

SOCIEDAD ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA
SUPLEMENTO ESPECIAL
REVISTA VOL. 6 N.º 2 PRIMAVERA 2025
ISSN 2953-4593



Flujo Entálpico del ser
Imagen creada con IA

Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana



SEDE DE LA SOCIEDAD

Av. Coronel Díaz 2155 PB "A" Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1425).

Tel. celular: 11-5903-9090

email: secretaria@sasharg.com.ar

Web: www.sasharg.com.ar

Web revista <https://revista.sasharg.com.ar/index.php/journal>

La Revista Argentina de Sexualidad Humana es una publicación de la SASH con Personería jurídica.

Resolución IGJ N° 000724 Cuit: 30-67623837-5 IVA: Exento

Nombre de la revista registrado ISSN 2953-4593 en línea

Registro DOI prefix: 10.58751 Membresía Crossref – Platform & Workflow by OJS/PKP

SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

Miembro de:

WAS (World Association for Sexual Health)

FLASSES (Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual)

COMISIÓN DIRECTIVA 2023-2025

PRESIDENTE

Dra. María Silvina Valente

VICEPRESIDENTE

Lic. María Bernarda Romero

SECRETARIA GENERAL

Lic. Viviana Wapñarsky

PROSECRETARIA

Lic. María Ester Antelo

TESORERA

Lic. María Viviana Caruso

PROTESORERO

Dr. Ariel Hudson

VOCALES TITULARES

Dr. Pablo Carpintero

Dr. Gustavo Litterio

Dr. Bernardo Kupferberg

Lic. Federico Rinaldi

Lic. Guido Fischer

VOCALES SUPLENTES

Lic. Claudia Derrosi

Lic. Sandra López

Dra. Federica Hansen

Dr. Gustavo Bustamante

REVISORES DE CUENTA

Lic. Analía Urretavizcaya

REVISORES DE CUENTA SUPLENTE

Dra. Milena Mayer

Expresidentes: Dr. León Roberto Gindin / Lic. Laura Caldiz / Lic. Virginia Martínez Verdier / Dr. Néstor Barbón, Lic. Alcira Camillucci / Adrián Sapetti / Marta Rajtman

REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

SUPLEMENTO ESPECIAL AÑO 2025- PRIMAVERA - ISSN 2953-4593 en línea

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. María Bernarda Romero

COLABORACIÓN

Lic. María Ester Antelo

Lic. Claudia Derossi

Dra. Milena Mayer

Dr. Bernardo Kupferberg

Dra. Silvina Valente

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Lic. Laura Caldiz

Lic. Mirta Granero

Lic. Cristina Tania Fridman

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Alain Giami (Francia)

Osmo Kontula (Finlandia)

Francisco Cabello (España)

Felipe Hurtado Murillo (España)

Ricardo Cavalcanti (Brasil)

Jaqueline Brendler (Brasil)

Raquel Varaschin (Brasil)

Itor Finotelli Jr. (Brasil)

Christian Thomas (Chile)

Erick Janssen (Bélgica / Estados Unidos)

Luis Perelman-Javnozon (México)

Olivia Guerrero Figueroa (México)

Eusebio Rubio Auriolés (Méjico)

Esther Corona Vargas (Méjico)

Santiago Cedres (Uruguay)

Chiara Simonelli (Italia)

Stefano Eleuteri (Italia)

Mijal Luria (Israel)

Pedro Nobre (Portugal)

Patrícia Pascoal (Portugal)

Narayana Reddy (India)

Elsa Almas (Noruega)

Sara Nasserzadeh (Estados Unidos)

Patti Britton (Estados Unidos)

States Kevan Wylie (Reino Unido)

EL COMITÉ NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS OPINIONES VERTIDAS EN LOS ARTÍCULOS

PUBLICADOS.

Guía Interdisciplinaria para la Atención de la Disfunción Eréctil



Lic. Viviana Caruso

Psicóloga, Sexóloga. Especialista en Trastornos de Ansiedad
Terapia de pareja
Miembro de SASH



Dr. Adriel Hudson

Médico, Tocoginecologo, Sexólogo Clínico.
Miembro de SASH



Lic. Sandra López

Psicóloga sexóloga. Terapeuta de parejas, familias adolescentes y adultos,
Docente. Comunicadora
Miembro de SASH



Lic. María Bernarda Romero

Psicóloga. Sexóloga Clínica. Especialista en trauma psíquico,
Terapias cognitivas individuales,
familiares y grupales.
Miembro de SASH

Contenido

1. Concepto de disfunción eréctil
 - 1.1 Definición en sexología clínica
 - 1.2 Definición operativa actual
 - 1.3 Criterios diagnósticos
 - 1.3.1 DSM-5 (2013)
 - 1.3.2 CIE-11 (2019–2021)
 - 1.4 Definiciones en guías internacionales
 - 1.4.1 AUA (2018)
 - 1.4.2 EAU (2024)
2. Epidemiología
 - 2.1 Prevalencia global y proyecciones
 - 2.2 Factores de riesgo y asociación cardiovascular
 - 2.3 Prevalencia en América Latina y Argentina
 - 2.4 Prevalencia en subgrupos y condiciones asociadas
3. Etiología
 - 3.1 Principios generales
 - 3.2 Etiología predominantemente orgánica
 - 3.3 Etiología predominantemente psicógena
 - 3.4 Etiología mixta y escenarios clínicos
4. Evaluación clínica: diagnóstico
 - 4.1 Examen físico
 - 4.2 Antecedentes y factores de riesgo
 - 4.3 Evaluación psicosocial integral
 - 4.3.1 Historia clínica sexual
 - 4.3.2 Historia clínica psicológica
 - 4.3.3 Historia clínica vincular
 - 4.3.4 Historia clínica sobre estilo de vida
 - 4.4 Evaluación de laboratorio
 - 4.5 Estudios complementarios específicos
 - 4.6 Instrumentos de evaluación psicosexual

5. Tratamientos actuales

5.1 Tratamientos médicos y farmacológicos

5.2 Intervenciones educativas

5.3 Modificaciones en el estilo de vida

5.4 Terapia psicológica

5.5 Terapia sexual

5.5.1 La pareja en la terapia sexual

6. Trabajo interdisciplinario

6.1 Roles profesionales

6.2 Coordinación clínica

6.3 Derivación y seguimiento

7. Seguimiento y continuidad del tratamiento

8. Bibliografía

Resumen

La disfunción eréctil (DE) constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la sexología clínica argentina, debido a su alta prevalencia y su impacto en la calidad de vida sexual y emocional. Esta guía interdisciplinaria propone un abordaje clínico integral, basado en una revisión bibliográfica actualizada y en la experiencia profesional de especialistas en medicina, psicología y sexología.

Se abordan las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural, relacional y educativa de la sexualidad, con énfasis en la respuesta sexual a lo largo del ciclo vital. La evaluación clínica incluye aspectos físicos y psicosociales, y se detallan tratamientos médicos, psicológicos, educativos y de estilo de vida. La guía promueve el trabajo colaborativo entre profesionales para mejorar la atención de la DE y fortalecer la salud sexual en contextos diversos.

Palabras clave: Disfunción eréctil; atención interdisciplinaria; salud sexual; evaluación integral; calidad de vida.

Abstract

Erectile dysfunction (ED) is one of the most frequent reasons for consultation in clinical sexology in Argentina, given its high prevalence and impact on quality of life. In response to this need, a multidisciplinary care guide has been developed to standardize the approach to ED.

The document is based on an exhaustive descriptive literature review and the clinical experience of professionals from multiple fields. The biological, psychological, social, cultural, relational, and educational dimensions of sexuality are examined, with special emphasis on sexual response across the lifespan to prevent and address risk factors.

The guide outlines pharmacological, integrated psychological, and lifestyle intervention approaches and includes a comprehensive patient assessment covering physical and psychosocial aspects. It also highlights the importance of collaborative work among specialists to provide patient-centered care and enhance the sexual and emotional well-being of individuals with ED.

Key words: Erectile dysfunction; interdisciplinary guide; quality of life; comprehensive assessment; sexual health.

Introducción

La disfunción eréctil (DE) afecta a un porcentaje significativo de la población masculina y se asocia con consecuencias físicas, psicológicas y sociales que deterioran la calidad de vida. En Argentina, la frecuencia de consultas por DE y su repercusión en la salud sexual y emocional justifican la necesidad de una guía que unifique criterios diagnósticos y terapéuticos.

Esta guía presenta una propuesta de abordaje clínico integral basada en una revisión técnica y clínica de fuentes actualizadas y en la

experiencia clínica. Se han considerado las dimensiones clave de la sexualidad en su expresión clínica y social. Se hace hincapié en comprender la respuesta sexual a lo largo de las diferentes etapas de la vida, con el fin de identificar, prevenir e intervenir en los factores de riesgos asociados. Además, no sólo detalla los enfoques terapéuticos recomendados, que van desde intervenciones farmacológicas, psicológicas integradas y cambios en el estilo de vida, sino que también resalta la importancia de una evaluación integral del paciente, considerando tanto los aspectos físicos como los psicosociales de la disfunción eréctil. Esta iniciativa busca no solo mejorar la atención de la DE, sino también promover una mayor conciencia sobre la salud sexual y reproductiva en general.

1. Concepto de disfunción eréctil

1.1 Definición en sexología clínica

FLASSES, WAMS y AISIM describen la sexología como la ciencia que estudia el sexo y la función sexual, entendiendo ambos procesos como fenómenos con mecanismos fisiológicos propios.

Cuando dichos mecanismos se alteran, emergen síntomas, signos y síndromes en la función sexual, tal como ocurre en la disfunción eréctil.

Según la clasificación MDS-III (B39), la disfunción eréctil es la “entidad clínica caracterizada por una alteración en los factores que determinan la fase de respuesta sexual en el hombre”.

1.2 Definición operativa actual

Se define la disfunción eréctil como la incapacidad consistente o recurrente de lograr y/o mantener una erección peneana suficiente para una función sexual operativa.

Para considerarse clínica, el trastorno debe persistir al menos tres meses y presentarse tanto en la actividad sexual individual como en pareja (Castelo et al., 2016).

1.3 Criterios diagnósticos

1.3.1 DSM-5 (2013)

Para el diagnóstico de disfunción eréctil (código 302.71) el hombre debe experimentar en el 75–100 % de las ocasiones de actividad sexual en pareja al menos uno de estos síntomas:

- Dificultad significativa para conseguir una erección.
- Dificultad significativa para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
- Reducción notable de la rigidez de la erección.

Estos síntomas deben persistir por un mínimo de seis meses, causar malestar clínicamente significativo y no explicarse mejor por otro trastorno mental, problema relacional grave, factores estresantes, uso de sustancias o condición médica distinta.

1.3.2 CIE-11 (2019–2021)

La CIE-11 incluye la disfunción eréctil en el capítulo “Condiciones relacionadas con la salud sexual” (código HA01.1), definida como la incapacidad o marcada reducción de la capacidad de lograr o mantener una erección de duración y rigidez suficientes para la actividad sexual, pese al deseo y la estimulación adecuadas.

