

RESPUESTA SEXUAL EN EL VARÓN ADULTO: ESTUDIO PRELIMINAR

Rafael Ballester-Arnal

Jesús Castro-Calvo

Pedro Salmerón-Sánchez

Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Salusex-Unisexsida. Universitat Jaume I

Vicente Morell-Mengual

Irene Díaz-Rodríguez

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de Valencia. Salusex-Unisexsida. Estudi general

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.206>

Fecha de Recepción: 11 Enero 2016

Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016

RESUMEN

Las personas mayores cada vez otorgan más importancia a la vivencia activa de su sexualidad, lo que choque con algunas de las limitaciones físicas que impone la vejez. El objetivo de este trabajo es acercarnos a la vivencia de la sexualidad en hombres mayores a través de uno de los principales cuestionarios empleados en el estudio de la respuesta sexual masculina: el Índice Internacional de la Función Eréctil. Para ello, 38 hombres de entre 53 y 81 años completaron este y otros instrumentos a través de los cuales se encontró que si bien algunos aspectos de la respuesta sexual (como la función eréctil o el deseo sexual) efectivamente se veían afectados negativamente en hombres mayores, el impacto sobre otros tanto o más importantes como la satisfacción sexual global es limitado. Estas evidencias aportan un nuevo punto de vista a la comprensión de la vivencia de la sexualidad en la edad adulta y permite mejorar las estrategias preventivas y de intervención en este colectivo.

Palabras clave: Respuesta sexual; Función eréctil; Evaluación, Hombres adultos.

ABSTRACT

Sexual response in the adult male: preliminary study

The importance that mature adults give to the fact of having an active sexual behavior is increasing. However, this interest clashes with physical limitations that the old age imposes. The aim of this study was to study sexual behavior among mature adults through the use of one of the most employed questionnaires for its assessment: the International Index of Erectile Function. For this purpose, 38 males between 53 and 81 years old completed the study surveys. We found that whereas some aspects of sexual behavior (e.g., the erectile function or the sexual desire) were adversely affected in mature adults, the impact on other domains such as the global sexual satisfaction is lim-

ited. This study increases our knowledge about sexuality in the adulthood and improves our preventive and therapeutic interventions on this collective.

Keywords: Sexual response, Erectile function, Assessment; adult males.

INTRODUCCIÓN

Tal y como señala Leiblum, “vivimos en el mejor momento para ejercer la terapia sexual” (Leiblum, 2006, p. 3). Por un lado, las personas reconocen cada vez más la importancia de la vivencia activa de la sexualidad en cualquiera de las etapas de la vida, tanto en su dimensión afectiva como en su vertiente más puramente física. Ya no se teme reivindicar el derecho a una vida sexual activa más allá de los sesenta años (esa especie de barrera psicológica que separa a los hombres y mujeres con y sin derecho al disfrute sexual) y cada vez son más y por más tiempo los que se encuentran en este periodo vital: según el último estudio del INE, la esperanza de vida en España se sitúa ya en 80 años para los varones y en 86 para las mujeres y las personas de 60 años o más representan prácticamente el 23.7% de la población. Sin embargo, esta reivindicación choca de frente con las limitaciones físicas –y en algunos casos psicológicas- que impone el envejecimiento, que es considerado uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cualquiera de las disfunciones sexuales contempladas por los manuales DSM tanto en hombres (Corona, Rastrelli, Maseroli, Forti, & Maggi, 2013) como en mujeres (Clayton & Harsh, 2016).

