

Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

La pareja del hombre con disfunción eréctil: la opinión del médico de Atención Primaria acerca de su papel en el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción eréctil en España



Pedro Ramón Gutiérrez-Hernández^{a,*}, Ana Puigvert-Martínez^b y Rafael Prieto-Castro^c,
en nombre del Grupo de estudio Atlas de la disfunción eréctil en España[◇]

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias, Centro de Estudios Sexológicos (CESEX), Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España

^b Institut d'Andrologia i Medicina Sexual (IANDROMS), Barcelona, España

^c Unidad de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva, Hospital Regional Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 23 de julio de 2013; aceptado el 1 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Disfunción eréctil;
Impotencia;
Inhibidores de la
fosfodiesterasa 5;
Comunicación en la
pareja;
Comunicación
marido-mujer

Resumen

Objetivo: Analizar diversos aspectos sobre la integración de la mujer en el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción eréctil (DE) en España.

Material y método: Estudio descriptivo basado en una encuesta a 544 médicos de Atención Primaria que tratan habitualmente pacientes con DE y que expusieron su percepción sobre aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de la DE para determinar diferencias entre las comunidades autónomas (CCAA). Se incluyeron preguntas acerca del papel de la mujer, que se presentan aquí. Las preguntas fueron valoradas mediante una escala Likert continua del 1 al 7.

Resultados: El 52% de los médicos tenía registrada la DE de sus pacientes. La prevalencia global de DE fue de 5,6%, con diferencias entre las CCAA. No parece frecuente que el hombre comparta el problema con su pareja, ni que acuda a consulta impulsado por ella. La implicación de la mujer en el diagnóstico y el tratamiento es baja, y presenta diferencias significativas entre las CCAA. En un 22,3% de las ocasiones el hombre acude a consulta con su pareja, en un 67,2% lo hace solo, y en un 10,5% lo hace la mujer sola, observándose diferencias significativas entre las CCAA en estos 2 últimos aspectos. La mujer suele fomentar el tratamiento, más que impedirlo.

Conclusiones: La integración de la mujer en la DE en España es baja. Es necesario educar a ambos miembros de la pareja sobre la importancia de la comunicación y de la participación conjunta en la toma de decisiones sobre la DE.

© 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: prguti@ull.es (P. Ramón Gutiérrez-Hernández).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de estudio Atlas de la disfunción eréctil en España están relacionados en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Erectile dysfunction;
Impotence;
Phosphodiesterase 5
inhibitors;
Partner
communication;
Husband-wife
communication

The partner of the male with erectile dysfunction: The Primary Care physician's opinion of the role of the partner in erectile dysfunction diagnosis and treatment in Spain**Abstract**

Objective: To analyse different aspects regarding integrating of women in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction (ED) in Spain.

Material and method: Descriptive study to determine differences across Spain based on a survey administered to 544 Primary Care physicians that regularly treat patients with ED who provided their perception about aspects related to the diagnosis and treatment of ED. Questions about the role of women were included in the survey and are presented here. Questions were assessed using a continuous Likert scale from 1 to 7.

Results: Fifty-two percent of the physicians had registered their patients' ED in the patient file. Overall prevalence of ED was 5.6%, with differences across autonomous communities (AACC). Men do not appear to share their problem with their partner frequently nor do they seek consultation prompted by their partner's request. The involvement of women in the diagnosis and treatment of the condition is low and shows significant differences among AACC. In 22.3% of visits, men come to the consultation office with their partner; in 67.2% of visits, men come for consultation alone; and in 10.5% it is the women that come alone. There are significant differences across AACC regarding these last 2 groups. Women usually encourage treatment rather than preventing it.

Conclusions: The integration of women in the management of ED in Spain is low. It is necessary to educate both members of the couple on the importance of communication and joint participation in ED decision-making.

© 2013 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La disfunción eréctil (DE) ha dejado de ser considerada un problema solo del hombre para ser reconocida cada vez más como un problema que afecta a ambos miembros de la pareja^{1,2}. Aunque la existencia de disfunciones sexuales en la pareja o los problemas de relación pueden ser la causa de la DE e incluso las responsables de su mantenimiento^{1,3}, es más común que la pareja se vea implicada en la DE por sufrir sus consecuencias^{1,4}. Las parejas de hombres con DE suelen presentar con mayor frecuencia problemas relacionados con la consecución del orgasmo, y una disminución del deseo sexual, de la excitación y de la satisfacción sexual⁵⁻¹¹. La relación se ve igualmente perjudicada al verse afectadas la comunicación y la intimidad^{12,13}. En nuestro país se calcula que la DE tiene una prevalencia media del 18,9% en hombres de 25 a 70 años, aumentando conforme lo hace la edad¹⁴.

Recientes investigaciones han mostrado que el tratamiento efectivo de la DE con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 tiene un impacto positivo sobre aspectos psicológicos y emocionales del hombre¹⁵, de la relación¹⁶ y de la sexualidad de la pareja^{6,11,17-20}, que se habían visto deteriorados a causa de la DE. Pese a ello, pocos hombres buscan consejo médico. Se trata, además, de una enfermedad infratratada y con un alto porcentaje de abandono del tratamiento^{21,22}. Diversos estudios han demostrado que la pareja del hombre con DE tiene una importante influencia en la búsqueda de solución para el problema^{21,23} y en la adherencia al tratamiento^{21,24}. Además, es una importante fuente de información sobre el inicio y la evolución de la

DE del hombre. Por estos motivos, se aconseja implicar a la pareja desde la primera visita al médico y hacerla participe en la exposición de necesidades, preferencias y expectativas de tratamiento, y en la selección de este^{4,24}.

