

Disfunción sexual: repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria

Antonia Ortega Osuna^a y Pedro Ramón Gutiérrez Hernández^b

^aAtención Primaria. Centro de Salud Polígono Guadalquivir. SAS. Córdoba. España.

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

RESUMEN

Las disfunciones sexuales (DS) suponen, por su magnitud y repercusiones, un auténtico problema de salud pública. Repercute en la calidad de vida de quienes la presentan, tanto en varones como en mujeres, y hay una significativa menor satisfacción en sus relaciones íntimas y unos peores índices de calidad de vida. Como consecuencia de ello, y a nuestro entender, queda reconocido que el o la paciente con trastornos en su sexualidad tiene derecho a recibir una adecuada atención sanitaria, tanto en atención primaria como en atención especializada, debido precisamente a esa repercusión de las DS en el estado general de la salud.

Aunque cualquiera de estas alteraciones pueden darse y afectar a la pareja, los trastornos más frecuentes que aparecen suelen ser trastornos relacionados con el deseo tanto en ella como en él, trastornos en la fase de excitación (disfunción eréctil en el varón, sequedad vaginal en la mujer) y trastornos en la fase de orgasmo, tanto en ella (anorgasmia) como en él (eyaculación precoz, eyaculación retardada, eyaculación retrógrada y anorgasmia).

Este trabajo de revisión nos permite concluir que la sexualidad forma parte integral de la salud. Por tanto las DS, en sus diferentes manifestaciones, repercuten en la salud y el bienestar del propio paciente y su pareja. El papel que debe desempeñar la atención primaria es básico en la detección, el diagnóstico y el eventual tratamiento de este grupo de trastornos, tanto de los denominados masculinos como de los femeninos. La comunicación, es decir, indagar y preguntar, es fundamental, y la atención primaria está en el lugar idóneo para todo ello. Finalmente, la edad no es límite para el disfrute de una sexualidad plena, y aquí de nuevo la atención primaria está especialmente situada para entender y manejar esta situación, por su interconexión con la geriatría y la medicina sexual.

Palabras clave: Disfunción sexual. Repercusión en la pareja. Envejecimiento. Atención primaria.

ABSTRACT

Sexual dysfunction: impact on the couple, ageing and implications for primary care

Sexual dysfunction (SD) is, due to its magnitude and repercussions, a real public health problem. It has an effect on the quality of life of those who suffer from it, both in men as well as women, due to there being significantly less satisfaction in their intimate relations and lower quality of life indices. As a result of this and to our knowledge, it is still unknown that it or the patient, with sexual disorders, has a right to receive appropriate health care, in Primary, as well as Specialised Care, particularly due to the effects SD has on the general state of health.

Although any of these disorders can occur and affect the couple, the most common disorders that appeared used to be disorders related to DESIRE both in the women and the man, disorders in the EXCITATION phase (erectile dysfunction in the male, vaginal dryness in the female), disorders in the ORGASM phase both in the female (Anorgasmia), and in the male (Premature ejaculation, Delayed ejaculation, Retrograde ejaculation and Anorgasmia).

This review work, enables us to conclude that sexuality forms an integral part of health. Therefore SD, in its different forms, affects the health and wellbeing of the patient as well as that of the partner. The role Primary Care plays is basically in the detection, diagnosis and eventual treatment of this group of disorders, in both females and males. Communication, that is to say, to investigate and question, is fundamental, with Primary Care being the ideal place for all this. Finally, age is not a limitation to enjoy full sex, again Primary Care being particularly placed to understand it and manage it, due to its links with Geriatrics and Sexual Medicine.

Key words: Sexual dysfunction. Effects on the couple. Ageing. Primary care.

Correspondencia: Dra. A. Ortega Osuna.
Parque de las Avenidas, 1, 3.º-4. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: tortegaosuna@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) define el trastorno o disfunción sexual (DS) como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que impide al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual¹. Como ya podemos comprobar en la propia definición, la DS afecta al individuo y la pareja. La importancia del problema que tratamos se fundamenta en los siguientes datos: sólo entre un 15 y un 20% de la población está satisfecho con sus relaciones sexuales, y por sexos el 53% de las mujeres y el 20% de los varones manifiestan estar descontentos con su sexualidad, según datos expuestos en el IX Congreso Español de Sexología². Por otro lado, y en la misma línea, asegura la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que el 22% de los varones con disfunción eréctil (DE) saben que su pareja no está plenamente satisfecha con su sexualidad. Igualmente, el 55% de compañeras de varones con DE refieren presentar una DS³.