Encontramos razones de todo tipo para explicar el declive de la sexualidad que acompaña al envejecimiento. Centrándonos en el varón, el nivel de algunas de las principales hormonas que regulan aspectos fundamentales del comportamiento sexual como el deseo, la excitación o la capacidad para alcanzar el orgasmo (como por ejemplo la testosterona) se reduce significativamente, lo que produce un impacto negativo directo sobre todas las fases de la respuesta sexual (Cunningham et al., 2015). En otros casos, las complicaciones derivadas de enfermedades médicas como la diabetes, la hipertensión o la hipercolesterolemia explicarían la dificultad de algunas personas para mantener una vida sexual activa durante su vida adulta. En este sentido, un estudio realizado con 125 hombres de entre 41 y 79 años (edad media de 56 años) con disfunción eréctil (de ahora en adelante DE) encontró que en dos de cada tres casos, la disfunción sexual derivaba de una enfermedad médica asociada (principalmente enfermedades crónicas) (Guirao, García, Sandoval, & Mocciaro, 2002). En otros casos, la enfermedad no explicaría directamente la disfunción sexual pero sí sería un agravante en su desarrollo: así, se ha demostrado que los hombres con dolor musculoesquelético (Tajar et al., 2011) o debilitamiento general del estado de salud (Lee et al., 2013) experimentan múltiples problemas en distintos aspectos del funcionamiento sexual derivados del estrés que les genera la vivencia de estas condiciones físicas limitantes. Finalmente, factores psicológicos como el declive de la autoestima, el empeoramiento de la imagen corporal o trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión explicarían también que las personas mayores vean empeorada su salud sexual (Santamaría, 2010).

Es un hecho que estos factores condicionan la respuesta sexual. Así, la estimulación necesaria para que un hombre adulto alcance una erección que permita la penetración es mayor, se alarga el tiempo requerido para lograrla y la tumescencia alcanzada difícilmente será comparable a la obtenida años atrás (Meston, 1997). Sin embargo, esto no se traduce invariablemente en el desarrollo de disfunciones que impidan el disfrute de la sexualidad. La disfunción eréctil (la patología sexual más frecuente en varones adultos) afecta en torno al 38% de los hombres europeos de entre 60 y 69 años y el trastorno orgásmico a tan sólo el 7%. (Corona et al., 2010). En España, la prevalencia de DE en hombres de entre 60 y 70 años sería del 32.3%: la mayor parte de este porcentaje (el 26.3%) correspondería a manifestaciones leves de esta problemática, expresándose de forma severa en tan sólo el 6% de los casos (Martin-Morales et al., 2001). Incluso en aquellas situaciones en las que la

condición física limita el disfrute durante las relaciones de pareja (al menos en cuanto a las formas clásicas de estimulación), esto no parece condicionar la satisfacción sexual global: así, mientras que tan sólo la mitad de los hombres europeos de entre 60 y 69 años está satisfecho con su capacidad para mantener relaciones sexuales, 8 de cada 10 valora positivamente su vida sexual global (Corona et al., 2010).

Las particularidades de la vivencia de la sexualidad adulta junto con la escasez de estudios en tramos de edad más avanzados son algunas de las razones que motivaron la realización de la presente investigación. Su objetivo fue tratar de acercarnos a la vivencia de la sexualidad en hombres mayores a través de uno de los principales cuestionarios empleados en el estudio de la respuesta sexual masculina: el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE, Rosen et al., 1997).

MÉTODO

Participantes

En este estudio han participado un total de 38 hombres de entre 53 y 81 años ($M=63.03$; $DT=5.92$). Con respecto a su estado civil, la mayoría dijeron estar casados (65.8%), un 15.8% viudos, el 13.2% separados o divorciados y el 5.3% solteros. Tres de ellos (7.9%) no habían tenido descendencia, mientras que el 92.1% restante informaba haber tenido entre 1 y 6 hijos (una media de 2 hijos). Tan sólo uno de los 38 hombres se autoidentificó como bisexual (2.8%), declarándose heterosexuales todos los demás (97.2%).

Por lo que se refiere al nivel de estudios, la distribución de participantes con estudios básicos (36.9%), de formación profesional (15.8%) y superiores (47.3%) fue similar. Tan sólo uno de los participantes dijo continuar ejerciendo una actividad profesional mientras que de los 37 restantes, 28 estaban jubilados (73.7%), 3 incapacitados (7.8%) y 6 en paro (15.8%). Finalmente, el 15.8% definió su nivel socioeconómico como bajo y el 84.2% como medio.