En nuestro país se carece de estudios acerca de la integración de la mujer en los distintos aspectos de la DE del hombre. Conocer la situación actual en este sentido es fundamental, dada la importancia que tiene para un óptimo diagnóstico y tratamiento de la DE. En 2012 la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) puso en marcha el proyecto *Atlas de la disfunción eréctil en España*²⁵, realizado por médicos de Atención Primaria y destinado a analizar la variabilidad en el diagnóstico y el tratamiento de la DE entre las distintas comunidades autónomas (CCAA) que configuran nuestro país. En el estudio se abordaron algunos aspectos relativos a la implicación de la mujer en el diagnóstico y el tratamiento de la DE, que, además de aportar por primera vez información acerca del papel de la mujer en el abordaje de esta afección en nuestro país, muestran la existencia de importantes diferencias entre las distintas CCAA.

Métodos

Participaron en el estudio 544 médicos de Atención Primaria de 17 CCAA, excluyendo Ceuta y Melilla, que reportaron tratar de forma habitual pacientes con DE y que aportaron su percepción acerca de aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la DE, tanto en lo que se refiere a su propia experiencia como a su entorno.

Recogida de datos

Cada participante cumplimentó 2 cuestionarios: uno acerca de la estimación de la prevalencia de DE en consulta y de su diagnóstico y tratamiento, y otro acerca de su percepción hacia diversos aspectos relacionados con la vivencia de la DE por los pacientes. En este último cuestionario se incorporaron preguntas acerca de las parejas, que son las que se presentan en este artículo. Los aspectos abordados en el cuestionario incluyeron preguntas de cuantificación porcentual de tipo continuo, y enunciados cuya opinión subjetiva al respecto fue valorada por el médico siguiendo una escala de tipo Likert, puntuando del 1 al 7. Únicamente se utilizaron valoraciones en los extremos de la escala («Nunca/siempre» o «Totalmente en desacuerdo/totalmente de acuerdo»), de forma que la puntuación dada aporta un estimado cuantitativo de la magnitud de la actitud. Los enunciados a valorar fueron seleccionados por el Grupo de estudio Atlas de la disfunción eréctil en España.

Análisis estadístico

La participación de médicos en las distintas CCAA permitió obtener una precisión de la estimación aceptable en todas las CCAA, excepto en La Rioja y Navarra, donde la baja participación no permitió extraer conclusiones representativas del colectivo en esas CCAA. La distribución de los médicos participantes por CCAA no fue proporcional a la del universo de médicos de Atención Primaria, según datos de 2008 del Sistema Nacional de Salud disponibles²⁶, lo que fue corregido en el análisis conjunto de datos mediante un factor de ponderación estadístico. Este ajuste permitió incluir los datos de La Rioja y Navarra en los análisis globales. Sin embargo, los resultados de estas CCAA no se muestran en el desglose de resultados por CCAA por falta de representatividad.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar, y se compararon mediante el test de Kruskal-Wallis. El nivel de significación se estableció en 0,05. El análisis se realizó con el paquete estadístico SAS® v.9.2.

Características de los médicos participantes

El 69,5% de los médicos fueron hombres, y el 30,5%, mujeres. Cerca de la mitad (49,2%) tenía entre 46 y 55 años, el 32,1% $\geq$ 56 años, y el 18,7% $\leq$ 45 años. Tanto la distribución por sexos como por grupos de edad presentó diferencias significativas entre las distintas CCAA ($p=0,022$ y $p=0,003$, respectivamente). El 97,2% de los médicos desarrollaba su actividad profesional en el entorno urbano, y el 78,1% lo hacía únicamente en un centro público. En total, el 95,5% del trabajo se desarrollaba en centros públicos.

Resultados

Características de los pacientes visitados

Los médicos participantes en el estudio reportaron tener un cupo medio de 1.565 pacientes en los centros públicos,

y visitar a 384 pacientes/mes en las consultas privadas. El 41,5% de los pacientes eran hombres, sin observarse diferencias significativas entre las distintas CCAA. La distribución por edad por CCAA se muestra en la [figura 1](#). A nivel global, el 37,1% de los hombres era mayor de 41 años, y el 40,2% mayor de 61 años. Solo se observaron diferencias significativas entre las distintas CCAA en los porcentajes de hombres de entre 41 y 60 años ($p=0,021$) y mayores de 61 años ($p=0,001$). El 52,7% de los médicos ($n=287$) guardaba registro de la DE de sus pacientes. La prevalencia global de DE entre estos pacientes (prevalencia de DE en consulta) fue de 5,6%, estando por lo general dentro de un rango de $\pm 25\%$ (mínimo 4,2%, máximo 6,7%) en todas las CCAA, excepto en la Comunidad Valenciana (10,0%) y Baleares (12,8%), que presentaron la mayor prevalencia, y Castilla y León (4,1%), Cantabria (3,9%), Galicia (3,0%), Castilla-La Mancha (3,0%) y Extremadura (2,0%), que presentaron la menor.