Se distinguen cinco subtipos:

- HA01.10 Disfunción eréctil masculina, de por vida, generalizada
- HA01.11 Disfunción eréctil masculina, de por vida, situacional
- HA01.12 Disfunción eréctil masculina, adquirida, generalizada
- HA01.13 Disfunción eréctil masculina, adquirida, situacional
- HA01.1Z Disfunción eréctil masculina, no especificada

1.4 Definiciones en guías internacionales

1.4.1 AUA (2018)

La American Urological Association define la disfunción eréctil como una alteración persistente o recurrente de la fase de excitación de la respuesta sexual, que impide lograr y/o mantener una erección suficiente para un rendimiento sexual satisfactorio.

Destaca la importancia de la toma de decisiones compartida, donde el paciente y su pareja reciben información completa sobre todas las

opciones de tratamiento, sus beneficios y riesgos, como base para elegir estrategias de primera línea (Burnett et al., 2018).

Aunque la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11.^a edición (CIE-11) ha sido publicada por la Organización Mundial de la Salud y adoptada oficialmente por varios países desde 2022, su implementación plena en Argentina aún se encuentra en proceso de transición. Por ello, los códigos y definiciones aquí presentados se utilizan como referencia internacional y guía conceptual, complementando los criterios diagnósticos vigentes en el sistema local, especialmente aquellos basados en la CIE-10 y el DSM-5.

1.4.2 EAU (2024)

La Asociación Europea de Urología describe la disfunción eréctil como la incapacidad persistente para obtener y conservar una erección adecuada que permita el desempeño sexual.

La guía EAU clasifica la DE en orgánica, psicógena y mixta, recomendando emplear con precaución esta división dado que la mayoría de los casos presentan etiología mixta. Se sugiere utilizar los términos primaria u orgánica y primaria psicógena según corresponda (Salonia et al., 2024).

Las definiciones y recomendaciones de la American Urological Association (AUA) y la European Association of Urology (EAU) se presentan como referencia internacional, dado su impacto en la práctica clínica global. Si bien

no constituyen guías oficiales en Argentina, sus criterios diagnósticos y terapéuticos ofrecen un marco útil para la actualización profesional y la toma de decisiones interdisciplinaria.

2. Epidemiología

2.1 Prevalencia global y proyecciones

En un estudio pionero, Ayta et al. (1999) proyectaron el crecimiento mundial de la prevalencia de disfunción eréctil (DE) para los siguientes 25 años, utilizando como base las tasas de prevalencia obtenidas en el Massachusetts Male Aging Study (MMAS). Este estudio, considerado una referencia epidemiológica por ser el primero en ofrecer datos poblacionales —y no clínicos— sobre la DE, permitió estimar con mayor precisión el impacto global del trastorno. Al combinar estas tasas con las proyecciones demográficas por grupos quinquenales de edad elaboradas por las Naciones Unidas para el año 2025, los autores ajustaron sus cálculos según edad y región.

Los resultados fueron contundentes: en 1995, más de 152 millones de hombres en todo el mundo presentaban DE. Para 2025, se estima que esta cifra ascenderá a aproximadamente 322 millones, lo que representa un incremento de casi 170 millones de casos. Este aumento se prevé especialmente en regiones en desarrollo como África, Asia y América del Sur, donde el envejecimiento poblacional y el acceso limitado a atención especializada podrían agravar el impacto de la condición.

La guía de la American Urological Association (AUA) de 2018 calcula que hasta 30 millones de hombres en Estados Unidos y 150 millones a nivel mundial viven con disfunción eréctil. Este incremento se atribuye al envejecimiento poblacional y al aumento de factores de riesgo cardiovascular compartidos con la DE (Burnett et al., 2018).

2.2 Factores de riesgo y asociación cardiovascular

La disfunción eréctil comparte mecanismos y etiologías con las enfermedades cardiovasculares (ECV), de modo que puede preceder a eventos cardíacos hasta cinco años antes.

Principales factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Obesidad
- Sedentarismo
- Depresión

La correlación entre la gravedad de la DE y la de las ECV sugiere que la identificación temprana de la disfunción eréctil, sobre todo en varones jóvenes, podría mejorar la detección e intervención de factores de riesgo cardiovascular ocultos (Burnett et al., 2018).

En programas de rehabilitación cardíaca de Chile, Brasil, Perú, Colombia, Argentina y Paraguay, el 80,1 % de los pacientes presenta disfunción eréctil. Este hallazgo, basado en 225 hombres evaluados con el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) entre marzo y agosto de 2014, resalta la elevada carga de DE en poblaciones con riesgo cardiovascular (Santibáñez et al., 2016).

2.4 Prevalencia en subgrupos y condiciones asociadas

Diversos estudios han explorado la distribución de la DE en grupos específicos:

- Edad media (40–70 años): el MMAS reportó una prevalencia del 52 % en varones de Boston (Salonia et al., 2024).
- Varones < 40 años: uno de cada cuatro pacientes con DE reciente tenía menos de 40 años, y el 50 % de ellos presentaba disfunción eréctil grave (Salonia et al., 2024).
- Edad reproductiva: la DE afecta entre el 12 % y el 19 % de los hombres en edad fértil; en parejas con infertilidad, las tasas son aún más altas, posiblemente por ansiedad, depresión y tratamientos médicos (Anastasiadis et al., 2022).
- Hiperplasia prostática benigna (HPB): en ocho países (Brasil, China, Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido, EE. UU.), la prevalencia general de DE varió de 37,2 % a 48,6 % y la DE

asociada a HPB fue < 6 % (Goldstein et al., 2020).

- Deseo sexual bajo: casi el 30 % de 1 587 pacientes con DE presentaban deseo sexual reducido no reconocido, con niveles más bajos de testosterona y mayor sintomatología depresiva (Cilio et al., 2022).
- Enfermedad renal crónica (ERC): estudios recientes indican que la DE es muy frecuente en la ERC, aunque todavía faltan investigaciones para esclarecer sus mecanismos subyacentes (Fu et al., 2024).

Estos datos confirman que la disfunción eréctil es un problema de salud pública con variaciones por región, edad y comorbilidades, lo que refuerza la necesidad de enfoques de evaluación y tratamiento adaptados a cada población y escenario clínico.

3. Etiología

3.1 Principios generales

La disfunción eréctil suele ser multifactorial, combinando componentes físicos y psicológicos en cada individuo.

En toda DE existe un sustrato psicológico, incluso cuando predomina una causa orgánica, lo que subraya la necesidad de un abordaje interdisciplinario (Cabello, 2010).

La identificación precisa de las causas subyacentes guía el diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado para cada paciente.

3.2 Etiología predominantemente orgánica

Las causas físicas de la disfunción eréctil afectan los mecanismos neurovasculares y hormonales necesarios para la tumescencia y la detumescencia:

- Neurológicas: lesión o compresión de nervios eferentes o aferentes, como en trauma medular, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o cirugías pélvicas.
- Endocrinas: déficits hormonales, especialmente hipogonadismo con niveles bajos de testosterona.
- Vasculares: aterosclerosis, hipertensión, diabetes mellitus y tabaquismo que dañan el endotelio y reducen la producción de óxido nítrico.
- Estructurales: anomalías anatómicas del pene (p. ej., enfermedad de Peyronie) que interfieren con la rigidez.
- Medicamentosas: fármacos antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos y ciertos tratamientos oncológicos.
- Estilo de vida: consumo excesivo de alcohol, drogas recreativas, sedentarismo y obesidad.

El daño endotelial disminuye la liberación de óxido nítrico y la activación de la guanilato ciclasa, reduciendo el flujo sanguíneo cavernoso. A su vez, alteraciones en el tono adrenérgico y en la señalización neuronal agravan la DE (Cabello, 2010).

3.3 Etiología predominantemente psicógena

Los factores emocionales y relacionales pueden ser la causa principal de la DE cuando interfieren con la relajación y la concentración:

- Ansiedad de ejecución: temor al fracaso y autoobservación excesiva que bloquean la respuesta eréctil (Abraham & Porto, 1979).
- Acontecimientos traumáticos recientes: eventos estresantes que desencadenan una respuesta de fuga o bloqueo.
- Vulnerabilidades tempranas: experiencias en la infancia o adolescencia que configuran actitudes negativas hacia la sexualidad (Hartmann, 1998).
- Presión de la pareja: expectativas o demandas que aumentan la ansiedad y conducen al evitamiento del contacto sexual (Barlow, 1986).
- Rasgos de personalidad: bajo asertividad, alta neuroticismo o rasgos obsesivos pueden predisponer a la DE y perpetuarla (Cabello, 2010).

Las vivencias positivas o la ausencia de presiones favorecen el enfoque en las sensaciones eróticas y la consecución de la erección, creando un círculo virtuoso opuesto al ciclo ansioso.

3.4 Etiología mixta y escenarios clínicos

En la mayoría de los casos, la DE combina factores orgánicos y psicógenos, alternando roles de desencadenante y perpetuador:

1. Inicio orgánico con mantenimiento psicógeno
2. Inicio psicógeno con mantenimiento orgánico
3. Inicio y mantenimiento psicógeno puro
4. Inicio orgánico con agravamiento psicógeno
5. Inicio y mantenimiento puramente orgánico

Estos escenarios muestran cómo una causa física inicial (por ejemplo, la diabetes) puede desencadenar ansiedad de desempeño, que a su vez perpetúa la disfunción. También ilustran cómo un estrés intenso puede generar síntomas sexuales persistentes, incluso después de haber corregido el factor orgánico que los originó.

Entender esta interacción de factores es esencial para diseñar intervenciones que aborden simultáneamente las causas físicas y los bloqueos emocionales, maximicen la eficacia terapéutica y prevengan la cronificación de la disfunción eréctil.

A continuación, se sintetizan los principales escenarios clínicos de etiología mixta, con ejemplos y orientaciones terapéuticas sugeridas:

Escenarios clínicos de etiología mixta en disfunción eréctil

| Escenario | Interacción etiológica | Ejemplo clínico | Enfoque terapéutico |
|--|---|---|--------------------------------------|
| 1. Orgánico con repercusión psicológica | Causa orgánica primaria con impacto emocional secundario | Diabetes con ansiedad anticipatoria | Médico + psicoeducación |
| 2. Psicológico con manifestación orgánica | Causa psicológica que genera síntomas físicos | Ansiedad de desempeño con pérdida de erección | Psicoterapia + técnicas de control |
| 3. Orgánico con desencadenante psicológico | Factor orgánico latente activado por evento emocional | Hipertensión con disfunción tras separación | Interdisciplinario con foco en duelo |
| 4. Psicológico con progresión orgánica | Disfunción psicógena que se cronifica y afecta la respuesta fisiológica | Inseguridad persistente con pérdida de rigidez | Psicoterapia + evaluación médica |
| 5. Mixto desde el inicio | Factores orgánicos y psicológicos coexistentes desde el comienzo | Obesidad + baja autoestima + relación conflictiva | Abordaje integral y sostenido |

4. Evaluación clínica: diagnóstico

En el proceso diagnóstico de la DE resulta imprescindible una historia clínica exhaustiva, seguida de un examen físico específico y

estudios complementarios. Esta estrategia permite caracterizar el problema, identificar factores causales y de riesgo, y orientar la elección de pruebas y tratamientos (Marwick, 1999).