Las DS suponen, por su magnitud y repercusiones, un autentico problema de salud pública. Éstas repercuten en la calidad de vida de quienes las presentan, tanto en varones como en mujeres, y hay una significativamente menor satisfacción en sus relaciones íntimas así como peores índices de calidad de vida⁴. Como consecuencia de ello, y a nuestro entender, queda reconocido que el o la paciente con trastornos en su sexualidad tiene derecho a recibir una atención sanitaria adecuada, tanto en atención primaria como en atención especializada, debido precisamente a esa repercusión de las DS en el estado general de la salud.

Cada vez más, los médicos, ya sean generalistas o especialistas, reivindican para sus pacientes una vida sexual activa como forma evidente de mejorar en conjunto su calidad de vida. Dicho en palabras de Moncada: "Está demostrado científicamente que el sexo supone una mejora para la salud tanto a nivel físico como emocional"⁵ (fig. 1).

La población general, sobre todo de mediana edad y poco informada, no relaciona los trastornos sexuales con enfermedades que presentan, con los efectos colaterales de eventuales tratamientos ni con la presencia de enfermedades generadas por los propios trastornos sexuales. Esta falta de información implica un agravamiento de enfermedades, un empeoramiento del estado psíquico e, incluso, un abandono de tratamientos. Ahora, dicho en palabras de Martín-Morales: "Una vida sexual activa y sana es un magnífico antídoto contra los problemas mentales y existe evidencia científica de una estrecha relación entre DS



Figura 1. I. Moncada: "Está demostrado científicamente que el sexo supone una mejora para la salud tanto a nivel físico como emocional".

y estados depresivos y el impacto mutuo de DS sobre la depresión, y viceversa⁶.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

No podemos hablar específicamente y primariamente de disfunción de pareja como tal, ya que cualquier disfunción en un miembro de ésta puede afectar al otro, a su relación y a su calidad de vida sexual y general; hay suficiente evidencia de que las DS impactan negativamente no sólo en la salud del sujeto que la padece sino también en su pareja. Dicho sea en sentido positivo, nadie duda de que una buena relación de pareja sea "saludable"⁵.

De cualquier modo, y para mejorar nuestro conocimiento y comprensión de las DS, entendemos que debemos desarrollar una clasificación de éstas, siguiendo la establecida por la DSM IV¹:

1. Según su naturaleza temporal:
 - a) Primaria o de toda la vida.
 - b) Secundaria o adquirida.
2. Según el contexto en que aparecen:
 - a) General.
 - b) Situacional.
3. Según factores etiológicos:
 - a) Debida a factores psicológicos.
 - b) Debida a factores combinados.
4. Según la parcela de la sexualidad implicada:
 - a) Trastornos del ciclo de la respuesta sexual (fase de deseo, excitación, orgasmo).
 - b) Trastornos relacionados con dolor durante la actividad coital (dispareunia, vaginismo, dolor sexual no coital, dolor posteyaculatorio).

- c) Trastornos relacionados con la identidad sexual.
- d) Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.

Aunque cualquiera de estas alteraciones pueden darse y afectar a la pareja, los trastornos más frecuentes que aparecen suelen ser trastornos relacionados con el *deseo*, tanto en la mujer como en el varón, trastornos en la fase de *excitación* (DE en el varón, sequedad vaginal en la mujer) y trastornos en la fase de *orgasmo* tanto en la mujer (anorgasmia) como en el varón (eyaculación precoz, eyaculación retardada, eyaculación retrógrada y anorgasmia).

Según Moncada, el principal problema sexual entre los varones en España es la DE y, en segundo plano, la eyaculación precoz⁵. En España y en términos aproximados, el 20% de los varones entre 25 y 75 años tiene algún problema de erección (1 de cada 5), cifra que asciende al 50% entre los 40 y los 70 años (1 de cada 2). La DE afecta a 2 millones de españoles y sigue siendo el problema sexual más prevalente en nuestro Estado y es síntoma centinela de enfermedades como las vasculares⁷.