Implicación de la mujer en la disfunción eréctil

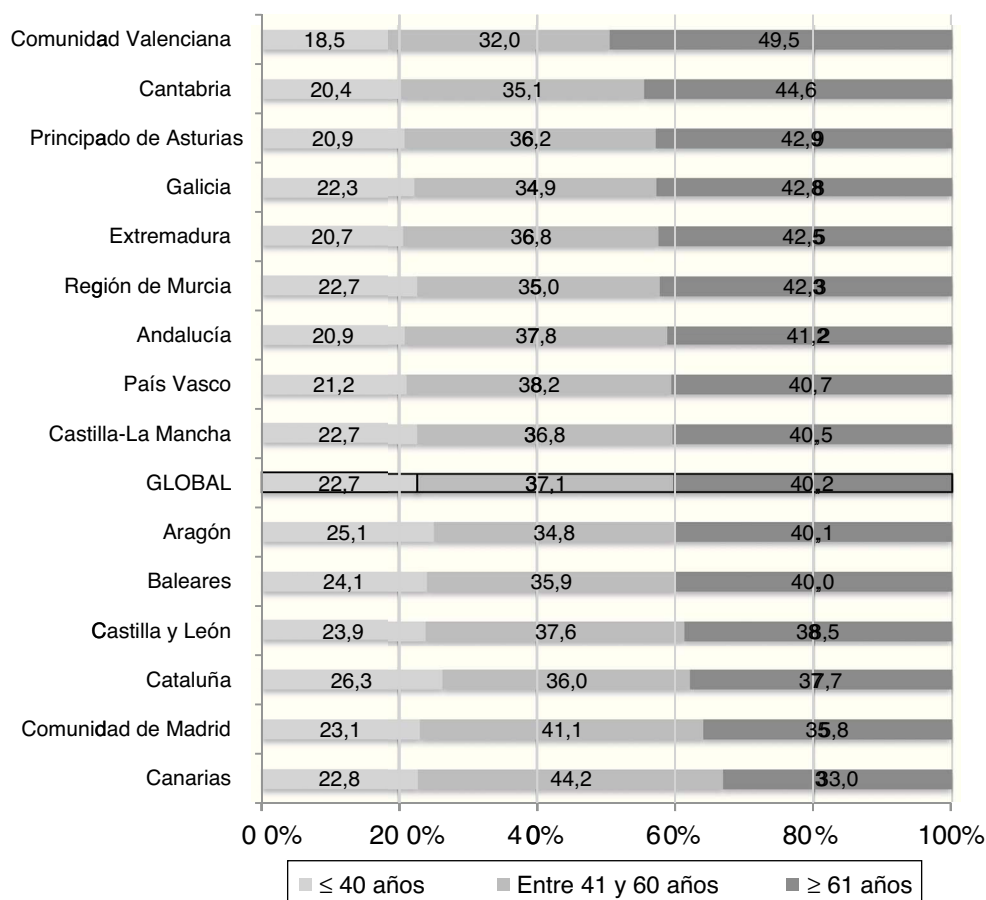
En opinión del médico, no es habitual que el hombre comparta el problema con su pareja, ni que acuda a consulta impulsado por ella. Tampoco es muy frecuente, aunque algo más, que la mujer sea la primera en «detectar» el problema o que se implique en el diagnóstico y el tratamiento de la DE del hombre ([fig. 2a](#)). Estos aspectos mostraron amplias diferencias entre las distintas CCAA, aunque solo la implicación de la mujer mostró diferencias significativas ($p < 0,05$): las mujeres del País Vasco y las de Castilla-La Mancha son las que parecen implicarse más, mientras que las de Baleares, Cantabria y Galicia serían las que lo harían menos ([fig. 2b](#)).

Búsqueda de consejo médico

Al preguntar a los médicos acerca de quién acude a consulta a pedir consejo sobre la DE, su percepción es que en un 67,2% de los casos lo hace el hombre solo, en el 22,3% lo hace acompañado de su pareja, y en el 10,5% acude la mujer sola. Los porcentajes de hombres y mujeres que acuden solos a consulta presentaron diferencias significativas entre las distintas CCAA ([fig. 3a](#)). CCAA del norte peninsular, como Galicia, el Principado de Asturias, Cantabria y Aragón, junto a CCAA del este peninsular como Murcia y la Comunidad Valenciana, presentaron los mayores porcentajes de hombres que acuden solos, mientras que Canarias y Extremadura presentaron los porcentajes más bajos. De forma similar, es en estas 2 CCAA donde la mujer acude sola a pedir consejo con más frecuencia, mientras que en las CCAA del norte comentadas anteriormente los porcentajes son significativamente inferiores. Baleares es la CA donde menos acude la mujer sola a pedir consejo ([fig. 3b](#)).

Apoyo al tratamiento

La [figura 4](#) muestra la percepción del médico acerca del apoyo de la mujer al tratamiento prescrito para la DE, y en ella se aprecia que, de forma global, la actitud de la mujer es fomentar el tratamiento, más que impedirlo. Ninguno de estos aspectos mostró diferencias significativas entre las CCAA, aunque el peso específico de una actitud y otra varió entre ellas ([fig. 4](#)). Castilla-La Mancha es la



p = 0,001 (test de Kruskal-Wallis)

Figura 1 Distribución por edad de los hombres que acuden a consulta (porcentaje).
p=0,001 (test de Kruskal-Wallis).

comunidad con más predominio del fomento del tratamiento sobre el impedimento por parte de la pareja, mientras que Baleares muestra la diferencia de actitud más pequeña a este respecto.