Instrumentos

Aparte de un cuestionario Ad-Hoc de datos sociodemográficos (sexo, edad, nº de hijos, creencias religiosas, etc.), todos los participantes completaron un cuestionario para evaluar la presencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual: el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE, Rosen et al., 1997). Este cuestionario consta de 15 ítems que se agrupan en 5 dominios. Cada ítem comienza estableciendo un umbral temporal de 4 semanas ("Durante las 4 últimas semanas...") y el participante responde en una escala tipo Likert entre 1 (Nunca o casi nunca) y 5 (Siempre o casi siempre). El número de ítems varía dependiendo del dominio. Con 6 ítems, la escala de "Función Eréctil" evalúa la capacidad para lograr una erección que permita mantener relaciones sexuales satisfactorias (p.e., "¿con qué frecuencia fue capaz de lograr una erección durante la actividad sexual?" o "¿con qué frecuencia la erección fue bastante dura para poder penetrar?"). Dado que este factor evalúa exclusivamente la función eréctil durante la actividad sexual en pareja, su puntuación se estima sólo si el paciente ha mantenido relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas. Por su parte, los dos ítems de la escala de "Función Orgásmica" permiten evaluar de forma superficial la capacidad para alcanzar el orgasmo, incluyendo en este caso tanto el orgasmo a través de masturbación como de coito (p.e., "¿con qué frecuencia eyaculó?"). El tercer dominio ("Deseo Sexual") comprendería nuevamente dos ítems que exploran la frecuencia con la que se experimenta deseo sexual y su intensidad (p.e., "¿con qué frecuencia ha sentido deseo sexual?"). Las dos últimas escalas evaluarían el nivel de satisfacción con la actividad sexual: la primera "Satisfacción con el Coito" se centraría exclusivamente en la satisfacción sexual durante las relaciones de pareja (p.e., "Cuando tuvo una relación sexual, ¿con

RESPUESTA SEXUAL EN EL VARÓN ADULTO: ESTUDIO PRELIMINAR

qué frecuencia fue satisfactoria para usted?”) mientras que la segunda “Satisfacción sexual Global” exploraría la satisfacción sexual general, incluyendo en su estimación la satisfacción autoerótica y a través del coito con la pareja (p.e., “¿cuán satisfecho ha estado con su vida sexual en general?”). Capellari et al. (1999) establecieron criterios para identificar diferentes niveles de severidad para los problemas en cada una de estas dimensiones: así, una puntuación ≥ 26 en la escala de función eréctil indicaría que no existe problema alguno de erección, mientras que puntuaciones inferiores indicarían diferentes niveles de disfunción eréctil (leve, leve-moderada, moderada, severa). Dependiendo del número de ítems de cada escala, el punto de corte para la identificación de problemas clínicos varía.

La fiabilidad del IIFE en un estudio con hombres mayores de 50 años osciló entre .70 y .90 (Dargis et al., 2013). En nuestro estudio, la validez de la escala general fue de .97 y de entre .91 y .99 la de las subescalas. Asimismo, su validez en el estudio de la respuesta sexual masculina se ha demostrado a través de múltiples investigaciones con todo tipo de población (para una revisión, Rosen, Cappelleri, & Gendrano, 2002).

Procedimiento

Los participantes en este estudio fueron reclutados durante un curso sobre salud sexual en la edad adulta impartido en la Universitat Per a Majors de la Universitat Jaume I de Castellón. Durante el inicio del curso, se ofreció a los asistentes la posibilidad de colaborar voluntariamente con una investigación sobre salud sexual. Los interesados recibieron un sobre con los instrumentos de evaluación y una breve explicación de los mismos para prevenir problemas de comprensión durante su cumplimentación. Los voluntarios se llevaban los cuestionarios a su propia casa para rellenarlos con intimidad y los devolvían dentro del sobre cerrado durante la última sesión del curso. Para asegurar el anonimato, ni el sobre ni los cuestionarios incluyeron información que permitiera la identificación del participante.

