

CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2026, (mayo 2026) ISSN 2415-0282

Trastorno Eréctil en el paciente con pie diabético

Erectile dysfunction in patients with diabetic foot

Dr. Ridel Veloso Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0006-5428-2076>

MSc. Félix Rafael Wert Téllez² <https://orcid.org/0009-0007-1369-3116>

MSc. Noemí Coello Pérez³ <https://orcid.org/0009-0005-3557-982X>

MSc. Lidia Rosa Guerra Pérez⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6860-604X>

MSc. Gretel Garrido Valdés⁵ <https://orcid.org/0009-0009-6841-4166>

Dra. Idelisa Maydole Morgado Orozco⁶ <https://orcid.org/0009-0009-6319-8935>

Lic. Yenimir González Chaviano⁷ <https://orcid.org/0009-0003-7387-8973>

¹Especialista. 1^{er} Grado en Angiología. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Hospital Provincial General “Camilo Cienfuegos” Sancti Spíritus, Cuba. ridelveloso56@gmail.com

²Licenciado en Psicología. Máster en Sexualidad. Sexólogo Clínica. Policlínico los Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Auxiliar. fwert.ssp@infomed.sld.cu

³Licenciada en Psicología. Máster en Sexualidad. Sexóloga Clínica. Policlínico los Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Auxiliar. noemicoello346@gmail.com

⁴Licenciada en Psicología. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. lidyarosa@infomed.sld.cu

⁵Especialista. 1^{er} Grado en Medicina Interna. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Policlínico “Dr. Rudercindo García del Rijo” Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. gretelgarrido47@gmail.com

⁶Dra. Especialista. 1^{er} Grado Medicina General Integral, Medicina Física Rehabilitación. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Policlínico Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. idelisamaydolemorgadoorzco@gmail.com

⁷Licenciada en Psicología. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Policlínico Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. yenimirgonzalezchaviano@gmail.com

I RESUMEN

Introducción: la sexualidad es un área importante de la vida del ser humano, comprende condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas, y de conducta relacionada con el sexo. Las disfunciones sexuales incluyen diversos trastornos que incapacitan a la persona para poder acometer de forma adecuada una relación sexual. El Trastorno Eréctil es una de esas disfunciones, la cual es frecuente en los pacientes con pie diabético. **Objetivo:** describir el trastorno eréctil en el paciente con pies diabético. **Métodos:** para alcanzar el objetivo se realizó un proceso de búsqueda de información científica, análisis, crítica e interpretación documental, lo cual se formuló en fases. **Resultados:** la sexualidad es principalmente la construcción social de un impulso biológico, además es multidimensional y dinámica. Existen factores de riesgo que se asocian a la disfunción sexual masculina. La etiología orgánica encierra actores desencadenantes como la diabetes mellitus, enfermedad crónica que tiene la complicación el pie diabético. El Trastorno Eréctil en pacientes con pie diabético se debe a un problema orgánico el cual ha sido asociado a neuropatía autonómica y periférica, la oclusión vascular, y como factor secundario asociado, el psicógeno. La neuropatía autonómica puede afectar los nervios involucrados en la respuesta sexual, incluyendo aquellos que controlan la erección y la eyaculación. El Trastorno Eréctil en pacientes con pie diabético se relaciona con la duración de la patología, el mal control metabólico y la presencia de otras complicaciones crónicas. **Conclusiones:** El Trastorno Eréctil en pacientes con pie diabético es multifactorial y complejo.

Palabras Claves: pacientes, pie diabético, Trastorno Eréctil.

I ABSTRACT

Introduction: Sexuality is an important area of human life, encompassing cultural, social, anatomical, physiological, emotional, affective, and behavioral conditions related to sex. Sexual dysfunctions include various disorders that prevent a person from adequately engaging in sexual activity. Erectile dysfunction is one such dysfunction, and it is common in patients with diabetic foot. **Objective:** To describe erectile dysfunction in patients with diabetic foot. **Methods:** To achieve this objective, a process of scientific information search, analysis, critique, and interpretation of documents was carried out, which was structured in phases. **Results:** Sexuality is primarily the social construction of a biological drive; it is also multidimensional and dynamic. There are risk factors associated with male sexual dysfunction. The organic etiology includes triggering factors such as diabetes mellitus, a chronic disease that can be complicated by diabetic foot. Erectile dysfunction in patients with diabetic foot is due to an organic problem that has been associated with autonomic and peripheral neuropathy, vascular occlusion, and, as a secondary associated factor, psychogenic factors. Autonomic neuropathy can affect the nerves involved in the sexual response, including those that control erection and ejaculation. Erectile dysfunction in patients with diabetic foot is related to the duration of the condition, poor metabolic control, and the presence of other chronic complications. **Conclusions:** Erectile dysfunction in patients with diabetic foot is multifactorial and complex.