Discusión

El estudio *Atlas de la disfunción eréctil en España* ha explorado por primera vez varios aspectos acerca de la pareja del hombre con DE, que ayudan a esbozar su papel en nuestro país en lo que respecta a la búsqueda de consejo médico y al tratamiento de esta afección. Por lo general, la percepción del médico de Atención Primaria que trata habitualmente a pacientes con DE es que estos no suelen compartir el problema con su pareja, un comportamiento que es relativamente homogéneo a lo largo del territorio nacional. En consonancia con esto, en opinión del médico, el hombre que acude a consulta por su DE no suele hacerlo impulsado por su pareja. Hablar acerca de los problemas de erección entre los 2 miembros de la pareja ha mostrado ser un importante elemento motivador para que el hombre se enfrente a su DE y para que busque consejo médico^{27,28}. Se estima que apenas la mitad de los hombres con DE, e incluso menos, busca consejo médico, y que el hombre retrasa con frecuencia esta decisión^{21,29}. De ahí la importancia de fomentar la

comunicación abierta en la pareja. Según datos aportados por los médicos participantes que guardaban registro de la DE de sus pacientes, en sus consultas, un 5,6% de los hombres tendría DE diagnosticada. Esta cifra es considerablemente inferior a la correspondiente a la prevalencia estimada en España (18,9%)¹⁴, lo que demuestra un importante infra-diagnóstico. La amplia variedad observada entre las CCAA podría indicar, aunque no ser necesariamente la causa principal, diferencias entre ellas en la frecuencia con la que los hombres acudirían a la consulta a causa de su DE.

Es sabido que el comportamiento habitual del hombre con DE es acudir solo a consulta, algo que parece ser más frecuente en la Atención Primaria que en la consulta especializada (Urología)^{13,30}. Según la opinión de los médicos participantes en el presente estudio, el hombre acudiría solo a consulta en un 75% de los casos en los que decide buscar consejo médico. Este proceder está en consonancia tanto con la relativamente baja implicación de la pareja en el diagnóstico y el tratamiento de la DE, como con la baja frecuencia con la que se comparte el problema. Destaca, igualmente, la poca propensión de la mujer a exponer sus vivencias sobre la DE cuando acompaña al hombre a consulta. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de fomentar la participación de la mujer en la consulta médica, tanto en lo que respecta a acudir a ella como a proveer información de la DE desde el punto de vista de su vivencia, dada