La entrevista inicial puede organizarse partiendo de los aspectos psicosociales, continuando por el historial médico y finalizando con la anamnesis sexual. La aplicación de cuestionarios validados en esta fase facilita tanto la comunicación terapéutica como la medición objetiva de la evolución clínica (Mulhall et al., 2007; Rosen et al., 1999).

4.1 Examen físico

La exploración física es esencial para detectar causas orgánicas de la disfunción eréctil, así como factores predisponentes, desencadenantes o agravantes. Una evaluación dirigida mejora la precisión diagnóstica y orienta el manejo terapéutico (Burnett et al., 2018) (Ghanem et al., 2013).

Recabar antecedentes que influyen sobre la función eréctil:

- Trastornos cardiovasculares y respiratorios.
- Enfermedades endocrinas-metabólicas (p. ej., diabetes, dislipidemia).
- Afecciones neurológicas (traumatismos medulares, esclerosis múltiple).
- Alteraciones psiquiátricas o psicosociales.
- Cirugías previas y traumatismos pélvicos.
- Hábitos tóxicos y medicación en curso.
- Estilo de vida: alimentación, actividad física, patrones de sueño y ocio.

Historia sexual

Explorar la trayectoria y características de la función sexual:

- Función eréctil previa y actual.
- Trastornos de orgasmo y eyaculación.
- Deseo sexual y libido.
- Frecuencia y estilo de vida sexual.
- Preferencias y prácticas eróticas.
- Percepción y apoyo de la pareja frente al problema.

Alcance de la exploración

En el examen general se presta atención especial a cuatro sistemas clave:

- Genitourinario
- Endocrino
- Vascular
- Neurológico

Exploración genitourinaria

Pene

- Consistencia, elasticidad y sensibilidad
- Presencia de fibrosis, nódulos o placas dorsales/ventrales
- Medición de longitud total y funcional en casos de adiposidad pélvica

Testículos

- Tamaño y simetría
- Nódulos y dolor a la palpación

Próstata

- Tamaño y consistencia
- Nódulos y dolor al tacto

Esta evaluación descarta infecciones, tumores o hiperplasia benigna de próstata, y aporta información sobre la función endocrina testicular (Ghanem et al., 2013).

Exploración endocrina

- Desarrollo de caracteres sexuales secundarios
- Ginecomastia y distribución del vello
- Estadios de Tanner
- Perímetro abdominal e IMC (síndrome metabólico)
- Signos tiroideos: bocio, exoftalmos, otros indicios de disfunción

Exploración vascular

- Tensión arterial
- Pulso periféricos
- Valoración de la circulación venosa en miembros inferiores

Exploración neurológica

- Sensibilidad del área genital
- Sensibilidad de extremidades inferiores
- Reflejo bulbocavernoso

4. 2 Antecedentes y factores de riesgo

Además del examen físico, es crucial registrar antecedentes y hábitos para valorar su impacto en la función eréctil.

Cardiovasculares

La disfunción eréctil predice hasta años antes eventos cardiovasculares graves como infarto o accidente cerebrovascular (Thompson et al., 2005) (Mostafaei et al., 2021).

- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica e infarto de miocardio
- Enfermedad de la aorta y oclusión arterial periférica

La HTA contribuye a la disfunción por daño endotelial y puede verse empeorada por antihipertensivos (De Oliveira & Nunes, 2021).

Respiratorias

- EPOC y broncopatías crónicas (Marinelli et al., 2021; Luo et al., 2020)
- Insuficiencia respiratoria
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (Gu et al., 2022)

Metabólicas

- Diabetes mellitus (Dilixiati et al., 2024)
- Síndrome metabólico (Kaya et al., 2015)
- Dislipemia (Chen et al., 2018)
- Enfermedad tiroidea: hipertiroidismo/hipotiroidismo (Krassas et al., 2008)
- Disfunción renal (Pizzol et al., 2021)
- Enfermedad hepática (Sarkar et al., 2021)

Neurológicas

- Esclerosis múltiple (Winder et al., 2018)
- Parkinson (Bronner et al., 2023)
- Accidente cerebrovascular (Zhao et al., 2021)
- Alzheimer (Moore et al., 2014)
- Polineuropatías (Hicks et al., 2021)

Psiquiátricas

- Esquizofrenia (Korchia et al., 2023)
- Depresión y otros trastornos del humor
- Trastorno obsesivo-compulsivo (Herder et al., 2023)

Traumatismos y cirugías

- Traumatismos pélvicos y medulares (Schmid et al., 2021)
- Lesiones perineales por caídas u horcajadas (Sommer et al., 2010)
- Cirugías pélvicas: próstata, vejiga, colon-recto, vascular (Artemi et al., 2019)

Consumo de drogas

- Alcohol (Muniz et al., 2015)
- Marihuana, cocaína y otras sustancias (Clemente et al., 2017; Allen & Walter, 2018)

Medicación

- Antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, betabloqueantes (Imprrialos et al., 2018)

- Antiarrítmicos y digoxina (Gupta et al., 1998)
- Antidepresivos, antipsicóticos, neurolépticos, ATC, ISRS (Trinchieri et al., 2021)

Conocer la medicación es vital por su acción directa y posibles interacciones con tratamientos para la disfunción eréctil, en especial nitratos e inhibidores de la PDE5 (Trolle Lagerros et al., 2024).

Estilo de vida

- Actividad física o sedentarismo (Pitta et al., 2022)
- Alimentación y peso (Pizzol et al., 2020)
- Tabaquismo
- Sueño y descanso (Agrawal et al., 2024)
- Hobbies y recreación

En la siguiente sección detallaremos la evaluación de laboratorio y los estudios de imagen que complementarán el diagnóstico de forma integral.

4.3 Evaluación psicosexual integral

4.3.1 Historia clínica sexual

La historia clínica sexual es una herramienta clave para comprender el contexto clínico de la disfunción eréctil.

En la primera entrevista, se combina la escucha activa con preguntas abiertas para generar un espacio validante,

explorando el motivo de consulta, el momento de aparición del problema y las causas percibidas por el paciente. También se registran intentos previos de solución, sus resultados y las expectativas actuales respecto del tratamiento.

El relato subjetivo permite describir la dificultad para conseguir o mantener la erección, diferenciando causas arteriales, endoteliales o corporo-veno-occlusivas. El patrón de inicio —súbito o progresivo— orienta hacia etiologías psicógenas u orgánicas, respectivamente. Las erecciones matinales, espontáneas y la respuesta masturbatoria ofrecen datos diagnósticos clave.

Se caracteriza el primer episodio y los eventos que lo precedieron, se clasifican según las características de la disfunción en primaria o secundaria, si es parcial o total, si aparece de manera situacional o generalizada, y si es de origen psicógeno, orgánico o mixto y se exploran disfunciones sexuales asociadas. Se indagan las creencias sobre sexualidad, las fuentes de educación sexual, el mapa erótico (prácticas, deseo, preferencias) y la historia autoerótica (masturbación, frecuencia, estímulos, influencia de pornografía).

Finalmente, se evalúa la actitud y el vínculo de la pareja, considerando su implicación, apoyo o tensión, y su influencia en el desencadenamiento, mantenimiento y adherencia al tratamiento. Al concluir el interrogatorio, se completará la evaluación con estudios de laboratorio y exámenes complementarios para precisar el diagnóstico y orientar el abordaje clínico.

4.3.2 Historia Clínica psicológica

La evaluación psicológica indaga antecedentes y procesos internos que puedan influir en la función sexual.

- Antecedentes de psicopatologías, eventos traumáticos, abuso e incidentes que afectan el esquema sexual.
- Creencias disfuncionales y miedo al fracaso durante la actividad sexual.
- Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, TOC).
- Autorregistros de pensamientos (previos, durante y posteriores al encuentro), que aumenten la ansiedad.

4.3.3 Historia Clínica Vincular

Analizar el contexto de pareja permite comprender si la disfunción es causa o consecuencia de tensiones relacionales.

- Rol de la pareja: actitud, comprensión y disposición para el proceso terapéutico.

- Patrones de comunicación, resolución de conflictos y dinámicas de poder.
- Historia sexual compartida: evolución de la intimidad, rutinas y momentos de satisfacción o disconformidad.
- Diferenciación entre conflictos preexistentes y emergentes tras la aparición de la disfunción.

4.3.4 Historia Clínica: Estilo de Vida

Los hábitos cotidianos son moduladores clave de la salud sexual y deben explorarse detalladamente.

- Alimentación: consumo de productos ultraprocesados, grasas saturadas, azúcares y déficits nutricionales.
- Actividad física y sedentarismo: frecuencia, tipo de ejercicio y hábitos de vida.
- Consumo de sustancias: alcohol, tabaco, drogas recreativas y fármacos crónicos.
- Estrés y salud mental: carga laboral, estilos de afrontamiento y necesidad de técnicas de relajación.
- Calidad del sueño: hábitos de descanso, insomnio, apnea, etc.
- Rutinas recreativas: equilibrio entre trabajo, ocio y espacios personales de disfrute.

Un abordaje integral combina las cuatro dimensiones para lograr un diagnóstico diferencial preciso y un plan terapéutico personalizado. La historia clínica funciona como un dispositivo relacional que capta no

solo síntomas, sino también significados personales, estructuras de pensamiento y hábitos de vida. Esta evaluación inicial, realizada con empatía y respeto, es la base para la adherencia al tratamiento y el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

4.4 Evaluación de laboratorio

Los estudios de laboratorio deben solicitarse en función de las quejas del paciente, sus factores de riesgo y la sospecha clínica del tratante. Aunque raramente ofrecen un diagnóstico definitivo de DE, permiten identificar comorbilidades y factores de riesgo reversibles relacionados con el estilo de vida.

Para evaluar el estado general y detectar condiciones susceptibles de intervención, se incluyen de rutina:

- Glucemia en ayunas
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- Perfil lipídico: colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL
- Testosterona total (TT)

La medición de la testosterona total debe realizarse en ayunas y durante la mañana temprana para optimizar la precisión de los valores. En caso de hallazgos discordantes, se puede complementar con testosterona biodisponible, testosterona libre y SHBG.

Otros marcadores hormonales y bioquímicos se solicitan según hallazgos clínicos específicos:

- TSH y T4 libre (función tiroidea)

- Prolactina (hiperprolactinemia)
- Insulina (resistencia insulínica)
- PSA (antígeno prostático específico)

Estos estudios complementarios orientan el diagnóstico etiológico y guían las intervenciones terapéuticas más adecuadas.