Key Words: patients, diabetic foot, Erectile Disorder.

II INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un área importante de la vida del ser humano y disfrutar de una vida sexual saludable es un derecho de cada persona. La esfera sexual en el ser humano tiene una notable relevancia.

La sexualidad humana comprende una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas, y de conducta relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su vida. ⁽¹⁾

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud señala que la sexualidad humana es un aspecto cultural del ser humano, que está presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud definió desde 1975 la salud sexual como la integración de los aspectos somáticos intelectuales y sociales del ser sexual, logrando un enriquecimiento de la personalidad humana que permita su comunicación y la posibilidad de dar y recibir amor. ⁽²⁾

También se define que salud sexual es el estado de bienestar físico, emocional mental y social relacionado con la sexualidad no es solamente la ausencia de enfermedad disfunción o incapacidad. ^(2, 3)

La salud sexual requiere de un enfoque positivo, respetuoso de la sexualidad, y las relaciones sexuales placenteras libre de cohesión discriminación y violencia. Otros conceptos de salud sexual refieren en que consiste en el bienestar, y no meramente en la ausencia de enfermedad. La salud sexual depende del goce en determinados derechos humanos. ⁽⁴⁾

Al referirse a la salud sexual masculina se describen que son frecuentes, pero son poco estudiadas y se asocian a disímiles causas. ^(5 - 11)

Las disfunciones sexuales engloban diversos trastornos que incapacitan a la persona para poder acometer de forma adecuada una relación sexual, se considera que cerca de 50 % de los hombres con 40 años o más, sufren de algún grado de la enfermedad. ⁽¹²⁾

Existen factores de riesgo que se asocian a las disfunciones sexuales masculinas como la Diabetes Mellitus y sus complicaciones, Hipertensión Arterial, trastornos lipídicos, problemas psicológicos, desórdenes hormonales, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol entre otros. ⁽¹³⁾

La Diabetes Mellitus es una enfermedad caracterizada por desórdenes en el metabolismo de los glúcidos, incapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, en la que subyacen mecanismos neurovasculares que afectan múltiples órganos y sistemas, entre los que se encuentran los órganos sexuales. ⁽¹⁴⁾

Una de las complicaciones de la Diabetes Mellitus es el pie diabético.

Según el Grupo Internacional de Trabajo sobre Pie Diabético, en su documento de definiciones y criterios, actualizado en 2023, se entiende por pie diabético la presencia de infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos del pie, asociada a neuropatía diabética y/o enfermedad arterial periférica, localizada por debajo de los maléolos, como resultado de la compleja interacción de factores inducidos por la hiperglucemia sostenida. ⁽¹⁵⁾

En el hombre que padece pie diabético es frecuente que se manifiesten alteraciones en la erección, que ocurre como consecuencia de un fenómeno neurovascular que produce relajación del músculo liso arteriolar y del pene. ^(14,16)

La incidencia del Trastorno Eréctil en estos pacientes se incrementa con la edad, la duración de la diabetes y su complicación de pie diabético; así como el deterioro del control metabólico, mientras que la severidad de este trastorno está correlacionada con el control glucémico. ^(17, 18)

Considerando lo anteriormente planteado respecto a la frecuencia del Trastorno Eréctil en el paciente que padece pie diabético se realiza una búsqueda de información científica con el objetivo de describir el Trastorno Eréctil en el paciente con pie diabético.

III DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio constituyó una búsqueda de información científica referentes al Trastorno Eréctil en el paciente con pie diabético.

La estrategia de búsqueda se realizó a través de Google Scholar, la Academia Educación, Scielo ERIC y la Biblioteca Virtual de Salud en Cuba, lo que nos propició información de varias revistas científicas.

Inicialmente se identificaron 55 artículos y documentos científicos de diversas fuentes nacionales e internacionales, se realizó un cribado por título y resumen. Finalmente, 38 estudios fueron incluidos en la revisión.

Los hallazgos fueron sintetizados mediante un análisis cualitativo narrativo.

IV RESULTADOS

En relación al objetivo planteado se describió el Trastorno Eréctil en el paciente con pie diabético.

Resulta difícil catalogar y definir la sexualidad de una única forma, sino que sería posible pensar que existen tantas formas de sexualidad (es) como sujetos en el mundo.

La sexualidad es principalmente la construcción social de un impulso biológico, que es, además, multidimensional y dinámica” El desarrollo sexo-afectivo se relaciona con los afectos y la expresión de los mismos, de diferentes maneras, a lo largo de toda la vida. La afectividad es una cualidad psíquica a través de la cual el individuo es capaz de experimentarse a sí mismo y vivenciar, en lo más íntimo, la realidad externa ^(2, 3).