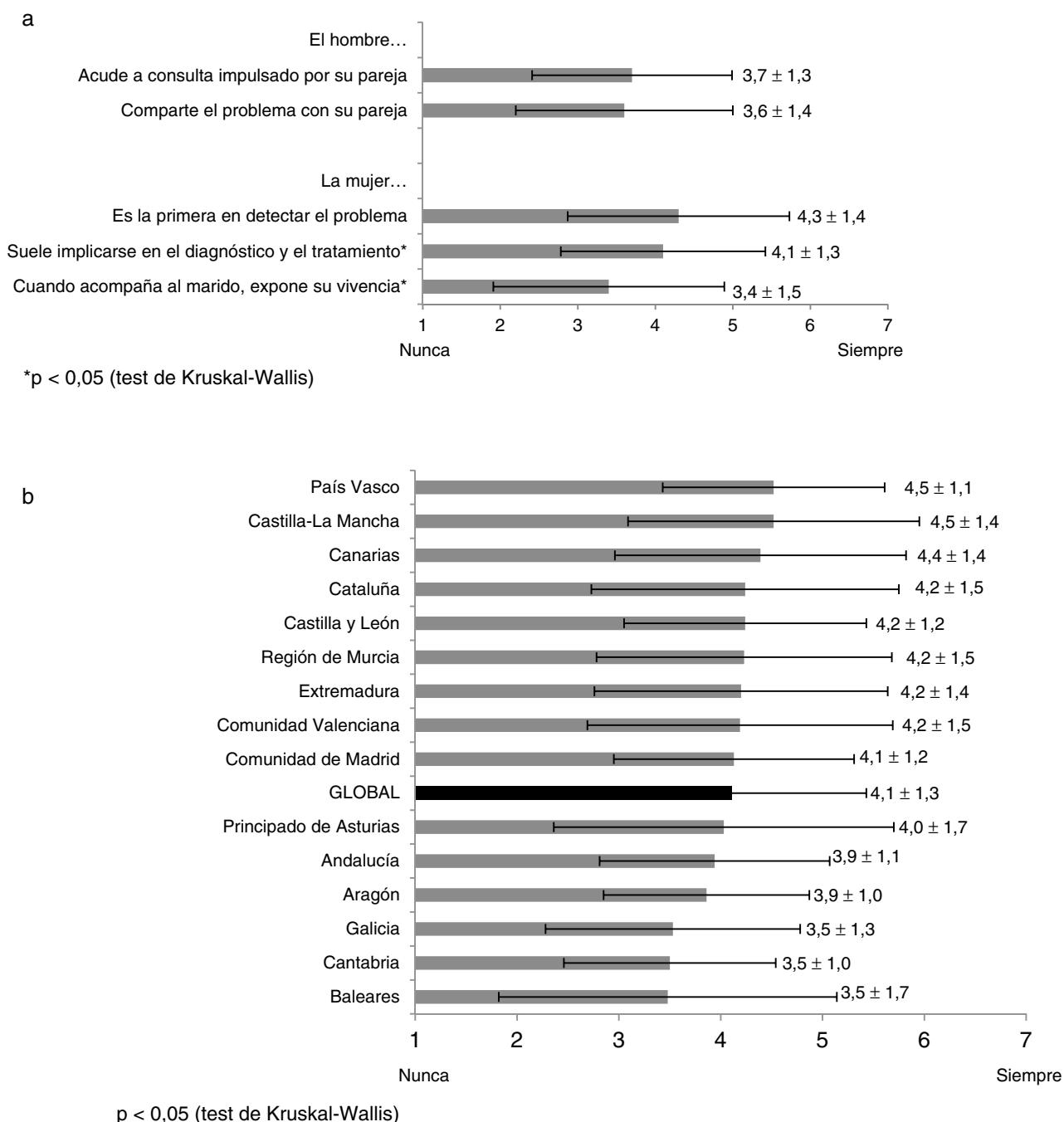


Figura 2 a) Percepción del médico acerca del papel de la mujer en el diagnóstico de la DE; *p=0,05 (test de Kruskal-Wallis). b) Implicación de la mujer en el diagnóstico y tratamiento de la DE por CCAA. Los datos muestran la media ± desviación estándar; p=0,05 (test de Kruskal-Wallis).

la gran importancia que tiene para el óptimo manejo de la DE^{4,24}.

Es de destacar que la implicación de la pareja y la frecuencia con la que el hombre acude solo fueron aspectos que mostraron diferencias significativas entre las distintas CCAA. Aunque este estudio es de carácter meramente descriptivo y, por tanto, no se han analizado las causas que pudieran explicar estas diferencias, se observa que aquellas CCAA donde el hombre acude solo con más frecuencia (Galicia, Principado de Asturias y Cantabria) o

con menos frecuencia (Canarias, Comunidad de Madrid, Cataluña), son aquellas donde hay una mayor y menor proporción, respectivamente, de pacientes con DE mayores de 61 años, con respecto a la media global. Aunque las diferencias socioculturales existentes entre las distintas CCAA que configuran el territorio nacional pudieran tener, entre otras, una influencia a este respecto, no es arriesgado pensar que la edad tenga un peso importante en la frecuencia con la que la pareja se implica o acompaña al hombre a consulta. No se observaron coincidencias entre aquellas CCAA donde

