?	<input type="checkbox"/>				

Interpretación clínica orientativa

- Ítems 1, 2 y 3 (Deseo basal):

Asigne puntajes de 0 a 4 (Nunca = 0, Siempre = 4).

Suma total:

- 0–3: Deseo sexual muy bajo o ausente
- 4–6: Deseo sexual bajo
- 7–9: Deseo sexual moderado
- 10–12: Deseo sexual alto

- Ítem 4 (Placer anticipatorio):

Puntaje ≥ 3 sugiere preservación del circuito anticipatorio erótico.

- Ítem 5 (Satisfacción personal):

Puntaje ≥ 3 indica adecuado nivel de aceptación; puntuaciones bajas sugieren malestar clínico subjetivo.

18. Puntos claves

- El deseo sexual es una dimensión multifactorial determinada por factores biológicos, psicológicos, relaciones y culturales³⁶.
- La hiposexualidad masculina puede ser primaria, adquirida, solitaria o diádica y requiere una evaluación integral, libre de prejuicios³⁷.
- La testosterona no es el único determinante hormonal del deseo sexual; también deben considerarse la prolactina, las hormonas tiroideas y la oxitocina³⁸.
- La intervención psicoterapéutica centrada en el deseo ha demostrado eficacia, tanto en monoterapia como en combinación con estrategias farmacológicas³⁹.
- El abordaje de las disonancias de deseo en la pareja es esencial para la recuperación del deseo sexual diádico⁴⁰.
- La adherencia terapéutica está más relacionada con la satisfacción relacional que con los niveles hormonales per se⁴¹.
- La educación sexual continua es clave para la prevención y detección temprana del deseo sexual inhibido en el varón.

19. Cuestionario de evaluación

Instrucciones: marque la opción correcta en cada una de las siguientes preguntas (una sola por ítem).

1. Segundo el DSM-5, el trastorno del deseo sexual hipoactivo en hombres se caracteriza por:
 - A. Falta de erecciones nocturnas
 - B. Deseo sexual bajo con causas orgánicas comprobadas
 - C. Ausencia persistente o recurrente de fantasías o deseo sexual que cause malestar significativo
 - D. Inhabilidad para alcanzar orgasmos en más del 50 % de los encuentros sexuales
2. ¿Cuál de los siguientes factores hormonales no se ha asociado con inhibición del deseo sexual en el varón?
 - A. Prolactina elevada
 - B. Cortisol disminuido
 - C. Testosterona libre aumentada
 - D. Hormona del crecimiento alterada
3. ¿Cuál es el instrumento validado que mide específicamente deseo sexual solitario y diádico?
 - A. IIEF-5
 - B. SHIM
 - C. SDI (*Sexual Desire Inventory*)
 - D. FSFI
4. El tratamiento con testosterona está indicado en:
 - A. Todos los casos de deseo sexual bajo con niveles normales de testosterona
 - B. Hombres con disfunción eréctil psicógena
 - C. Hombres con niveles de testosterona total <300 ng/dL y síntomas concordantes
 - D. Solo en casos de deseo sexual inhibido con hiperprolactinemia
5. En relación con los factores culturales, es correcto afirmar que:
 - A. No influyen en la expresión del deseo sexual
 - B. El deseo masculino es constante, universal y biológico
 - C. El guion sexual tradicional puede generar presión inhibidora del deseo
 - D. Solo en mujeres existen construcciones culturales que afectan la sexualidad

6. ¿Cuál de los siguientes medicamentos se ha asociado con inhibición del deseo sexual masculino?

- A. Nebivolol
- B. Bupropión
- C. Sertralina
- D. Sildenafil

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con relación al deseo sexual en adultos mayores?

- A. El deseo desaparece totalmente después de los 65 años
- B. La testosterona es el único predictor del deseo en ancianos
- C. Factores emocionales y relacionales son más importantes que los hormonales
- D. No se recomienda evaluar el deseo sexual en mayores de 60 años

8. Uno de los principales factores de abandono del tratamiento es:

- A. La falta de acceso a medicamentos
- B. El alto costo de la terapia psicológica
- C. La falta de percepción de mejoría relacional o subjetiva
- D. Efectos adversos graves de los ISRS

9. El modelo escalonado de manejo del deseo sexual inhibido incluye:

- A. Diagnóstico exclusivo por endocrinología
- B. Intervención quirúrgica como segunda línea
- C. Evaluación progresiva desde atención primaria hasta sexología clínica
- D. Monoterapia farmacológica en todos los casos

10. Una mejoría terapéutica objetiva se define por:

- A. Normalización del perfil hormonal
- B. Reducción del uso de pornografía
- C. Incremento de $\geq 20\%$ en el SDI o retorno sostenido del deseo
- D. Recuperación completa del coito vaginal con eyaculación

Respuestas

- 1. C)** Ausencia persistente o recurrente de fantasías o deseo sexual que cause malestar significativo
- 2. C)** Testosterona libre aumentada
- 3. C)** SDI (*Sexual Desire Inventory*)
- 4. C)** Hombres con niveles de testosterona total <300 ng/dL y síntomas concordantes
- 5. C)** El guion sexual tradicional puede generar presión inhibidora del deseo
- 6. C)** Sertralina
- 7. C)** Factores emocionales y relacionales son más importantes que los hormonales
- 8. C)** La falta de percepción de mejoría relacional o subjetiva
- 9. C)** Evaluación progresiva desde atención primaria hasta sexología clínica
- 10. C)** Incremento de $\geq 20\%$ en el SDI o retorno sostenido del deseo

Referencias – Capítulo III. Trastornos del Deseo Sexual Hipoactivo Masculino (HSDD)