La falta de deseo y la anorgasmia son las DS más frecuentes en las españolas (fig. 2). La DS en la mujer está infradiagnosticada e infravalorada, ha denunciado la SEGO en un reciente encuentro de expertos³. De entre estas disfunciones, el trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH), que consiste en la ausencia persistente o recurrente de fantasía sexual y/o actividad sexual, es la más frecuente. Este trastorno puede llegar a afectar hasta un 42% de las mujeres a partir de los 50 años. En la mayoría de los casos, esta falta de deseo se debe a problemas en la relación con la pareja, tal y como nos asegura Cabello, tanto desde su posición de director del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, como de presidente del Comité Científico del IX

Congreso Español de Sexología celebrado en Madrid. Este mismo autor nos puntualiza que, a diferencia de la creencia más generalizada, el estrés no es la primera causa implicada en la pérdida de deseo. La principal causa de que miles de parejas presenten este problema, aunque la mayor parte de ellas mantengan una buena relación, “es la falta de atractivo sexual que le despierta su pareja”. Según los estudios y trabajos sobre DS, del 24 al 43% de las mujeres presentan falta de deseo sexual. “Es una cifra muy elevada, pero se trata de un trastorno que se puede tratar de forma eficaz, ya sea con fármacos o con terapias de apoyo sexual”, señala este sexólogo malagueño⁸.

Un aspecto importante dentro de las DS es la falta de lubricación vaginal, que afecta negativamente tanto a la sexualidad de la mujer como del varón. También denominada sequedad vaginal, según Larrazábal puede afectar al 35% de las mujeres⁷. Dado lo habitual del problema, y por ello en ocasiones infravalorado, desarrollamos en detalle su abordaje en provecho de su correcto manejo desde atención primaria.

La sequedad vaginal es la consecuencia de una disminución de la cantidad de fluidos producidos en la vagina. Esta sequedad puede provocar malestar, como picores, irritación y sensación de quemazón en la zona genital, además de dolor durante las relaciones sexuales. Esta falta de lubricación puede estar motivada por causas orgánicas o por causas psíquicas. Entre las causas orgánicas, la más habitual es la insuficiente cantidad de estrógenos. El volumen y la viscosidad de la lubricación varían durante el ciclo menstrual, siguiendo la fluctuación de las hormonas, principalmente de los estrógenos, producidos básicamente durante la fase de maduración del óvulo, cuando éste aún no ha sido liberado del ovario. Por esta razón, durante la menstruación la capacidad de lubricación se reduce notablemente. También durante el embarazo, después del parto o en el período de lactancia el proceso de humidificación vaginal puede estar alterado; sin embargo, cuando los valores hormonales vuelven a la normalidad, el problema desaparece. Pero es en la menopausia, al cesar la función ovárica y disminuir de forma marcada los valores de estrógenos, cuando un porcentaje alto de mujeres manifiestan una pérdida de la humedad vaginal.

Esta falta de humedad en la vagina provoca una alteración que favorece el riesgo de infecciones y dificulta las relaciones sexuales. Normalmente esta molestia disminuye con la ayuda de los lubricantes locales, que en caso necesario pueden llevar estrógenos incorporados.

Pero hay otras causas que provocan sequedad vaginal, como la vaginitis, o inflamación de los tejidos vaginales. En el caso de las mujeres con diabetes en las



Figura 2. La falta de deseo y la anorgasmia son las disfunciones sexuales más frecuentes entre las españolas, además de la sequedad vaginal. Hasta el momento la disfunción sexual en la mujer ha estado infradiagnosticada e infravalorada; sin embargo, comenzamos a salir y recuperarnos de esta incoherencia y desconcierto.

que la lubricación vaginal puede estar disminuida, particularmente en aquellas con un control deficiente de la glucosa sanguínea, esta pérdida de lubricación puede asociarse a 2 complicaciones: la neuropatía, que puede disminuir la respuesta al estímulo sexual, y el daño a los vasos sanguíneos, que limita el flujo sanguíneo en la pared vaginal disminuyendo la cantidad de flujo lubricante.