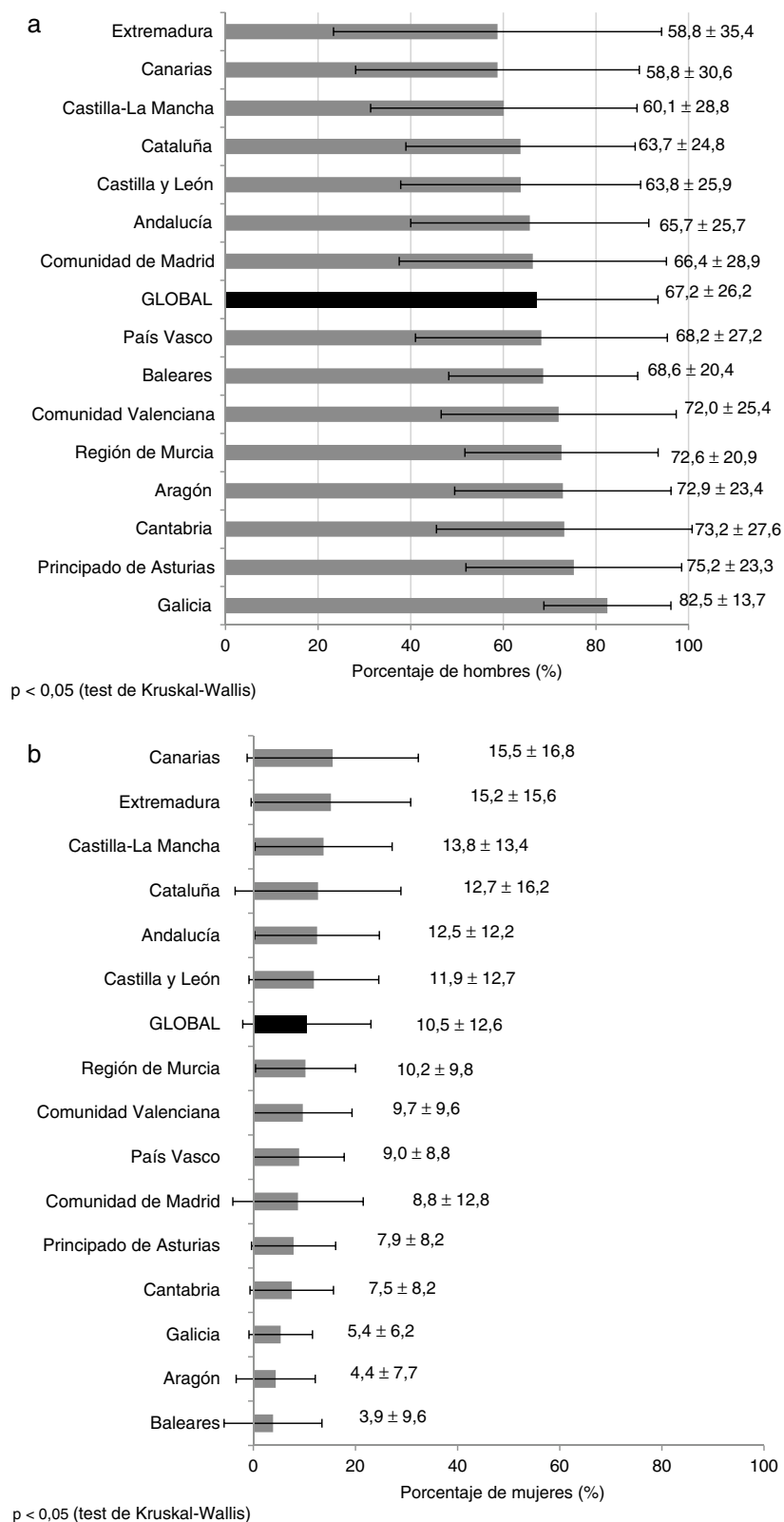


Figura 3 a) Porcentaje de hombres que acude solo a consulta a pedir consejo sobre su DE (%). b) Porcentaje de mujeres que acude sola a consulta solicitando información sobre la DE de su pareja. Resultados obtenidos al preguntar el porcentaje de hombres solos, hombres acompañados por sus parejas o mujeres solas que acuden a consulta.

$p = 0,05$ (test de Kruskal-Wallis).

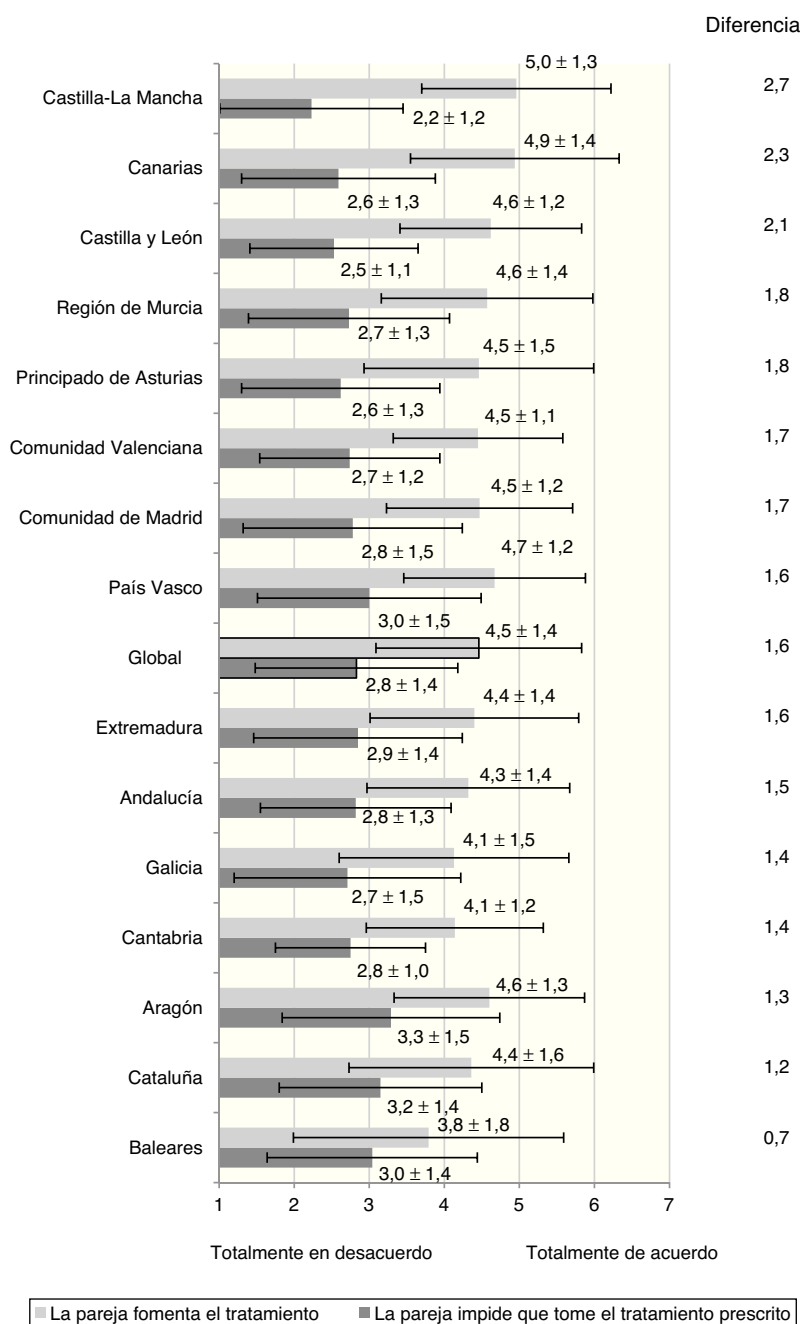


Figura 4 Percepción del médico acerca de la relación de la mujer con el tratamiento para la DE: opinión acerca de cómo lo fomenta o lo impide, por CCAA (media ± desviación estándar), y diferencia entre ambas actitudes.

el médico reportó una mayor implicación de la mujer y una mayor prevalencia de DE en consulta, probablemente por existir otras influencias que habrán de ser analizadas.

Destaca en nuestro estudio un aspecto poco explorado en relación con la búsqueda de consejo médico para la DE: la frecuencia con la que la mujer acude sola a la consulta por este motivo. Aunque se desconoce si lo hace expresamente o aprovecha una visita programada para indagar sobre esta cuestión, lo cierto es que este comportamiento supone el 10% de los casos de solicitud de consejo médico. En opinión del facultativo, la pareja parece ser, con relativa frecuencia, la primera en «detectar» el problema; sin

embargo, la baja frecuencia con la que el hombre comparte el problema con ella puede ser la responsable de que la mujer acuda al médico sola buscando información. Se ha visto que esta actitud de la mujer y su satisfacción con la consulta fomentan que el hombre acuda al médico²³, lo que apunta hacia la necesidad de informar adecuadamente a las mujeres acerca de cómo abordar el problema de la DE con el hombre. La frecuencia con la que la mujer acude sola a consulta muestra también diferencias significativas entre las distintas CCAA, reproduciendo en cierta medida, y de forma inversa, el patrón de la frecuencia de hombres que acuden al médico solos.