La elección de este procedimiento de evaluación respondió a razones de representatividad muestral: la Universitat Per a Majors establece como único criterio para la asistencia a sus cursos el ser mayor de 55 años (no se exige nivel educativo previo y la matrícula resulta asequible para personas con recursos limitados), de modo que su alumnado se compone de personas de cualquier condición (desde titulados universitarios jubilados hasta personas mayores de 55 años en situación de desempleo). Esta diversidad asegura la representatividad y la generalizabilidad de los resultados obtenidos a través de este tipo de reclutamiento.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS Versión 21.0. Los resultados obtenidos por los 38 participantes de esta investigación se compararon con los datos derivados de estudios con diferentes tipos de población que empleaban la misma versión del IIFE: más concretamente, se comparó la puntuación media en los 5 dominios del IEFF de los participantes en nuestro estudio con la obtenida en un estudio con jóvenes sanos de entre 21 y 44 años (Zegarra, Loza, & Pérez, 2011), adultos sanos de entre 37 y 76 años y adultos con disfunción eréctil de entre 29 y 89 años (Rosen et al., 1997). El estadístico de contraste escogido fue la Prueba t de diferencia de medias para una única muestra, tomando como valor de contraste la media reportada en los citados estudios. La magnitud de las diferencias en dichos contrastes se estimó mediante el cálculo del tamaño del efecto: concretamente, mediante la d de Cohen para el tamaño del efecto. Tamaños del efecto en torno a .20 fueron considerados pequeños, alrededor de .50 moderados y cercanos a .80 grandes (Cohen, 1988). Finalmente, se emplearon los puntos de corte propuestos por Cappelleri (1999) para clasificar a los participantes en 5 grupos (participantes sin disfunción sexual, con dis-

función leve, disfunción leve-moderada, disfunción moderada y con disfunción sexual severa) según sus puntuaciones en cada uno de los dominios del IIFE.

RESULTADOS

Como se aprecia en la tabla 1, la puntuación media de los 38 participantes en el estudio difería de la obtenida por un grupo de jóvenes sanos con una edad media de 30 años en tres de las 5 dimensiones del IIFE: concretamente, ésta fue significativamente inferior a la del grupo de contraste en la dimensión de función eréctil ($t=-4.58$; $p<.001$; $d=0.81$), de deseo sexual ($t=-5.60$; $p<.001$; $d=1.02$) y sobre todo en la escala de satisfacción con el coito ($t=-6.81$; $p<.001$; $d=1.24$), alcanzando en los tres casos un tamaño del efecto grande. Si bien la tendencia fue la misma en las dimensiones de función orgásmica y de satisfacción sexual global, las diferencias entre ambos grupos no alcanzaron la significación estadística.

Tabla 1. Comparación entre la puntuación media en los 5 dominios del IIFE en nuestro estudio y la obtenida en estudios con diferentes rangos de edad

	Rango	M (DT)	Jóvenes sin DE (M=30 años) ^a		Adultos sin DE (M=55 años) ^b		Adultos con DE (M=55 años) ^c	
			M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
Función eréctil	6-30	24.80 (5.14)	29.1 (1.5)	-4.58***	25.8 (7.6)	-1.06	10.7 (6.5)	15.02***
Función orgásmica	2-10	9.18 (1.45)	9.3 (0.6)	-0.43	8.8 (2.9)	1.44	5.3 (3.2)	14.6***
Deseo sexual	2-10	7.59 (1.57)	9.2 (0.9)	-5.60***	7 (1.8)	2.06*	6.3 (1.9)	4.50***
Satisfacción con el coito	3-15	10.13 (2.78)	13.6 (0.7)	-6.81***	10.6 (3.9)	-0.91	5.5 (3.0)	9.10***
Satisfacción sexual global	2-10	7.73 (1.65)	8.2 (0.6)	-1.53	7.6 (1.7)	0.44	4.4 (2.3)	11.26***