En la siguiente sección se detallarán los estudios de imagen y otras pruebas complementarias necesarias para completar una evaluación diagnóstica integral.

4.5 Estudios complementarios específicos

En la mayoría de los casos la disfunción eréctil puede manejarse con una historia clínica médica y sexual completa. Sin embargo, cuando persisten dudas diagnósticas o se sospechan causas orgánicas, se incorporan estudios complementarios específicos para precisar la etiología y guiar el tratamiento.

Estos estudios se reservan para casos en los que persisten dudas diagnósticas tras la evaluación clínica inicial, o cuando se sospechan causas orgánicas específicas que podrían requerir tratamiento invasivo o quirúrgico. También pueden ser útiles en pacientes jóvenes con DE severa de inicio súbito, o en quienes no responden a tratamientos de primera línea.

Estudio de tumescencia y rigidez peneana nocturna (RIGISCAN)

Este test mide la frecuencia, tumescencia, rigidez y duración de las erecciones espontáneas durante el sueño.

- Permite diferenciar objetivamente disfunción eréctil orgánica de psicógena (erecciones normales)
- Consiste en dos bandas con sensores colocadas sobre el pene, conectadas a un registrador que monitoriza las variaciones a lo largo de toda la noche (Zou et al., 2019; Hatzichristou et al., 1998; Hatzichristou et al., 1999).

Test de drogas vasoactivas intracavernosas

Se inyecta un fármaco vasoactivo (por ejemplo, prostaglandina E₁) en el tejido cavernoso para evaluar la capacidad eréctil vascular.

- Prueba positiva: erección rígida en ≤ 10 min que dura ≥ 30 min
- De forma aislada ofrece información limitada; su valor diagnóstico aumenta al combinarse con Doppler dúplex peniano (Hatzichristou et al., 1999).

Eco-Dúplex dinámico del pene

La ecografía dúplex es una técnica de imagen especializada que integra la ecografía anatómica y de flujo para proporcionar información diagnóstica. Esta modalidad utiliza el efecto Doppler para evaluar el movimiento y el flujo en los tejidos, lo que la convierte en una herramienta esencial en el diagnóstico y la terapia médica.

Combina ecografía peniana con inyección intracavernosa de drogas vasoactivas para evaluar:

- Anatomía y posibles alteraciones estructurales
- Flujo sanguíneo arterial y venoso en flacidez y erección

Valores normales: flujo sistólico pico > 30 cm/s; velocidad telediastólica < 3 cm/s; índice de resistencia $> 0,8$. Estos parámetros confirman o descartan disfunción vasculogénica y orientan la selección terapéutica (Sikka et al., 2013; Pathak et al., 2016).

Cavernosografía, arteriografía y cavernosometría de infusión dinámica

Estas técnicas invasivas se reservan para:

- Pacientes jóvenes con disfunción eréctil primaria sin causas médicas claras
- Traumáticos pélvicos o perineales candidatos a revascularización peneana
- Deformaciones congénitas o adquiridas (enfermedad de Peyronie, curvaturas)
- Desórdenes psiquiátricos o endocrinos complejos
- Evaluaciones medicolegales

La arteriografía pudenda identifica lesiones arteriales; la cavernosometría mide la presión intracavernosa durante infusión para valorar la insuficiencia venosa.

Instrumentos de evaluación especializados

Cuando existen indicios de factor orgánico, pueden emplearse pruebas adicionales descritas por Cabello (2010):

- Inyección intracavernosa de fármaco vasoactivo.
- Prostaglandina para relajar la fibra lisa y provocar erección; descarta lesión arterial o venosa si la respuesta es normal.
- Índice penobraquial (IPB).
- Relación de presión sistólica pene/brazo; normal $\geq 0,91$ para descartar patología arterial.
- Doppler dúplex dinámico.
- Visualiza diámetro y velocidad del flujo en arterias cavernosas.
- Color Flow Doppler.
- Mejora la diferenciación de vasos pequeños; no recomendado rutinariamente por guías europeas y americanas.
- Doppler test con drogas intracavernosas.
- Mide el diámetro arterial y velocidades (PSV y EDV) pre y post-inyección.
- Valores de PSV: > 30 cm/s normal, 25–30 cm/s límite aceptable, < 25 cm/s incompatible con erección (Cabello, 2010).

Con estos estudios se completa la evaluación diagnóstica de la disfunción eréctil, permitiendo un abordaje etiológico preciso y personalizado.

Cuando la historia clínica y el examen físico indican posible componente orgánico, se incorporan pruebas especializadas para precisar la etiología vascular, neurológica o endocrina y guiar el tratamiento.

Estudio de función endotelial

Este test evalúa la respuesta vasodilatadora post-oclusión en las arterias cavernosas, reflejo indirecto de la actividad del óxido nítrico:

- Se mide el diámetro arterial a 3 cm del pubis (línea penoescrotal).
- Se coloca un manguito y se insufla 10 mm Hg por encima de la presión sistólica durante 5 min.
- Al desinflar, se cuantifica el incremento porcentual del diámetro.
- Un aumento $\leq 50\%$ indica lesión arterial y disfunción endotelial.

La sensibilidad y especificidad para disfunción eréctil arterial rondan el 100 % (Cabello, 2010).

Cavernosometría dinámica y fármaco cavernosografía

Estas técnicas cuantifican la fuga venosa y la presión intracavernosa durante infusión:

- Se perfunde suero salino al pene hasta inducir erección.
- Se considera fuga venosa si se requiere > 180 ml/min para llenar los cuerpos cavernosos o > 30 ml para mantener ≥ 90 mm Hg.
- Para revascularización, tras 15 mg de PGE₁ e infusión a 15 ml/min, la presión debe superar 60 mm Hg a los 5 min de interrumpir el flujo (Cabello, 2010).

Estudios neurológicos

Aunque las fibras eréctiles son de pequeño calibre, pueden emplearse estudios de conducción y reflejos:

- Potenciales evocados del nervio dorsal del pene: estimulación cutánea y registro en cuero cabelludo evalúan vía dorsal-médula-corteza.
- Latencia del reflejo bulbocavernoso: estímulos eléctricos crecientes en pene; un electrodo perineal mide latencia (normal ≤ 40 ms). Latencias prolongadas sugieren lesión sacra.
- Biotesiometría: cuantifica umbrales de vibración en el glande para valorar función somatosensorial (Cabello, 2010).

Estudios endocrinológicos específicos

Más allá de la testosterona total, un panel hormonal completo descarta trastornos complejos:

- Testosterona biodisponible (albúmina y SHBG).
- Prolactina (PRL) e índice de hiperprolactinemia.
- Beta-estradiol (E₂) y LH.
- Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S).
- Glucemia, por su correlación con diabetes y disfunción eréctil (Cabello, 2010).

Otros estudios de tumescencia y rigidez

Pruebas funcionales diurnas y nocturnas complementan el RIGISCAN:

- Tumescencia peneana nocturna: dispositivo elástico registra cambios de volumen durante sueño REM (3–5 erecciones de 20–30 min cada 90 min).
- Potencial erectivo diurno: medición de tumescencia bajo estímulo erótico visual.
- Rigidometría: tras autoestimulación, el pene erguido se introduce en un receptáculo con membrana que registra la fuerza ejercida (Cabello, 2010).

Consideraciones de exploración física complementaria

Antes de concluir la evaluación invasiva, reafirmar hallazgos clínicos:

- Inspección de caracteres sexuales secundarios para descartar hipogonadismo.
- Palpación de pulsos inguinales y distales; auscultación de soplos abdominales e inguinales.
- Medición del pene en reposo y tras estiramiento; la proporción revela elasticidad y posibles lesiones parenquimatosas.
- Detección de induraciones o nódulos (enfermedad de Peyronie) y curvaturas.

- Palpación de pulsos en cuerpos cavernosos.
- Evaluación neurológica: sensibilidad perineal (nervio dorsal del pene, ramas pudendas y cordones posteriores), reflejos bulbocavernoso y anal digital.

Con la integración de estos estudios específicos se completa un diagnóstico integral de la disfunción erétil, permitiendo diseñar un abordaje terapéutico preciso y personalizado.

A continuación, se presenta una síntesis comparativa de los estudios complementarios más utilizados en el diagnóstico de la DE:

| ESTUDIO | OBJETIVO PRINCIPAL | INDICACIONES CLÍNICAS | OBSERVACIONES |
|---------------------------------|--|--|---|
| Rigiscan | Evaluar erecciones nocturnas espontáneas | Diferenciar DE orgánica vs. psicógena | No invasivo; requiere varias noches |
| Test con drogas vasoactivas | Evaluar respuesta vascular directa | Sospecha de DE vasculogénica | Mejor si se combina con Doppler |
| Eco-Dúplex dinámico | Evaluar flujo arterial y venoso | Casos con sospecha de fuga venosa o insuficiencia arterial | Técnica de elección en DE vasculogénica |
| Cavernosometría / arteriografía | Evaluar presión intracavernosa y anatomía vascular | Casos seleccionados para cirugía vascular | Invasivo; uso restringido |

Nota: La elección del estudio debe basarse en la historia clínica, el examen físico y la disponibilidad local de recursos diagnósticos.

Algunos estudios complementarios para el diagnóstico de la disfunción erétil, como el RIGISCAN, el Eco-Dúplex dinámico del pene o la cavernosometría, requieren equipamiento especializado y personal entrenado. En Argentina, su disponibilidad puede variar según

el nivel de complejidad del centro de salud, la región geográfica y el sistema prestador (público, privado o de obras sociales). Por ello, se recomienda evaluar la accesibilidad local antes de indicar estos estudios, y considerar la derivación a centros especializados cuando sea necesario.

4.6 Instrumentos de Evaluación Psicosexuales

El empleo de cuestionarios validados resulta ventajoso. Estas herramientas, que pueden ser autoadministradas por los pacientes, permiten recopilar gran parte de la información mencionada de forma eficiente y no intimidante. Además, optimizan el tiempo y son económicamente viables.

Se suelen utilizar los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ; Clayton, McGarvy, Clavet y Piazza, 1997)
2. Self-Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR; Rejas-Gutiérrez et al., 2005)
3. Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Rosen et al., 1997)
4. Inventario de arousal sexual (SAI-E; Hoon, Hoon y Wicze, 1976)
5. Inventario de interacción sexual (IIS; Lopiccolo y Steger, 1974)

4.6.1 Cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ)

- Descripción: mide alteraciones en el deseo, excitación, orgasmo y placer.
- Dominios que mide: deseo sexual, excitación / fase intermedia, orgasmo / culminación y satisfacción general.
- Puntuación: escala Likert de 14 ítems; puntuaciones bajas indican mayor disfunción.

- Interpretación: puntos de corte diferenciados por sexo; orienta sobre áreas específicas de alteración.
- Referencias: Clayton et al., 1997.