Otro factor que se debe considerar es el estrés, que provoca un aumento de la liberación de cortisol en la sangre, que a su vez produce un desequilibrio en las demás hormonas. También el tabaco interfiere en las funciones estrogénicas y por tanto puede disminuir la lubricación vaginal. Un efecto similar puede producirse por acción del alcohol y la marihuana.

Ciertos medicamentos hormonales, como las pastillas anticonceptivas o los fármacos utilizados para el tratamiento del cáncer de mama, de ovario o de útero, pueden producir sequedad vaginal. Los antidepresivos tricíclicos, algunos antiulcerosos o ciertos antihipertensivos pueden tener como efecto secundario la disminución de la secreción vaginal. Otros medicamentos que también pueden ser causantes de este problema son los antihistamínicos, empleados en el tratamiento de las alergias y muy comunes en la formulación de los fármacos indicados para el resfriado.

Los lubricantes son de gran ayuda, pero deben ser de base hídrica, es decir, solubles en agua; no deben usarse vaselinas o aceites minerales que puedan adherirse a la mucosa de la vagina y alterarla o incluso favorecer el desarrollo de microorganismos. Además, en el caso de usar preservativos, la vaselina hace que éstos se rompan con facilidad. Es conveniente que el lubricante sea ligeramente ácido, de manera que su pH sea parecido al natural de esta parte del cuerpo, y que no contenga esencias, ya que estos ingredientes pueden producir irritaciones en el área genital. También pueden resultar beneficiosos los productos de soja que contienen isoflavonas⁹.

PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En 2001, sólo un 18% de los españoles se atrevía a hablar de sus problemas de sexualidad ante los facultativos que visitaban con más asiduidad: los médicos de atención primaria. En contraposición a ello, tan sólo un 6% de los profesionales de atención primaria preguntaron el año pasado a sus pacientes sobre el estado de su salud sexual¹⁰. Es obvio que, tanto por las características de nuestro ejercicio profesional (proximidad al paciente y pareja, atención continuada, confidencialidad, empatía, etc.) como por nuestra capaci-

dad de asistencia universal, los médicos de familia somos la pieza clave y la puerta de entrada para la detección precoz de las DS, y su abordaje adecuado será multidisciplinario. Desde esa coyuntura, es nuestro compromiso y responsabilidad el abordaje de esta afección, máxime sabiendo que es dudoso que se pueda hacer adecuadamente sólo desde otros colectivos. La atención primaria es la mejor posicionada para el desarrollo más favorable de la denominada medicina sexual. Sin embargo, algunos médicos de familia no se implican en estas cuestiones, que forman parte de nuestro campo de competencias, por no sentirse suficientemente formados o desconocer el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes, no olvidemos que la sexualidad no se ha contemplado en los estudios reglados de la licenciatura en Medicina^{10,11}.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se muestra muy normativa en sus indicaciones sobre las actitudes de los profesionales de la salud que van a manejar problemas de salud sexual: "Es necesario adquirir actitudes sanas respecto a la sexualidad. (...) El conocimiento por parte del profesional de la salud de su propia sexualidad y el enfoque racional de sus propios problemas sexuales le ayudarán a ocuparse de los problemas de otras personas. (...) Las actitudes punitivas o negativas, las afirmaciones ligeras y los métodos inapropiados en relación con las cuestiones sexuales pueden dañar gravemente la apreciación que el enfermo haga del valor de su propia vida sexual"¹².

Haciéndose eco de esa normativa de la OMS, los conocidos autores Guirao Sánchez y García Giralda, en el estudio APLAUDE, fueron pioneros hace 4 años en el abordaje de las DS en atención primaria. Este estudio APLAUDE sirvió para afianzar la idea de la necesidad urgente de realizar actividades de prevención y promoción de la salud, y de la evaluación de la sexualidad en la pareja, incorporadas a la práctica rutinaria, con el objetivo claro de detectar otras afecciones ocultas, el mejor control de éstas y el progreso en la calidad de vida de los pacientes^{13,14}.