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Nota: ^a=Estudio de validación del IIEF en jóvenes chilenos de entre 21 y 44 años (Zegarra et al., 2011); ^b= Validación original del IIEF, grupo de adultos sanos (entre 37 y 76 años) (Rosen et al., 1997); ^c= Validación original del IIEF, grupo de adultos (entre 29 y 89 años) con un diagnóstico de disfunción eréctil (Rosen et al., 1997).

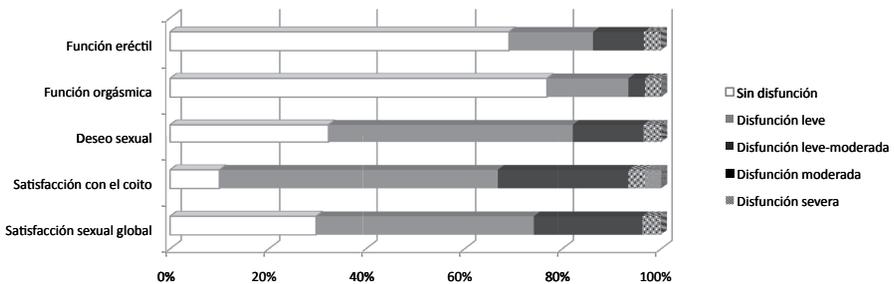
Cuando la comparación se realizaba con el grupo de adultos sanos de entre 37 y 76 años (rango de edad más próximo al de los evaluados), la tendencia observada durante los análisis anteriores se disipaba y al contrario, eran los hombres de nuestro estudio los que tendían a obtener puntuaciones superiores en algunos dominios del IIFE. Así, la función orgásmica, la satisfacción sexual global y el deseo sexual de los evaluados fue ligeramente superior a la de la muestra de comparación, diferencia que alcanzó la significación estadística y un tamaño del efecto entre pequeño y moderado únicamente en la dimensión de deseo sexual ($t=2.06$; $p=.04$; $d=0.37$).

Las mayores diferencias las encontramos al comparar las puntuaciones medias de los evaluados con las obtenidas por un grupo de hombres de edad similar pero con disfunción eréctil. En este grupo, la patología sexual afectó negativamente sobre todas las áreas de su respuesta sexual, siendo especialmente significativas las diferencias con respecto a los participantes en nuestro estudio en cuanto a función eréctil ($t=15.02$; $p<.001$; $d=2.74$), función orgásmica ($t=14.06$; $p<.001$; $d=2.67$) y satisfacción sexual global ($t=11.26$; $p<.001$; $d=2.01$).

RESPUESTA SEXUAL EN EL VARÓN ADULTO: ESTUDIO PRELIMINAR

Analizando ahora la prevalencia de disfunciones sexuales en cada uno de los 5 dominios del IIFE entre los 38 participantes de nuestro estudio (figura 1), se aprecia que la mayoría de ellos (el 69%) obtuvo puntuaciones no clínicas en la escala de función eréctil y en la de función orgásmica (76.7%). Sin embargo, tan sólo un 30%, 26.7% y un 10% no mostró ningún tipo de afectación en los dominios de deseo sexual, satisfacción sexual global y satisfacción con el coito respectivamente. En estos casos, el grado de severidad de la disfunción tendía a ser leve o entre leve y moderada, si bien se aprecia que el 6.6% de la muestra obtuvo puntuaciones clínicas entre moderadas y severas en la escala de satisfacción con el coito.