Además de la baja frecuencia y el retraso con que el hombre busca consejo médico, otro problema habitual, no menos importante, es el abandono del tratamiento prescrito. Se trata de un fenómeno que no puede ser explicado por falta de eficacia o por una baja tolerabilidad de los tratamientos, y en el que se cree que intervienen aspectos psicológicos e interpersonales complejos³¹. El trabajo paneuropeo *Estudio observacional de disfunción eréctil* ha revelado una tasa de abandono del tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 del 17% en nuestro país^{22,32}, algo inferior a la media europea (18,5%)³³. Otros estudios realizados fuera de España han encontrado tasas de abandono superiores, que pueden alcanzar hasta el 47,3%^{34,35}. Existe una importante evidencia que apoya la importancia de la pareja en la adherencia al tratamiento^{21,24}. Destaca en nuestro estudio la frecuencia, en opinión del médico, con la que la mujer fomenta el tratamiento. Sin embargo, destaca también la frecuencia con que la pareja impide el tratamiento, un comportamiento que es más frecuente en CCAA como Aragón, Cataluña, Baleares y País Vasco. Se sabe que existen varias barreras al uso de tratamientos para la DE por parte de la mujer, entre ellas su percepción sobre la eficacia de los tratamientos y de sus riesgos, sin olvidar su interés por recuperar la actividad sexual²³. De ahí que las necesidades, las expectativas y la satisfacción con el tratamiento por parte de la pareja sean aspectos fundamentales a tener en cuenta en el tratamiento de la DE.

Pese a lo relevante de los hallazgos de este estudio, es necesario resaltar varias limitaciones que pueden afectar a su interpretación. En primer lugar, el estudio recoge la opinión del médico acerca de aspectos que afectan directamente al paciente con DE y a su pareja, lo que puede introducir un sesgo de opinión condicionado por el grado de comunicación existente entre el médico y el paciente. La información se recogió en base a preguntas cerradas, lo que deja fuera otros aspectos que podrían ser de interés para valorar los resultados, entre ellos, conocer el papel del médico de Atención Primaria en el fomento de la participación de la mujer en todos los aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de la DE, y las barreras con las que pudiera encontrarse. La valoración de las respuestas en una escala continua presenta la ventaja de poder estimar las magnitudes de la actitud valorada, pero pierde la precisión que podría tener una escala con descripciones verbales. En cualquier caso, el presente estudio muestra una baja integración de la mujer en la DE del hombre, que probablemente tenga una repercusión importante en el diagnóstico y el tratamiento óptimo de la DE en nuestro país.

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de educar al hombre con DE y a su pareja acerca de la importancia de la comunicación y de la participación conjunta en la toma de decisiones acerca de la DE, incluidos la búsqueda de consejo médico y su tratamiento. Es importante informar a los 2 miembros de la pareja sobre la existencia de tratamientos seguros y efectivos para la DE, y de los beneficios que el tratamiento puede tener en ambos. Las diferencias observadas entre las distintas CCAA, además de ayudar a entender los factores que pueden originarlas, servirán para adaptar las acciones de educación al contexto de cada una de ellas. Ahondar en el conocimiento de las barreras y motivaciones que afectan a este

fin requiere explorar de forma directa las percepciones, opiniones y vivencias de cada miembro de la pareja.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

El presente estudio fue promovido por la Sociedad Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA), con el apoyo de Bayer HealthCare España.

Conflicto de intereses

Los autores han sido asesores y han participado en estudios patrocinados por Bayer, Lilly y Pfizer, entre otros.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los médicos de Atención Primaria que participaron en el *Atlas de la disfunción eréctil en España*. También agradecen a Beatriz Viejo, PhD, su contribución en la redacción y edición del manuscrito.

Anexo 1. Grupo de estudio Atlas de la disfunción eréctil en España

Coordinadores nacionales: Ana María Puigvert Martínez (ex Presidenta de ASESA) y Rafael Prieto Castro (Presidente de ASESA). Coordinadores regionales: Joaquín Amaya Gutiérrez, José Luis Arrondo Arrondo, Ander Astobieta Odriozola, José Ramón Cortiñas González, Safwan Escaf Barradah, Jesús Fernández Rosaenz, Ferran García José, Luís García-Giralda Ruiz, Pedro Ramón Gutiérrez Hernández, Jesús Mateos Blanco, Segundo Martín Santisteban, Juan Ignacio Martínez Salamanca, José María Monje Millares, Luis Rodríguez Vela, Juan Luis Sanz Migueláñez, Ana María Segura Paños, Manuel Varela Salgado.

Bibliografía

1. Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *Int J Impot Res*. 2002;14 Suppl 1:S105-9.