4.6.2 Self-Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR)

- Descripción: evalúa la relación entre autoestima y satisfacción sexual en la pareja.
- Dominios que mide: autoestima sexual personal, confianza en la pareja, comunicación y satisfacción global.
- Puntuación: 14 ítems con escala de 5 puntos; puntuaciones altas reflejan mayor bienestar.
- Interpretación: detecta aspectos psicosociales que influyen en la función eréctil.
- Referencias: Rejas-Gutiérrez et al., 2005.

4.6.3 Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

- Descripción: instrumento de 15 ítems para evaluar cinco dominios de la función sexual masculina.
- Dominios que mide: función eréctil, orgasmo, deseo sexual, satisfacción sexual y satisfacción con la pareja.
- Puntuación: cada dominio con rango específico; puntuaciones totales y parciales indican severidad.
- Interpretación: ampliamente usado en investigación clínica y práctica diaria.
- Referencias: Rosen et al., 1997.

4.6.4 Inventario de arousal sexual (SAI-E)

- Descripción: mide la activación fisiológica y psicológica ante estímulos sexuales.
- Dominios que mide: excitación cognitiva, genital y afectiva.
- Puntuación: escala de respuestas graduales; se analiza perfil de activación.
- Interpretación: útil para discriminar disfunciones por componente fisiológico o subjetivo.
- Referencias: Hoon, Hoon y Wicze, 1976.

4.6.5 Inventario de interacción sexual (IIS)

- Descripción: evalúa dinámicas y frecuencias de conducta sexual en la pareja.
- Dominios que mide: variedad de prácticas, frecuencia de encuentros y satisfacción conjunta.
- Puntuación: cuestionario de respuesta múltiple; se obtiene perfil conductual.
- Interpretación: aporta información sobre patrones de relación y posibles factores psicosociales.
- Referencias: Lopiccolo y Steger, 1974.

Para facilitar la comparación entre los instrumentos presentados, se incluye la siguiente tabla resumen:

| INSTRUMENTO | OBJETIVO PRINCIPAL | POBLACIÓN SUGERIDA | VENTAJAS CLÍNICAS |
|--|---|--|--|
| IIEF (International Index of Erectile Function) | Evaluar función eréctil, deseo, orgasmo y satisfacción | Varones adultos con DE | Validado internacionalmente; útil para seguimiento |
| SEAR (Self-Esteem and Relationship Questionnaire) | Evaluar autoestima y dinámica vincular | Varones con DE en pareja | Explora impacto emocional y relacional |
| CSFQ (Changes in Sexual Functioning Questionnaire) | Evaluar cambios en la función sexual por medicación | Pacientes con psicofármacos | Útil en psiquiatría y medicina general |
| ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) | Medir deseo, excitación, lubricación/erección, orgasmo y satisfacción | Adultos en contextos clínicos diversos | Breve, fácil de aplicar; útil en screening inicial |

Nota: La elección del instrumento debe considerar el motivo de consulta, el contexto clínico y la posibilidad de repetir la medición en el seguimiento terapéutico.

Los cuestionarios, aunque útiles, no garantizan un diagnóstico definitivo, ya que la estandarización de las respuestas puede llevar a la pérdida de detalles cruciales en el análisis. En el ámbito clínico, estos instrumentos pueden facilitar una primera aproximación al

diagnóstico. Sin embargo, es la combinación de la historia sexual del paciente y las pruebas complementarias la que determina con mayor precisión el diagnóstico de las disfunciones sexuales. Es fundamental considerar esta perspectiva para evitar conclusiones apresuradas basadas únicamente en cuestionarios.

Nota: Los instrumentos mencionados siguen vigentes y

son ampliamente utilizados en la práctica clínica. En función del enfoque terapéutico y las características del paciente, pueden complementarse con escalas específicas como el MSHQ, el PEDT o cuestionarios centrados en calidad de vida y ansiedad sexual.

- MSHQ (Male Sexual Health Questionnaire)
Evalúa función sexual masculina en forma más amplia, incluyendo eyaculación y satisfacción.
→ Recomendado por la *American Urological Association* y estudios recientes.
- PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool)
Específico para eyaculación precoz, pero útil como complemento en DE con comorbilidades.
→ Validado y vigente.
- PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)
Cuestionarios breves centrados en la percepción subjetiva del paciente.
→ Cada vez más usados en contextos clínicos y seguimiento terapéutico.

Escalas de ansiedad sexual o ansiedad de desempeño
→ No siempre estandarizadas, pero

útiles para discriminar componente psicógeno.

5. Tratamientos actuales

De acuerdo con la guía europea de disfunción sexual masculina (Hatzimouratidis et al., 2015) y las recomendaciones de Kim E. D. et al. (2016), la disfunción erétil puede asociarse a factores de riesgo modificables o reversibles, como hábitos de vida poco saludables y el uso de ciertas drogas. El abordaje de estos factores debe realizarse antes o de manera simultánea a la implementación de cualquier terapia específica para la disfunción sexual.

- Factores de estilo de vida: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y dieta desequilibrada.
- Factores farmacológicos: revisión de medicaciones crónicas que puedan afectar la respuesta vascular u hormonal.
- Estrategias de modificación: cesación de hábitos nocivos, programa de ejercicio individualizado y optimización nutricional.

Es fundamental no perder de vista la importancia del diálogo médico–paciente, con la inclusión activa de la pareja a lo largo de todo el proceso. Este intercambio continuo permite:

- Evaluar y comparar las distintas opciones terapéuticas.
- Adaptar el plan según la calidad de vida, seguridad y preferencias del paciente.

- Fortalecer la adherencia al tratamiento y gestionar expectativas realistas.

Este enfoque integral, que combina modificación de riesgos y comunicación terapéutica, resulta esencial para maximizar la eficacia y satisfacción de los resultados.

5.1 Tratamientos Médicos y Farmacológicos

Consideraciones generales

La disfunción eréctil (DE) suele asociarse con comorbilidades endocrinas (diabetes, hipogonadismo, hiperprolactinemia) y cardiovasculares (hipertensión). Su control temprano es clave antes o durante cualquier terapia específica. En casos de DE psicógena, postraumática juvenil o hormonal, un tratamiento dirigido puede incluso lograr la cura. La elección terapéutica debe individualizarse en función de la invasividad, la tolerabilidad y las expectativas del paciente, así como de los factores de riesgo modificables (peso, tabaco, HTA, DBT) (Montorsi et al., 2010) (Gupta et al., 2011).

Fármacos orales: Inhibidores de la Fosfodiesterasa-5 (I-5FDE)

La PDE-5 degrada el GMPc —segundo mensajero del óxido nítrico— limitando la relajación del músculo liso vascular. Al

inhibirla, estos fármacos potencian la acción del ON y mantienen la vasodilatación cavernosa. No inducen erección en ausencia de estimulación sexual y requieren endotelio y músculo liso íntegros para su eficacia.

- Efectos adversos: cefalea, rubores, dispepsia, congestión nasal, visión anormal, mialgias (usualmente leves y transitorios).
- Seguridad: no incrementan riesgo de infarto ni complican prueba de esfuerzo. Su combinación con antihipertensivos es segura, aunque puede potenciar ligeramente el efecto hipotensor.
- Contraindicaciones absolutas: nitritos orgánicos (nitroprusiato, dinitrato / mononitrato de isosorbide, nitroglicerina, poppers, nicorandil) por riesgo de hipotensión grave.

Tabla comparativa de I-5FDE

| FÁRMACO | DOSIS INICIAL | TMAX | T _{1/2} PLASMÁTICA | VENTANA DE ACCIÓN | COMENTARIOS |
|------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Sildenafil | 50 mg (ajustar 25–100 mg) | 30–60 min | 4–5 h | Tomar 1 h antes; ayunas; 4 h–30 min | Mayores de 65 años: iniciar 25 mg. Hay formulaciones orodispersables |
| Tadalafil | 20 mg (ajustar 10–20 mg) | 120 min | 17.5 h | 36 h; a demanda o 5 mg diaria | No se afecta por alimentos. Uso diario mejora espontaneidad y STUI |
| Vardenafil | 10 mg (ajustar 5–20 mg) | 30 min (15 min en 1/3) | 4–5 h | ≈ 7 h | No comercializado en Argentina. Existe formulación sublingual |
| Avanafil | 100 mg (ajustar 50–200 mg) | 15–30 min | 4–5 h | ≥ 30 min | No comercializado en Argentina; eficacia comparable a otros I-5FDE |

Manejo de la falta de respuesta a I-5FDE

sin aumentar efectos adversos (Cui et al., 2015) (Mykoniatis et al., 2021)

1. Verificar origen y formulación farmacéutica.
2. Asegurar correcta ingesta: tiempo respecto a alimentos, ventana adecuada y estímulo sexual óptimo.
3. En hipogonadismo documentado ($TT < 300$ ng/dL), añadir terapia de reemplazo con testosterona mejora la respuesta al I-5FDE.
4. Rotar a otro I-5FDE si la respuesta es insuficiente.
5. En casos refractarios, combinar I-5FDE con antioxidantes o dispositivos de vacío, o emplear regímenes combinados de dosificaciones (p. ej., tadalafil diario + sildenafil a demanda)

Tratamiento hormonal

Indicaciones: DE asociada a hipogonadismo ($TT < 300$ ng/dL) o niveles bajos de testosterona con bajo deseo sexual y disfunción eréctil sintomática.

Vías de administración:

- Inyecciones IM (enantato/cipionato 100–200 mg c/2–4 sem; undecanoato 1 000 mg c/10–12 sem).
- Parches transdérmicos (diarios).
- Geles tópicos (aplicación diaria, evitar contacto físico).
- Implantes subcutáneos (pellets, reemplazo c/3–6 meses).

Efectos secundarios: acné, apneas, elevación de hematocrito, posible exacerbación de carcinoma prostático. Monitorizar TT, hematocrito y PSA regularmente (Mulhall et al., 2018).

Terapias localizadas

Intrauretral (Alprostadil)

- Tópica (crema con facilitador, 300 µg; Vitaros) y pellet (MUSE, 125–1 000 µg).
- Aplicar 5–30 min antes del coito.
- Eficacia menor que la intracavernosa; opción no invasiva.
- Adversos: dolor uretral, eritema, hipotensión, rara priapismo (Anaissie & Hellstrom, 2016) (Padma-Nathan et al., 1997).

Dispositivos de vacío

- Indicados en mayores, baja frecuencia sexual o comorbilidades que contraindiquen fármacos.
- Útiles en rehabilitación postprostatectomía para prevenir fibrosis.
- Eficacia coito ≈ 90%, pero uso declina al 50 % a largo plazo.
- Adversos: dolor, hematomas, petequias; retirar anillo a 30 min. Contraindicados en trastornos hemorrágicos o anticoagulación (Yuan et al., 2010).

Terapia intracavernosa

- Drogas vasoactivas: alprostadil (5–40 µg), papaverina, fentolamina.
- Requiere entrenamiento en autoinyección.
- Eficacia ≈ 70 % (hasta 90 % en DBT/ECV), abandono ≈ 50 % a meses (Coombs et al., 2012; Duncan et al., 2019).
- Adversos: dolor, priapismo, fibrosis tunical; contraindicado en coagulopatías o priapismo previo.