Figura 1. Prevalencia de disfunciones sexuales en los 5 dominios del IIFE



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio era trazar un perfil general de respuesta sexual en hombres mayores (entre 53 y 81 años) y su impacto sobre la satisfacción sexual global y las relaciones de pareja en particular a través de su comparación con distintas muestras de conveniencia. Así, la conclusión general que de este estudio se deriva es que si bien los aspectos más ligados al disfrute físico de la sexualidad (como por ejemplo la capacidad de excitación, el deseo sexual o la satisfacción con las relaciones coitales) se ven afectados negativamente durante la edad adulta, su impacto sobre dimensiones tanto o más importantes como serían la capacidad orgásmica o la satisfacción sexual global es más limitado. Esto se aprecia sobre todo al comparar los resultados obtenidos por los participantes de nuestro estudio con los obtenidos por una muestra de jóvenes sin DE.

Cuando la comparación se realiza con una muestra de hombres adultos sanos de edad similar, la tendencia se invierte y los participantes en nuestro estudio obtienen puntuaciones que sugieren un estado de salud sexual superior al esperable teniendo en cuenta su edad. Concretamente, los hombres evaluados mostraron una función eréctil y orgásmica y una satisfacción sexual general y con el coito equiparable a la de adultos de 55 años (nótese que la edad media de los hombres en nuestro estudio era de 63 años) y superior cuando se analizó su deseo sexual. Estas diferencias pueden interpretarse en términos temporales. La muestra de comparación empleada discrepaba de la nuestra en términos temporales (se recogió prácticamente 20 años antes de la realización de este estudio) (Rosen et al., 1997). Sabiendo que los hábitos de vida y el estado de salud afectan directa e indirectamente sobre la respuesta sexual masculina (Corona et al., 2013; Guirao et al., 2002), es muy probable que la mejora del estado de salud de los mayores de hoy en día así como el progresivo incremento de estilos de vida positivos pudieran explicar por qué la sexualidad adulta en la actualidad es significativamente superior a la documentado 20 años atrás.

Que la vivencia de la sexualidad adulta es bien distinta de la que resulta de una disfunción sexual es la principal conclusión que se deriva de la comparación de los participantes en nuestro estudio con una muestra de adultos con DE. Durante mucho tiempo se pensó que dado que la edad afecta-

ba sobre la capacidad eréctil, la vivencia de la sexualidad del hombre adulto debía ser similar a la de una persona con DE –independientemente de su edad- (Leiblum, 2006). Sin embargo, ha quedado demostrado que la respuesta sexual de hombres adultos y de personas con una disfunción sexual es diametralmente opuesta, tanto en términos de respuesta como de satisfacción sexual.

Finalmente, hemos podido comprobar que la prevalencia de las disfunciones sexuales esperables en hombres de edad madura es baja: concretamente, tan sólo un 31% y un 23.3% de los participantes obtuvo puntuaciones que sugerían la presencia de problemas de disfunción eréctil o de trastorno orgásmico. Además, en la mayoría de casos el cuadro clínico se pudo considerar entre leve y moderado, no encontrando en ningún caso a participantes con un cuadro clínico severo. Estos resultados se asemejarían bastante a los obtenidos por Martin-Morales et al. (2001) en una muestra de varones españoles de entre 60 y 69 años. Concretamente, el 67.7% de los participantes en su estudio no mostraron disfunción eréctil, el 26.3% obtuvieron un diagnóstico de DE leve o moderada y el 6% de DE severa. Paradójicamente, las áreas donde encontramos un menor porcentaje de participantes sin afectación son precisamente aquellas en las que esperábamos que la edad tuviera un impacto menos significativo: las de deseo sexual, satisfacción con el coito y satisfacción sexual global. Si bien es cierto que nuevamente la afectación en dichas áreas es mayoritariamente leve, cabría profundizar en las razones que explican estos resultados.