2. Chantada-Abal V, Gutiérrez-Hernández P. Papel de la pareja en el manejo de las disfunciones sexuales. *Rev Int Androl.* 2010;5:380-5.
3. Speckens AE, Hengeveld MW, Nijeholt GL, Hemert AM, Hawton KE. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: Cause or consequence of the disorder? *Arch Sex Behav.* 1995;24:157-72.
4. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology; 2010 [Internet] [consultado 5 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Male%20Sexual%20Dysfunction%202010.pdf>
5. Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2006;18:44-6.
6. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med.* 2005;2:675-84.
7. Jiann BP, Su CC, Tsai JY. Is female sexual function related to the male partners' erectile function? *J Sex Med.* 2013;10:420-9.
8. Chevret M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, de Gendre AS. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: Assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *J Sex Marital Ther.* 2004;30:157-72.
9. Chevret M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, de Gendre AS. Quality of sexual life and satisfaction in female partners of men with ED: Psychometric validation of the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *J Sex Marital Ther.* 2004;30:141-55.
10. Conaglen HM, Conaglen JV. The impact of erectile dysfunction on female partners: A qualitative investigation. *Sex Relation Ther.* 2008;23:147-56.
11. Cayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: Does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther.* 2004;30:333-41.
12. Ehrensaft MK, Condra M, Moreno-Ramírez D, Heaton J. Communication patterns in patients with erectile dysfunction and their partners. *Int J Impot Res.* 1994;6:25-32.
13. Fisher W, Meryn S, Sand M. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: The Strike Up a Conversation study (Part II). *J Mens Health Gend.* 2005;2:309e1-12.
14. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Saenz 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 Eréctil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166:569-74.
15. Montorsi F, Padma-Nathan H, Gline S. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate (Viagra). *Urology.* 2006;68 3 Suppl: 26-37.
16. Paige NM, Hays RD, Litwin MS, Rajfer J, Shapiro MF. Improvement in emotional well-being and relationships of users of sildenafil. *J Urol.* 2001;166:1774-8.
17. Heiman JR, Talley DR, Bailen JL, Oskin TA, Rosenberg SJ, Pace CR, et al. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BJOG.* 2007;114:437-47.
18. Fisher WA, Rosen RC, Mollen M, Brock G, Karlin G, Pommerville P, et al. Improving the sexual quality of life of couples affected by erectile dysfunction: A double-blind, randomized placebo-controlled trial of vardenafil. *J Sex Med.* 2005;2:699-708.
19. Goldstein I, Fisher WA, Sand M, Rosen RC, Mollen M, Brock G, et al. Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Sex Med.* 2005;2:819-32.
20. Martín-Morales AA, Graziottin AA, Jaoudé GB, Debruyne FF, Buvat JJ, Beneke MM, et al. Improvement in sexual quality of life of the female partner following vardenafil treatment of men with erectile dysfunction: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Sex Med.* 2011;8:2831-40.
21. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Kaufman J, et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study Phase II: Understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns, among men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:150-60.
22. Gutiérrez Hernández P, Arrondo Arrondo JL, Meijide Rico F, Martín-Morales A, Caveda Cepas E, Turbí Disla C. Persistencia y cambio de tratamiento para la disfunción eréctil en pacientes españoles: estudio EDOS. *Rev Int Androl.* 2010;8:6-13.
23. Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M. Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples II: association of female partner characteristics with male partner ED treatment seeking and phosphodiesterase type 5 inhibitor utilization. *J Sex Med.* 2009;6:3111-24.
24. Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M, Eardley I, Speakman M, Buvat J, et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: Improving the sexual experience for the couple. *Int J Clin Pract.* 2007;62:127-33.
25. Atlas de la disfunción eréctil en España [Internet] [consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.tenemosunaedad.com/blog/atlas-barcelona/>
26. Sistema Nacional de Salud 2010. Anexo D. Principales datos y cifras de la sanidad en España [Internet] [consultado 5 Jun 2013]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_04.pdf
27. Fisher W, Meryn S, Sand M, Brandenburg U, Buvat J, Mendive J, et al. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED, and physicians: The Strike Up a Conversation Study (Part I). *J Mens Health Gend.* 2005;2:64-78.
28. Gerster S, Günzler C, Roesler C, Leiber C, Berner MM. Treatment motivation of men with ED: What motivates men with ED to seek professional help and how can women support their partners? *Int J Impot Res.* 2013;25:56-62.
29. Mirone V, Gentile V, Zizzo G, Terry M, Longo N, Fusco F, et al. Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partner and physicians? A survey of men attending a free call information service. *Int J Impot Res.* 2002;14:256-8.
30. Barnes T. The female partner in the treatment of erectile dysfunction: What is her position? *Sex Relation Ther.* 1997;13:233-40.
31. Althof SE. When an erection alone is not enough: Biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res.* 2002;14 Suppl 1:S99-104.
32. Martín-Morales A, Gutiérrez-Hernández P, Meijide-Rico F, Arrondo-Arrondo JL, Turbí-Disla C. Efectividad y satisfacción con el tratamiento en pacientes con disfunción eréctil en España: Estudio EDOS. *Actas Urol Esp.* 2009;34:356-64.

33. Hatzichristou D, Haro JM, Martin-Morales A, von Keitz A, Riley A, Bertsch J, et al. Patterns of switching phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: Results from the Erectile Dysfunction Observational Study. *Int J Clin Pract*. 2007;61:1850–62.
34. Madduri SD. After two years, did Viagra live up to its expectations? *Mo Med*. 2001;98:243–5.
35. Fagelman E, Fagelman A, Shabsigh R. Efficacy, safety, and use of sildenafil in urologic practice. *Urology*. 2001;57:1141–4.