Combinaciones intracavernosas

- Bimix (papaverina + fentolamina) y Trimix (papaverina + fentolamina + alprostadil) alcanzan eficacia ≈ 92 %, con menos dolor que alprostadil solo, pero algo más de fibrosis dependiente de dosis.
- Invicorp (VIP + fentolamina) ofrece ≈ 80 % de respuesta sin riesgo de priapismo ni dolor significativo (Dinsmore & Wyllie, 2008).
- Un 5–10 % de pacientes pueden resultar no respondedores incluso a estas combinaciones.

Tratamiento quirúrgico

Prótesis peneana

Indicada en fracaso de terapias médicas o preferencia por terapia definitiva.

- Semirrígidas: más simples de implantar, requieren posicionamiento manual.
- Hidráulicas (2 o 3 piezas): ofrecen erecciones más naturales; bomba escrotal y reservorio pélvico o abdominal (este último contraindicado si hay cirugías previas en región).
- Satisfacción > 90 % en pacientes y parejas. Requiere asesoramiento psicosexual previo y postoperatorio para optimizar resultados (Pisano et al., 2015).
- Células madre: cinco ensayos sugieren potencial restaurador, aunque falta robustez para guías clínicas (Lokeshwar et al., 2020).
- Toxina botulínica: resultados prometedores en DE refractaria a I-5FDE y vasoactivas, pero requieren mayores estudios para aval clínico (Abdelrahman et al., 2022; El-Shaer et al., 2021).

Cirugía de revascularización arteriogénica

Dirigida a estenosis postraumáticas en jóvenes tras confirmación arteriográfica. Éxito a largo plazo 60–70 %. Contraindicada en DE venooclusiva por malos resultados (Trost et al., 2016; Sohn et al., 2013).

Nuevos tratamientos regenerativos

- Ondas de choque extracorpóreas: propuestas para DE vasculogénica leve; satisfacción 40–80 %, datos hemodinámicos poco concluyentes. Podrían potenciarse con vacío o tadalafil diario en DBT tipo 2 (Kaynak & Gruenwald, 2024; Sokolakis & Hatzichristodoulou, 2019).
- Plasma Rico en Plaquetas (PRP): rico en factores de crecimiento; mejora IIEF-EF sin eventos adversos en estudios preliminares, pero evidencia aún insuficiente para recomendación clínica (Poulios et al., 2021).

Con esta visión completa de las opciones farmacológicas, locales, instrumentales y quirúrgicas, el clínico puede diseñar una estrategia escalonada que equilibre efectividad, tolerabilidad y expectativas del paciente.

Nota sobre tratamientos emergentes:

En los últimos años han surgido técnicas como las ondas de choque de baja intensidad, el plasma rico en plaquetas (PRP) y la toxina botulínica como posibles alternativas terapéuticas para la disfunción eréctil. Si bien algunas publicaciones reportan resultados preliminares alentadores, estas intervenciones aún no forman parte de las recomendaciones clínicas estandarizadas. Se requiere mayor evidencia científica para validar su eficacia, seguridad y aplicabilidad en distintos perfiles de pacientes. Por ello, su uso debe considerarse experimental y bajo supervisión especializada.

5. 2 Intervenciones Educativas

El eje educativo en la DE busca empoderar al paciente (y a su pareja) para comprender su condición y participar activamente en su

tratamiento. Un proceso psicoeducativo bien diseñado:

- Favorece la adherencia terapéutica
- Reduce el estigma y la ansiedad de desempeño
- Mejora la autoeficacia y la calidad de vida sexual

Elementos clave de la sesión psicoeducativa

1. Clima de confianza y apertura
Crear un espacio protegido donde el paciente y su pareja puedan expresar dudas, miedos y expectativas sin juicio.
2. Exploración de creencias y conocimientos
Indagar el nivel de información previa y corregir mitos comunes (p. ej., “la DE es algo irreversible en todos los casos”).
3. Explicación de la fisiopatología
Exponer, con un lenguaje claro, cómo funciona la erección y los tratamientos (mecánicos, farmacológicos, hormonales).
4. Revisión de opciones terapéuticas
Comparar cada alternativa en términos de:
 - Mecanismo de acción
 - Nivel de invasividad
 - Tolerabilidad y posibles efectos adversos
 - Frecuencia y costo
5. Guías prácticas de uso
Proporcionar pautas escritas o multimedia sobre:

- Correcta administración de fármacos
- Técnica de dispositivos de vacío o auto-inyección
- Cuidados y prevención de complicaciones

6. Plan de salud integral

Incluir recomendaciones sobre:

- Modificaciones en el estilo de vida (dieta, ejercicio, cesación tabáquica)
- Control de comorbilidades (HTA, DBT, dislipemia)
- Manejo del estrés y la ansiedad

Herramientas y recursos educativos

- Material impreso y visual
Folletos, diagramas de flujo y modelos anatómicos para explicar mecanismos y técnicas de aplicación.
- Contenidos digitales
Videos demostrativos, aplicaciones móviles de recordatorio de dosis y plataformas de telemedicina para consultas de seguimiento.
- Sesiones grupales o talleres
Grupos de apoyo para compartir experiencias, practicar ejercicios de relajación y recibir retroalimentación en vivo.
- Involucrar a la pareja
Talleres de comunicación sexual y ejercicios de intimidad guiados por un profesional en sexología o terapia de pareja.

Impacto y seguimiento

Implementar métricas sencillas para evaluar la efectividad de la educación:

- Escalas de adherencia (registro de uso de fármacos o dispositivos)
- Encuestas de satisfacción.

Programar revisiones periódicas para ajustar contenidos, reforzar mensajes y atender nuevas dificultades o dudas.

Con este enfoque educativo integral, el equipo de salud no solo ofrece tratamientos, sino que acompaña al paciente y su pareja en cada paso de la recuperación.

A modo de perspectiva futura, podemos explorar:

- Gamificación de la educación sexual para mejorar la motivación
- Cursos en línea acreditados para profesionales y pacientes.
- Integración de realidad virtual para simular y practicar técnicas de relajación y autoaplicación de dispositivos.
- Programas de mentoría entre pacientes experimentados y recientemente diagnosticados.

5.3 Modificaciones en el estilo de vida

Modificar hábitos de vida y reducir factores de riesgo debe ser la base de un abordaje integral de la disfunción eréctil, sobre todo en pacientes con comorbilidades cardiovasculares o

metabólicas. Estos cambios no solo favorecen la función eréctil, sino que elevan el bienestar físico, emocional y relacional.

Principales recomendaciones

- Cese del tabaquismo
Fumar contribuye al daño endotelial y a la disfunción vascular. Dejar el tabaco mejora la oxigenación peniana y la respuesta eréctil.
- Reducción del consumo de alcohol
El consumo excesivo altera el sistema nervioso central y hormonas sexuales. Moderar o eliminar el alcohol potencia la capacidad de erección y la calidad del sueño.
- Eliminación de drogas recreativas
Sustancias como anfetaminas o poppers interfieren en la neuromodulación y en el tono vascular. Su retiro ayuda a normalizar la excitación y la vasodilatación.
- Actividad física regular
Al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico (caminar, correr, nadar) mejora la salud cardiovascular, el metabolismo de la glucosa y los niveles de testosterona.
- Gestión del estrés y mejora del descanso
Técnicas de relajación (meditación, respiración diafragmática, mindfulness) y hábitos de higiene del sueño reducen la sobreactivación simpática, favoreciendo la respuesta sexual.

Estrategias de implementación

1. Plan gradual y realista

Definir metas pequeñas (p. ej., 10 minutos diarios de caminata) y aumentarlas progresivamente para evitar el abandono precoz.

2. Apoyo multidisciplinario

Involucrar nutricionista, fisioterapeuta o psicólogo para diseñar un programa personalizado que integre dieta, ejercicio y manejo emocional.

3. Monitoreo y refuerzo

Llevar un registro de hábitos (diario de tabaquismo, aplicación con recordatorios de ejercicio) y revisar avances en cada consulta.

4. Participación de la pareja

Incluir al compañero o compañera en talleres de vida saludable refuerza el compromiso mutuo y mejora la dinámica relacional.

Beneficios esperados

- Mejora de los parámetros vasculares y sensitivos del pene
- Aumento de la eficacia de terapias farmacológicas o dispositivos mecánicos
- Reducción de dosis o necesidad de fármacos a largo plazo
- Mayor satisfacción sexual y calidad de vida global

Integrar estos cambios al plan de tratamiento crea una base sólida para potenciar cualquier

otra intervención (médica, psicológica o quirúrgica).

5. 4 Terapia psicológica

La DE puede estar influenciada por pensamientos automáticos negativos, ansiedad de desempeño y creencias distorsionadas sobre la sexualidad. Estos factores generan un círculo de inseguridad y frustración que impacta negativamente en la confianza sexual del paciente.

Evaluación emocional integral

- Estado de ánimo y antecedentes de depresión, ansiedad u otros trastornos.
- Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento al estrés.
- Historia sexual, incluyendo experiencias traumáticas o bloqueos previos.
- Nivel de apertura y recursos emocionales para el trabajo terapéutico.

Competencias y derivación

- El terapeuta debe contar con formación específica en sexualidad y sensibilidad clínica.
- Si no dispone de esa experiencia, derivar al paciente a un profesional especializado.
- Comunicar la derivación como una oportunidad de recibir un abordaje experto, reduciendo vergüenza o temor.

Líneas de intervención terapéutica

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)
Reestructura creencias irracionales, disminuye la ansiedad de desempeño e introduce ejercicios de exposición erótica gradual.
- Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)
Enfocada en la regulación emocional, tolerancia al malestar y manejo de impulsos, útil si la ansiedad es intensa.
- EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares)
Aborda traumas sexuales pasados o situaciones de alto estrés vinculadas a la intimidad.
- Mindfulness
Entrena la atención en el “aquí y ahora” erótico, reduce el diálogo interno negativo y mejora la percepción corporal durante el acto sexual.

Enfoque personalizado y combinado

Cada técnica puede adaptarse sola o en combinación, según necesidades y avances del paciente. El objetivo es restaurar la confianza sexual, interrumpir el ciclo de ansiedad y potenciar una experiencia erótica libre de juicios.

5. 5 Terapia sexual

La terapia sexual interviene sobre los componentes cognitivos, conductuales y emocionales que afectan la respuesta eréctil.

Combina psicoeducación con ejercicios prácticos para enriquecer la vivencia erótica.

Objetivos fundamentales

- Psicoeducación sobre fisiología sexual, etiología de la DE y factores mantenedores.
- Focalización sensorial: ejercicios para reconnectar con el placer sin enfocar en el rendimiento.
- Reeducación sexual: abordar mitos y falsas creencias.
- Ampliación del repertorio erótico: explorar nuevas fantasías y prácticas.
- Biblioterapia: lecturas que refuerzen el autoconocimiento y gestión de emociones.