Las conclusiones que se derivan de esta investigación constatan una nueva tendencia entre los adultos que apunta a una vivencia de su sexualidad de forma más positiva, si bien deben tomarse con cautela debido a sus limitaciones. Para empezar, el tamaño muestral es demasiado pequeño como para establecer conclusiones representativas del conjunto de la población mayor. Además, la corrección del IIFE es problemática a la hora de interpretar los resultados de personas que no son sexualmente activas (González et al., 2013). Con todo, este estudio puede mejorar la comprensión de la vivencia adulta de la sexualidad y las intervenciones –tanto preventivas como terapéuticas- que en este ámbito se realizan.

REFERENCIAS

- Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function. *Urology*, *54*(2), 346–351. doi:10.1016/S0090-4295(99)00099-0
- Clayton, A. H., & Harsh, V. (2016). Sexual Function Across Aging. *Current Psychiatry Reports*, *18*(3), 28. doi:10.1007/s11920-016-0661-x
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. L. Erlbaum Associates.
- Corona, G., Lee, D. M., Forti, G., O'Connor, D. B., Maggi, M., O'Neill, T. W., ... Wu, F. C. W. (2010). Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *The Journal of Sexual Medicine*, *7*(4 Pt 1), 1362–80. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01601.x
- Corona, G., Rastrelli, G., Maseroli, E., Forti, G., & Maggi, M. (2013). Sexual function of the ageing male. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(4), 581–601. doi:10.1016/j.beem.2013.05.007
- Cunningham, G. R., Stephens-Shields, A. J., Rosen, R. C., Wang, C., Ellenberg, S. S., Matsumoto, A. M., ... Snyder, P. J. (2015). Association of sex hormones with sexual function, vitality, and physical function of symptomatic older men with low testosterone levels at baseline in the testosterone trials. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *100*(3), 1146–55. doi:10.1210/jc.2014-3818
- Dargis, L., Trudel, G., Cadieux, J., Villeneuve, L., Préville, M., & Boyer, R. (2013). Validation of the International Index of Erectile Function (IIEF) and presentation of norms in older men.

RESPUESTA SEXUAL EN EL VARÓN ADULTO: ESTUDIO PRELIMINAR

- Sexologies*, 22(1), e20–e26. doi:10.1016/j.sexol.2012.01.001
- González, A. I., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., Mara, L. S. de, Ulbrich, A. Z., Cardoso, F. L., & Carvalho, T. de. (2013). Validation of the International Index of Erectile Function (IIFE) for use in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 101(2), 176–82. doi:10.5935/abc.20130141
- Guirao, L., García, L., Sandoval, C., & Mocchiari, A. (2002). Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Atención Primaria*, 30(05), 290–296.
- Lee, D. M., Tajar, A., Ravindrarajah, R., Pye, S. R., O'Connor, D. B., Corona, G., ... O'Neill, T. W. (2013). Frailty and sexual health in older European men. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(7), 837–44. doi:10.1093/gerona/gls217
- Leiblum, S. (2006). *Principles and Practice of Sex Therapy* (4th Edition.). Guilford Press.
- Martin-Morales, A., Sanchez-Cruz, J. J., Saenz de Tejada, I., Rodriguez-Vela, L., Jimenez-Cruz, J. F., & Burgos-Rodriguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Erectil Masculina Study. *The Journal of Urology*, 166(2), 569–74; discussion 574–5.
- Meston, C. M. (1997). Aging and sexuality. *The Western Journal of Medicine*, 167(4), 285–90.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., & Gendrano, N. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 226–244. doi:10.1038/sj.ijir.3900857 [doi]
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830. doi:10.1016/S0090-4295(97)00238-0
- Santamaría, F. C. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Tajar, A., O'Neill, T. W., Lee, D. M., O'Connor, D. B., Corona, G., Finn, J. D., ... McBeth, J. (2011). The effect of musculoskeletal pain on sexual function in middle-aged and elderly european men: results from the european male ageing study. *The Journal of Rheumatology*, 38(2), 370–7. doi:10.3899/jrheum.100604
- Zegarra, L., Loza, C., & Pérez, V. (2011). Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función eréctil en pacientes con disfunción eréctil en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 28(3), 477–483.