Por todo ello, los médicos de atención primaria desempeñamos un papel fundamental en la detección, el diagnóstico y el eventual tratamiento de este grupo de trastornos que son las DS, teniendo muy presente su implicación en la pareja y su papel como detector precoz de disfunción endotelial¹⁴. En relación con su implicación en la pareja, nos parece oportuno recordar las palabras del sexólogo Amezcua: "Se hace camino al andar, decía la canción. La pareja se hace cuando cada día sentimos que vamos juntos en el mismo camino, comunicándonos desde el cuerpo y la palabra y compartiéndonos de forma incondicional. Establezcamos nuestro propio código propio, basado en la comunicación, la confianza, el respeto, la ternura y el placer"¹⁵.

Y como detector precoz de disfunción endotelial, conviene recordar las palabras de la médico de atención primaria Fernández-Micheltorena, quien nos refiere: “El médico de atención primaria debería plantearse la obligación de detectar activamente esta patología por su papel como marcador de riesgo cardiovascular”¹⁶.

Detrás de una DS puede haber un problema de salud, psicosexual u orgánico, o bien un problema en la relación de pareja. Los médicos de atención primaria debemos, en un primer escalón, abordar, diagnosticar y tratar, ya que afortunadamente hoy contamos con tratamientos eficaces y seguros. Bien por la mala respuesta terapéutica, bien por la complejidad de la propia DS, en un segundo escalón derivaríamos a la atención especializada (andrólogo, urólogo, psicosexólogo, ginecólogo). Y, de vuelta, en un tercer escalón, deberíamos asumir el seguimiento de aquellas DS ya controladas. Tengamos en cuenta que los profesionales médicos de atención primaria, somos quienes debemos abrir la puerta, crear el clima apropiado con una buena relación médico-paciente, ya que aún hoy existen muchos miedos, vergüenzas, tabúes, etc., en este tema de la sexualidad humana y sus disfunciones. Estos aspectos negativos inciden sobremanera en los varones; sin embargo, tenemos a nuestro favor que el paciente, y sobre todo la pareja suele acudir a la consulta de manera repetida, y es con ella con la que posiblemente podamos crear vínculos de complicidad. Este vínculo de complicidad con las pacientes, se hace más manifiesto cuando está frente a *una* médico. De cualquier forma, sea el o la médico de atención primaria, estaremos en situación que nos facilita el abordaje de las DS, ya que fomentaremos y ayudaremos a la comunicación entre ambos miembros de la pareja, así como entre ellos y el facultativo de atención primaria. No olvidemos que esta comunicación es pieza clave en el inicio y la buena consecución en la enfermedad que nos ocupa. Así, Moncada⁵ se refiere a la comunicación como “el primer paso y fundamental a la hora de resolver el problema”. Ya anteriormente, Masters y Johnson¹⁷ pensaban que el tratamiento se debía destinar a parejas y no solamente a individuos, pues el sexo es un acto conjunto. De igual manera, creían que la comunicación sexual era la clave de los problemas sexuales más que las dificultades específicas del individuo (fig. 3).

No podemos terminar este apartado del papel de atención primaria en las DS, sin una necesaria referencia a la sexualidad en edades geriátricas. Al respecto, hemos encontrado 2 trabajos que nos ilustrarán en este asunto. Por un lado Ginsberg et al¹⁸, en cuyo trabajo los autores pretendían evaluar a una muestra de 179 personas mayores de 60 años o más para describir sus preferencias sexuales, incluidas conductas sexuales desde tocar a mantener relaciones sexuales, e identifi-



Figura 3. Somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos. Sexualidad no es sólo genitalidad. La comunicación sexual es la clave de los problemas sexuales más que las dificultades específicas del individuo.

car el grado en el que estaban satisfechas con su actividad sexual, encontraron que, por un lado, los participantes señalaban que preferían que sus actividades sexuales incluyesen tocamientos y besos, y por otro lado, comentaban que les gustaría tener mayor actividad sexual de la que tenían en ese momento. Además, se encontró que las barreras más importantes que tenían para mantener actividades sexuales eran la falta de compañero/a, la edad y la falta de interés. Y, por otro lado, Gott et al¹⁹, en cuyo trabajo el objetivo de éste era conocer la percepción, las actitudes y el abordaje de los problemas sexuales que pueden presentar las personas de edad avanzada por parte de médicos de atención primaria, aplicaron una entrevista semiestructurada a 22 médicos. Los resultados de este estudio demuestran la presencia de estereotipos y actitudes negativas asociadas al envejecimiento, en este caso en concreto referidas a la sexualidad en las personas mayores. Los participantes reconocían que tendían a pensar en el sexo como algo menos importante y relevante para las personas mayores y que esto podía actuar como barrera para hablar con ellos sobre temas relacionados con la sexualidad. Otra barrera señalada fue que consideraban que el sexo era un tema privado en el caso de las personas mayores del que no se debía hablar, ya que esto podría ofenderles y romper la relación de confianza médico-paciente; muchos recono-