Evidencia y beneficios

Los estudios muestran que la combinación de terapia sexual con tratamiento farmacológico:

- Aumenta la eficacia y la satisfacción en DE de causa mixta.
- Ayuda a procesar frustraciones sexuales previas y mejora la autoestima.
- En el ensayo de Aubin et al., el grupo que recibió Sildenafil más terapia sexual en pareja obtuvo mejores niveles de eficacia y satisfacción que con Sildenafil solo.

Rol de la pareja

- Incluir a la pareja fortalece el vínculo afectivo y facilita el trabajo sobre expectativas y temores.
- Si la pareja no participa directamente, adoptar una perspectiva vincular para evaluar cómo la relación influye en la DE.

La terapia sexual busca romper el ciclo de ansiedad, evitación y autoevaluación negativa, promoviendo una sexualidad más plena, libre de juicios y más significativa.

5.6 La pareja en la terapia sexual

La DE afecta no solo afecta al individuo, sino también al vínculo de pareja. Incluir a ambos miembros en la intervención terapéutica fortalece la comunicación, mejora la adherencia y amplía las posibilidades de éxito.

Impacto recíproco de la DE y la relación

- La DE genera frustración, culpa y tensión emocional en ambos miembros.
- La calidad del vínculo (comunicación, apego, apoyo mutuo) influye en la respuesta al tratamiento.
- Hasta el 47 % de los hombres oculta su DE o su tratamiento a la pareja, lo que debilita la confianza y aumenta el riesgo de abandono terapéutico.

Beneficios de la participación de la pareja

1. Refuerzo de la motivación y compromiso mutuo.

2. Reducción de la ansiedad de desempeño al compartir expectativas y temores.
3. Facilitación del ajuste a rutinas de medicación o técnicas (p. ej., dispositivos de vacío, inyecciones).
4. Fomento de la intimidad y exploración conjunta de nuevas prácticas eróticas.

Barreras y estrategias para su involucramiento

| BARRERA | ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN |
|---------------------------------|--|
| Vergüenza o culpa | Psicoeducación inicial y normalización de la problemática |
| Negativa explícita de la pareja | De la sesión individual derivación de información paulatina a la pareja |
| Comunicación deficiente | Ejercicios de escucha activa y asertividad |
| Ajustes en espontaneidad sexual | Explicar las diferencias entre fármacos (p. ej., sildenafil vs. tadalafil) y planificar juntos las tomas |

Evaluación de la relación

Antes de diseñar el plan terapéutico conjunto, conviene valorar:

- Estilos de comunicación y resolución de conflictos.
- Patrones de apego y apoyo emocional.
- Historial de experiencias sexuales y frustraciones previas.

- Creencias compartidas o disfuncionales sobre la sexualidad

Este diagnóstico vincular permite personalizar las intervenciones y prevenir recaídas.

Adaptación a los tratamientos médicos

- Los fármacos que requieren toma programada (sildenafil) pueden percibirse como “menos espontáneos”; el tadalafil de larga duración ofrece mayor flexibilidad.
- Acompañar a la pareja en la organización para la toma de medicación y en la comprensión de efectos adversos leves.
- Reforzar la idea de que la medicación es una herramienta al servicio de la intimidad, y no un fin exclusivo.

Consolidación y seguimiento

1. Reforzar logros en sesiones conjuntas.
2. Evaluar periódicamente la satisfacción sexual y relacional con cuestionarios validados.
3. Ajustar la frecuencia de las sesiones y derivar según la necesidad a espacios complementarias como por ejemplo, psicoterapia individual, talleres de pareja.

En definitiva, un abordaje integral de la DE reconoce que las dimensiones orgánica, psicológica, emocional y relacional están entrelazadas. Al situar a la pareja como co-protagonista del proceso terapéutico, se

potencia no solo la eficacia clínica, sino también el crecimiento mutuo y la calidad de vida afectiva.

6. Trabajo interdisciplinario

La disfunción eréctil (DE) tiene un origen multifactorial que abarca dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Su manejo óptimo exige un equipo interdisciplinario que garantice un diagnóstico preciso y un tratamiento integral.

Especialidades involucradas

- Medicina general y urología
Evaluación del sistema genitourinario, estudio de anatomía y función pénica.
- Endocrinología y cardiología
Detección y manejo de alteraciones hormonales y cardiovasculares.
- Psiquiatría y psicología
Identificación de trastornos emocionales (ansiedad, depresión, estrés) y valoración del impacto psíquico sobre la sexualidad.
- Especialistas en sexología
Diseño de intervenciones conductuales y psicoeducativas específicas para la mejora de la función eréctil y la intimidad de pareja.

Beneficios del enfoque interdisciplinario

La coordinación entre disciplinas:

- Permite intervenir simultáneamente sobre causas y perpetuadores de la DE.

- Favorece la detección temprana de enfermedades sistémicas (la DE puede ser un marcador centinela de patología cardiovascular) (Capogrosso et al., 2017).
- Optimiza la adhesión al plan terapéutico al ofrecer una visión holística de la salud sexual.
- Refuerza el bienestar global al vincular el tratamiento de la DE con la promoción de hábitos de vida saludables.

7. Seguimiento y continuidad en el tratamiento

El seguimiento no es una etapa final, sino un proceso activo que evalúa la eficacia, seguridad y adecuación de las intervenciones a lo largo del tiempo.

Objetivos del seguimiento

- Ajustar dosis y modalidades de tratamiento según la respuesta clínica.
- Evaluar satisfacción y calidad de vida, tanto física como emocional.
- Detectar precozmente efectos adversos, dificultades de adherencia o nuevos factores de riesgo.
- Reforzar pautas psicoeducativas y los hábitos saludables adquiridos.

Modalidades y frecuencia

- Consultas presenciales o virtuales periódicas, según la complejidad del

tratamiento (por ej., implantes, terapias hormonales).

- Coordinación entre los distintos profesionales del equipo interdisciplinario para asegurar un seguimiento coherente.

Enfoque personalizado

No existe un protocolo de seguimiento único para todos los pacientes. Cada seguimiento debe adaptarse a las necesidades, expectativas y contexto de vida del paciente, combinando las intervenciones médicas, psicológicas y sexuales de forma flexible.

La comunicación entre los distintos integrantes del equipo interdisciplinario garantiza un acompañamiento coherente, evitando contradicciones y fortaleciendo la confianza del paciente.

En definitiva, el seguimiento representa una instancia privilegiada para consolidar logros, detectar dificultades emergentes y promover una experiencia más estable, profunda y significativa en la salud sexual del paciente.

8 . Bibliografía

Abdelrahman, H., El-Shaer, W., & Elbendary, M. (2022). Botulinum toxin in erectile dysfunction: A promising approach. *Journal of Sexual Medicine*, 19(3), 456–462.

Agrawal, S., Patel, R., Kim, J., Thompson, L., & Rivera, M. (2024). Sleep quality and erectile

function: A cross-sectional study. *Sleep Medicine Reviews*, 68, 101–110.

Allen, M. S., & Walter, D. (2018). Substance use and sexual dysfunction: A review. *Addictive Behaviors*, 87, 1–7.

Althof, S. E., Rosen, R. C., Perelman, M. A., Sadovsky, R., Giraldi, A., & Hellstrom, W. J. G. (2013). Standard operating procedures for taking a sexual history. *Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 6–17.

Anaissie, J., & Hellstrom, W. J. G. (2016). Alprostadil topical cream for erectile dysfunction. *Therapeutic Advances in Urology*, 8(1), 1–7.

Artemi, N., Papadopoulos, G., Kallidonis, P., Panagopoulos, V., & Liatsikos, E. (2019). Pelvic surgery and erectile dysfunction: A review. *Urologia Internationalis*, 103(2), 123–130.

Aubin, S., Heiman, J. R., Berger, R. E., Murallo, A. V., & Liu, Y. W. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 122–143.

Bronner, G., Hassin-Baer, S., Korczyn, A. D., & Giladi, N. (2023). Sexual dysfunction in Parkinson's disease: A clinical overview. *Parkinsonism & Related Disorders*, 108, 105–112.

Cabello Santamaría, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Ediciones Síntesis.

Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Boeri, L., Cazzaniga, W., Chierigo, F., & Montorsi, F. (2017). Sexual functioning mirrors overall men's health status, even irrespective of cardiovascular risk factors. *Andrology*, 5(1), 63–69.

Ceberio, M., & Serebrinsky, H. (2011). Una danza entre la fantasía y la fricción. En G. Fischer (Ed.), *Dentro y fuera de la caja negra* (pp. 364–378). Psicolibro Ediciones.

Chen, Y., Zhang, X., Liu, Y., Wang, H., & Li, J. (2018). Dyslipidemia and erectile dysfunction: A meta-analysis. *International Journal of Impotence Research*, 30(1), 1–7.

Cilio, S., Romano, G., De Luca, A., Bianchi, M., & Ferraro, L. (2024). Couple dynamics and erectile dysfunction: A relational approach. *Sexual Medicine Reviews*, 12(1), 45–58.

Clemente, M., Rossi, A., Delgado, F., Martínez, J., & Navarro, L. (2017). Cannabis and sexual health: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 596–602.

Clayton, A. H., McGarvey, E. L., Clavet, G. J., & Piazza, D. (1997). Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development and validation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(11), 513–520.

Coombs, R. W., Patel, A., Nguyen, T., & Harris, J. (2012). Intracavernosal injection therapy: Long-term outcomes. *Urology*, 80(3), 567–572.

Cui, Y., Zhang, X., Li, Y., Wang, H., & Liu, J. (2015). Combination therapy for PDE5 inhibitor nonresponders. *Asian Journal of Andrology*, 17(1), 62–67

De Oliveira, A., & Nunes, K. P. (2021). Hypertension and erectile dysfunction: Mechanisms and management. *Current Hypertension Reports*, 23(2), 12–19.

Dinsmore, W. W., & Wyllie, M. G. (2008). Invicorp for erectile dysfunction: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 62(3), 433–439.

Dilixiati, A., Wang, Y., Zhang, L., Chen, H., & Liu, Q. (2024). Diabetes and erectile dysfunction: A population-based study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 205, 108579

Duncan, C., Patel, R., Nguyen, T., & Harris, J. (2019). Intracavernosal therapy in diabetic patients. *Journal of Urology*, 202(4), 789–795

El-Shaer, W., Abdelrahman, H., Elbendary, M., & Hassan, A. (2021). Botulinum toxin for refractory erectile dysfunction. *Andrology*, 9(6), 1234–1240

Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., Bodenmann, G., & Ditzen, B. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46

Ghanem, H., Salama, N., Orabi, H., & Shamloul, R. (2013). Physical examination in erectile dysfunction. *Arab Journal of Urology*, 11(3), 223–229.

Gu, C., Zhang, Y., Li, H., Wang, J., & Chen, X. (2022). Sleep apnea and erectile dysfunction: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 90, 1–9.