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Corona G, Maggi M. *Hypoactive sexual desire in men: update on pathophysiology, diagnosis and treatment*. World J Mens Health. 2017;35(2):82–94.
3. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. *Endocrine and psychosocial correlates of hypoactive sexual desire disorder in men and women*. J Sex Med. 2020;17(4):634–643.
4. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. *Sexual dysfunction in the elderly: understanding the prevalence and risk factors*. J Sex Med. 2005;2(1):6–9.
5. Dohle GR, Arver S, Bettocchi C, et al. *Guidelines on Male Hypogonadism*. European Association of Urology (EAU); 2025.
6. Corona G, Vignozzi L, Sforza A, et al. *Risks and benefits of late onset hypogonadism treatment: an expert opinion*. World J Mens Health. 2021;39(3):415–427.
7. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. *The Sexual Desire Inventory: development, factor structure, and evidence of reliability*. J Sex Marital Ther. 1996;22(3):175–190.
8. McCabe MP, Connaughton C. *Psychological factors associated with male sexual dysfunction and implications for treatment*. J Sex Res. 2014;51(1):31–42.
9. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al. *Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males*. Aging Male. 2009;12(1):5–12.
10. Safarinejad MR. *Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in women with major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled study*. J Psychopharmacol. 2011;25(3):370–378.
11. Leiblum SR, Rosen RC. *Principles and practice of sex therapy*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007.

12. Corona G, Rastrelli G, Morgentaler A, et al. *Meta-analysis of results of testosterone treatment on sexual function based on International Index of Erectile Function*. *J Sex Med*. 2014;11(6):1577–1592.
13. McCabe MP, Connaughton C. *Psychological factors associated with male sexual dysfunction and implications for treatment*. *J Sex Res*. 2014;51(1):31–42.
14. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. *The Sexual Desire Inventory: development, factor structure, and evidence of reliability*. *J Sex Marital Ther*. 1996;22(3):175–190.
15. Dohle GR, Arver S, Bettocchi C, et al. *Guidelines on Male Hypogonadism*. European Association of Urology (EAU); 2025.
16. Corona G, Rastrelli G, Morgentaler A, et al. *Meta-analysis of results of testosterone treatment on sexual function based on International Index of Erectile Function*. *J Sex Med*. 2014;11(6):1577–1592.
17. Safarinejad MR. *Reversal of SSRI-induced sexual dysfunction by adjunctive bupropion in women with major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled study*. *J Psychopharmacol*. 2011;25(3):370–378.
18. Leiblum SR, Rosen RC. *Principles and practice of sex therapy*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007.
19. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. *Sexual dysfunction in the elderly: understanding the prevalence and risk factors*. *J Sex Med*. 2005;2(1):6–9.
20. Moreira ED Jr, Glasser DB, Nicolosi A, et al. *Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in men 40–70 years old*. *Int J Impot Res*. 2005;17(1):39–46.
21. Corona G, Lee DM, Forti G, et al. *Aging and sexuality in men*. *Eur Urol Focus*. 2016;2(4):436–447.
22. Sánchez-Fuentes MM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. *A review of sexual desire: definition, conceptual models, and factors affecting it*. *J Sex Res*. 2014;51(6):666–695.

23. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. *Women's sexual desire and arousal disorders*. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):586–614.
24. Corona G, Ricca V, Bandini E, et al. *Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction*. *J Sex Med*. 2009;6(5):1259–1269.
25. Clayton AH, Montejo AL. *Major depressive disorder, antidepressants, and sexual dysfunction*. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 6:33–37.
26. Leiblum SR. *Principles and practice of sex therapy*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007.
27. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. *Incidence and prevalence of sexual dysfunction in men and women: a consensus statement*. *J Sex Med*. 2016;13(2):144–152.
28. Waldinger MD. *The sexual desire domain: diagnostic and therapeutic considerations*. *World J Mens Health*. 2020;38(4):379–390.
29. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. *The Sexual Desire Inventory: development, factor structure, and evidence of reliability*. *J Sex Marital Ther*. 1996;22(3):175–190.
30. Carvalheira AA, Pereira NM, Maroco J, Forjaz V. *Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: predictors and qualitative reasons*. *J Sex Med*. 2012;9(9):2361–2369.
31. Ljunggren C, Hedelin H, Salomonsson K, Ströberg P. *Trying all three PDE5 inhibitors improves long-term treatment compliance*. *J Sex Med*. 2008;5(2):469–475.
32. Corona G, Ricca V, Bandini E, et al. *Needs, expectations and predictive factors for treatment dropout: an observational study in men with erectile dysfunction*. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1918–1926
33. Brotto LA, Klein C. *Mindfulness-based sex therapy improves sexual desire and arousal difficulties in women*. *Arch Sex Behav*. 2010;39(1):1–10.
34. Clayton AH, Althof SE, Kingsberg SA, et al. *Evaluating and monitoring sexual function in clinical practice*. *J Sex Med*. 2017;14(1):43–56.

35. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191–208.
36. Levine SB. *The nature of sexual desire: a clinician's perspective*. *Arch Sex Behav.* 2003;32(3):279–285.
37. Brotto LA, Klein C. *Women's sexual desire and arousal disorders*. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):586–614. Meuleman EJ, et al. *Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men*. *BJU Int.* 2005;95(3):291–294.
38. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. *Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction*. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):842–851.
39. Mark KP, Janssen E, Milhausen RR. *Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex*. *Arch Sex Behav.* 2011;40(5):971–982.
40. Carvalheira AA, Pereira NM, Maroco J. *Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5 inhibitors: a study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation*. *J Sex Med.* 2012;9(9):2361–2369.