Figura 4. Los mitos y estereotipos ofrecen una imagen de las personas de edad avanzada como asexuales y es necesario que profesionales, como los médicos de atención primaria, venzan las barreras que suponen estos estereotipos.

cían que se sentían incómodos al hablar de estos temas con personas mayores y señalaban la falta de formación respecto al envejecimiento en general y a como abordar este tema en particular. Además, consideraban que hablar sobre sexo seguro no era necesario con las personas mayores, ya que sólo asociaban este tema a poblaciones jóvenes. Estos estereotipos ofrecen una imagen de las personas mayores como asexuales y es necesario que profesionales como los médicos de atención primaria que son los que están en contacto más cercano de las personas mayores venzan las barreras que suponen estos estereotipos (fig. 4).

A fuerza de ser reiterativos, a los autores del presente artículo les parece de especial relevancia las siguientes frases contenidas en sendas referencias: “Por otro lado, comentaban que les gustaría tener mayor actividad sexual de la que tenían en ese momento”, y “estos estereotipos ofrecen una imagen de las personas mayores como asexuales y es necesario que profesionales como médicos de atención primaria que son los que están en contacto más cercano de las personas mayores venzan las barreras que suponen estos estereotipos”. Una vida sexual activa es salud, merece la pena y no hay por qué renunciar a ella, ni siquiera con el paso de la edad. Y precisamente en la atención a las personas de edad avanzada, de nuevo aflora y converge la especial capacidad de entente y comunicación en atención primaria, interconectando con geriatría y medicina sexual.

CONCLUSIONES

Este trabajo de revisión, nos permite concluir que la sexualidad forma parte integral de la salud. Por tanto las DS, en sus diferentes manifestaciones, repercuten en la salud y bienestar del propio paciente y de la pareja. El papel a desempeñar por atención primaria es básico en la detección, el diagnóstico y el eventual tratamiento de este grupo de trastornos, tanto de los denominados masculinos como de los femeninos. La comunicación, es decir indagar y preguntar, es fundamental, y la atención primaria está en el lugar idóneo para todo ello. Finalmente, la edad no es límite para el disfrute de una sexualidad plena, y de nuevo la atención primaria está especialmente situada para entenderlo y abordarlo, por su interconexión con la geriatría y la medicina sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Texto revisado. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2004.
2. IX Congreso Español de Sexología. III Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología; 1-4 de Junio de 2006; Madrid.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Disponible en: <http://www.sego.es>
4. Laumann EO, Paik A, Raymond CS. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281:537-44.
5. Moncada I. Comunicación personal.
6. Martín-Morales A. Comunicación personal.
7. Larrazábal M. Instituto Kaplan de psicología y sexología. Madrid. Disponible en: <http://www.seissex.com/Kaplan.htm>
8. Cabello F. Instituto de sexología. Psicología, sexualidad y género. Málaga. Disponible en: <http://www.institutodesexologia.org>
9. Barau M. Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona. Barcelona. Disponible en: <http://www.farmaceticoline.com>
10. Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos en la consulta del médico de familia. Semergen. 2003;29:227-9.
11. Villalva Quintana E. Aproximación a la mujer del varón con disfunción eréctil. Sexología Integral. 2006;3:40-3.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Sexual. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
13. Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C. Programa APLAUD-E. Proyecto experimental en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia: INSALUD; 1999.
14. Guirao Sánchez L, García-Giralda Ruiz L, Sandoval Martínez C, Mocchiari Loveccio A. Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. Aten Primaria. 2002;30:290-6.
15. Amenzúa E. Comunicación personal.
16. Fernández-Micheltorena C. Comunicación personal.
17. Master WH, Jonson VE. Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Editorial Intermedica; 1976.
18. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. Age Ageing. 2005;34:475-80.
19. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Soc Sci Med. 2004;58:2093-103.