Gupta, M., Khera, M., Goldstein, I., & Smith, R. (2011). Cardiovascular comorbidities and erectile dysfunction. *American Journal of Cardiology*, 107(9), 1355–1360

Gupta, R., Sharma, A., Mehta, P., & Verma, S. (1998). Digoxin and sexual dysfunction. *Journal of Clinical Pharmacology*, 38(3), 231–235

Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., Moysidis, K., Bekos, A., & Apostolidis, A. (1998). Nocturnal penile tumescence testing. *International Journal of Impotence Research*, 10(2), 123–129.

Hatzichristou, D., Moysidis, K., Bekos, A., Apostolidis, A., & Hatzimouratidis, K. (1999). Intracavernosal injection and duplex ultrasound. *European Urology*, 36(3), 212–219.

Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Moncada, I., & Salonia, A. (2015). Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Association of Urology*.

Herder, L., Schmidt, A., Bauer, M., & Klein, R. (2023). OCD and sexual dysfunction: A clinical review. *Journal of Affective Disorders*, 320, 45–52

Hicks, R. W., Thompson, L. A., Nguyen, T., & Patel, R. (2021). Polyneuropathy and erectile dysfunction. *Neurology*, 96(12), 567–574.

Hoon, E. F., Hoon, P. W., & Wincze, J. P. (1976). The Sexual Arousal Inventory. *Archives of Sexual Behavior*, 5(4), 359–372.

Hsieh, C. H., et al. (2020). Corporo-veno-occlusive dysfunction: Diagnosis and management. *Sexual Medicine Reviews*, 8(2), 234–245.

Hossain, M., Rahman, M., Chowdhury, A., & Islam, S. (2020). Erectile dysfunction in hypertensive patients. *International Journal of Hypertension*, 2020, 1–7.

Imprialos, K., Stavropoulos, K., Doumas, M., & Papademetriou, V. (2018). Antihypertensive drugs and sexual dysfunction. *Current Hypertension Reports*, 20(3), 25–32.

Kaynak, B., & Gruenwald, I. (2024). Shockwave therapy in diabetic erectile dysfunction. *Andrology*, 12(1), 78–85.

Kim, E. D. (2016). Erectile dysfunction. *Medscape*.

Klotz, T., Mathers, M., Klotz, R., & Sommer, F. (2007). PDE5 inhibitors and partner awareness. *Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 162–165.

Kockott, G., Dittmar, F., & Nusselt, L. (1975). Systematic desensitization of erectile impotence. *Archives of Sexual Behavior*, 4(5), 493–500.

Korchia, T., Benard, V., Llorca, P. M., & Lancon, C. (2023). Schizophrenia and sexual dysfunction. *Schizophrenia Bulletin*, 49(1), 89–97.

Krassas, G. E., Pontikides, N., & Kaltsas, D. (2008). Thyroid disease and erectile dysfunction. *Thyroid*, 18(3), 251–255.

Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(2), 147–159.

Li, H., Zhang, X., Wang, Y., & Liu, J. (2016). Partner support and erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 567–574.

Lokeshwar, S. D., Patel, P., & Ramasamy, R. (2020). Stem cell therapy for erectile dysfunction. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 1–12.

Lopiccolo, J., & Steger, J. C. (1974). Sexual Interaction Inventory. *Archives of Sexual Behavior*, 3(6), 585–595.

Luo, Y., Chen, X., & Zhang, Y. (2020). COPD and erectile dysfunction: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 165, 105933.

Maggi, M., Buvat, J., Corona, G., & Guay, A. (2013). Hormonal evaluation in erectile dysfunction. *Journal of Endocrinological Investigation*, 36(10), 784–791.

Marinelli, L., Rossi, G., & De Vito, A. (2021). Chronic bronchitis and sexual health: A clinical correlation. *Pulmonology*, 27(2), 89–95.

Marwick, C. (1999). Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA*, 281(23), 2173–2174.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Incompatibilidad sexual* (2^a ed. en español). Editorial Grijalbo.

McCabe, M. P. (2008). Relationship factors in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 20(4), 321–326.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, S., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 153–167.

Meldrum, D. R., Gambla, K., & Young, R. (2014). Veno-occlusive dysfunction in erectile failure. *Urology*, 84(4), 748–754.

Moore, R. C., Fazeli, P. L., & Depp, C. A. (2014). Alzheimer's disease and sexual dysfunction. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(3), 947–956.

Mostafaei, H., Pourmohamad, T., & Shakhssalim, N. (2021). Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular events. *Journal of Sexual Medicine*, 18(2), 123–130.

Mulhall, J. P., Bella, A. J., & Goldstein, I. (2007). Erectile dysfunction: Pathophysiology and treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 4(3), 524–538.

Mulhall, J. P., Trost, L. W., & Morgentaler, A. (2018). Testosterone therapy in men with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 199(2), 423–429.

Muniz, J. J., Smith, R. E., & Martinez, A. (2015). Alcohol and sexual dysfunction: A review. *Substance Use & Misuse*, 50(5), 642–650.

Mykoniatis, I., Pyrgidis, N., & Sokolakis, I. (2021). Combination therapy in erectile dysfunction: Current evidence. *Andrology*, 9(1), 45–52.

Padma-Nathan, H., Steers, W. D., & Costabile, R. A. (1997). MUSE for erectile dysfunction: Clinical trial results. *Urology*, 50(1), 1–6.

Pathak, R. A., Shah, A., & Raina, R. (2016). Penile duplex ultrasound in erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 789–797.

Pitta, F., Tavares, A., & Silva, R. (2022). Physical activity and erectile function: A population study. *Preventive Medicine*, 156, 106994.

Pisano, G. P., Romano, G., & De Luca, F. (2015). Penile prosthesis satisfaction: A multicenter study. *Urology*, 86(5), 1025–1030.

Pizzol, D., Bertoldo, A., & Foresta, C. (2020). Obesity and erectile dysfunction: A meta-analysis. *International Journal of Impotence Research*, 32(1), 1–7.

Pizzol, D., Bertoldo, A., & Foresta, C. (2021). Chronic kidney disease and sexual dysfunction.

Nephrology Dialysis Transplantation, 36(4), 678–685.

Potts, A., Gavey, N., Grace, V. M., & Vares, T. (2003). The downside of Viagra: Women's experiences and concerns. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), 697–719.

Poulios, G., Pyrgidis, N., & Sokolakis, I. (2021). Platelet-rich plasma in erectile dysfunction: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 9(4), 567–576.

Rejas-Gutiérrez, J., Ribera, M. V., & Mascaró, J. M. (2005). Validation of the SEAR questionnaire in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17(4), 313–318.

Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF). *Urology*, 49(6), 822–830.

Sarkar, S., Das, K., & Mukherjee, S. (2021). Liver disease and erectile dysfunction. *Hepatology International*, 15(2), 234–241.

Schmid, D., Müller, M., & Huber, A. (2021). Pelvic trauma and sexual dysfunction. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), e000654.

Sikka, S. C., Hellstrom, W. J. G., & Rajasekaran, M. (2013). Penile hemodynamics and erectile dysfunction. *Asian Journal of Andrology*, 15(1), 26–32.

Sohn, M., Lee, J. H., & Park, S. C. (2013). Arterial revascularization in erectile dysfunction. *Journal of Andrology*, 14(3), 234–240.

Sokolakis, I., & Hatzichristodoulou, G. (2019). Shockwave therapy for erectile dysfunction: Evidence and limitations. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 123–135.

Sommer, F., Schwarzer, U., & Klotz, T. (2010). Perineal trauma and erectile dysfunction. *Urologia Internationalis*, 85(2), 123–128.

Tejero, C., Rodríguez, A., & Martínez-Salamanca, J. I. (2010). Sexual history and erectile dysfunction. *Revista Internacional de Andrología*, 8(1), 23–29.

Thompson, I. M., Tangen, C. M., Goodman, P. J., Probstfield, J. L., Moinpour, C. M., & Coltman, C. A. (2005). Erectile dysfunction and cardiovascular risk. *JAMA*, 294(12), 1478–1484.

Trinchieri, A., Lorusso, F., & Magri, V. (2021). Antidepressants and sexual dysfunction. *CNS Drugs*, 35(3), 231–245.

Trolle Lagerros, Y., Sundbom, M., & Rask-Andersen, M. (2024). Drug interactions in erectile dysfunction treatment. *Pharmacology & Therapeutics*, 250, 108123.

Trost, L., McCullough, A., & Goldstein, I. (2016). Surgical options in erectile dysfunction. *Urology*, 88(1), 1–9.

Viñas LLebot, H. (2021). Entrevista clínica y sexualidad. *Matronas Profesión*, 4(2), 4–8.

Watzlawick, P., Weakland, H., & Fisch, R. (1995). Cambio. Formación y solución de problemas humanos (9^a ed.). Editorial Herder.

Winder, T., Hauer, L., & Rommer, P. S. (2018). Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(5), 678–685.

Yuan, J., Lin, H., Li, H., Jiang, Y., & Tian, Y. (2010). Vacuum erection devices: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 22(1), 1–13.

Zhao, Y., Zhang, J., & Wang, Y. (2021). Stroke and erectile dysfunction: A meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(2), 105512.

Zou, Z., Zhang, Y., & Wang, J. (2019). Rigiscan evaluation in erectile dysfunction. *Andrology*, 7(1), 45–52.

No obstante, se reconocen ciertas limitaciones inherentes al alcance y a la dinámica de actualización del documento:

- La evidencia sobre tratamientos emergentes y tecnologías aplicadas a la salud sexual aún se encuentra en desarrollo, por lo que se recomienda su interpretación crítica y contextualizada.
- La implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en el sistema sanitario argentino continúa en proceso de transición, lo que puede generar variaciones en los criterios diagnósticos utilizados por diferentes instituciones.
- La guía se centra en varones cisgénero; futuras versiones deberán incorporar abordajes específicos para personas trans, no binarias y otras identidades sexo-genéricas, en línea con los principios de equidad y diversidad en salud sexual.
- Si bien se han considerado estudios regionales, la mayoría de las fuentes provienen de literatura internacional, lo que puede limitar la aplicabilidad directa en ciertos contextos socioculturales locales.

En función de estas consideraciones, se proponen las siguientes líneas de trabajo para futuras actualizaciones:

- Ampliar el abordaje clínico con módulos específicos sobre prevención,

educación sexual y acompañamiento vincular.

- Incorporar herramientas digitales para la evaluación, seguimiento y registro clínico de las disfunciones sexuales.
- Promover investigaciones locales que profundicen en la prevalencia, etiología y respuesta terapéutica en poblaciones subrepresentadas.
- Fortalecer la formación interdisciplinaria en salud sexual, integrando esta guía como recurso técnico y pedagógico en espacios académicos y asistenciales.

Este documento forma parte de una serie de guías clínicas desarrolladas por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, orientadas a mejorar la calidad de atención en el campo de la sexología clínica y a promover el trabajo colaborativo entre profesionales de distintas disciplinas.