Entre las disfunciones sexuales masculinas está el Trastorno Eréctil. Existen varias situaciones que se relacionan al su surgimiento y curso:

La estimulación sexual desencadenada por estímulos audiovisuales o cerebrales es el evento inicial para la erección, los cuales activan a los centros medulares involucrados con la erección, localizados en las zonas tóracolumbar y sacra que son los centros simpáticos que controla la erección por estimulación psicógena, cuyos impulsos pasan a los ganglios de la cadena simpática. Estas fibras simpáticas descienden para formar el plexo hipogástrico inferior en la zona pre sacra el cual recibe también fibras provenientes del centro parasimpático, originado de las raíces nerviosas de los segmentos S2-S4 de la zona sacra. A partir de este plexo nacen los nervios cavernosos, esponjosos y bulbares. Estos sistemas constituyen el componente motor de los estados de flaccidez o de erección. ^(19, 20)

Hay veces que se producen erecciones reflejas producidas por estímulos táctiles sobre el área genital, los cuales activan al arco reflejo en las raíces sacras S2-S4. Las ramas sensitivas nacen de los receptores

sensoriales localizados en la piel del pene, periné y porción posterior del escroto que envían impulsos aferentes por vía del nervio pudendo que se unen en la médula sacra con los nervios eferentes parasimpáticos. Los estímulos aferentes una vez que llegan a los centros medulares se difunden a las zonas superiores en el tálamo y la corteza cerebral para la percepción sensitiva que activan a los núcleos autónomos que causan la erección peniana a través de los nervios cavernosos. ⁽²⁰⁾

El nervio dorsal del pene que inerva a los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso está formado por las ramas motoras que nacen del segundo al cuarto segmentos medulares sacros. El músculo isquiocavernoso presente en la fase de erección rígida y el músculo bulbocavernoso necesario para la eyaculación. ⁽²⁰⁾

En cuanto a los mecanismos neurovasculares la respuesta al estímulo sexual es la transmisión nerviosa eferente a través del nervio cavernoso, mediante fibras nerviosas colinérgicas y fibras no adrenérgicas/no colinérgicas. El neurotransmisor de las fibras nerviosas colinérgicas es la acetilcolina. El neurotransmisor de las fibras nerviosas no simpáticas/no parasimpáticas es el óxido nítrico. ⁽²⁰⁾

El óxido nítrico activa a la guanilatociclasa para formar guanosinmonofosfato cíclico en las células musculares que activa la proteincinasas para fosforilar algunas proteínas y canales iónicos provocando así la apertura de los canales de potasio hiperpolarizando a la célula, bloqueando el ingreso de calcio provocando la caída del calcio libre citosólico, la cinasa se inactiva, la miosina es desfosforilada y se separa del filamento de actina y el músculo se relaja. Consecuentemente, la relajación de las arteriolas permite el ingreso de sangre a las sinusoides que junto a la relajación del músculo de los cuerpos cavernosos causan la erección. ⁽²⁰⁾

El Trastorno Eréctil se define como la incapacidad para iniciar o mantener una erección suficientemente rígida para una función sexual adecuada. Anteriormente se utilizaba el término *impotencia*; no obstante, su uso llevaba a confusiones, en la actualidad se acepta como término más preciso disfunción eréctil. Hasta hace unos años, quien padecía DE, era considerado como un hombre con problemas psicológicos y por esta razón no recibían tratamiento adecuado. Actualmente, se conoce que es un proceso multifactorial que requiere una aproximación multidisciplinaria para ser evaluada y tratada. ⁽²¹⁾

El Trastorno Eréctil puede tener causas en psicógenas en un 33%, orgánica en un 33% y mixtas en un 33%, afirmandose así que las mixtas tienen un componente orgánico, el porcentaje de origen orgánico corresponde a un 66% de todos los casos de disfunción eréctil. ⁽²²⁾

Cuando se realicen cualquiera de estas clasificaciones deberían considerarse combinaciones entre ambos grupos de tal manera que a cada una de las etiológicas psicógena, orgánica, mixta a su vez se pueda agregar uno de los grados mínimo o leve, moderado y severo, de tal manera que el resultado sea una mejor orientación terapéutica. ⁽²²⁾

Las causas que provocan y mantienen Trastorno Eréctil son la conjunción de factores orgánicos, psicológicos y actitudinales, es necesario tenerlas en cuenta a la hora de evaluar y tratar a un paciente con esta disfunción sexual.

Para la aparición de un cuadro de Trastorno Eréctil, se deben tener desencadenantes, dentro de ellos están la Diabetes Mellitus y una de sus complicaciones frecuentes el pie diabético. ⁽²³⁾

El Trastorno Eréctil en pacientes con pie diabético se debe a un problema orgánico el cual ha sido asociado a neuropatía autonómica y periférica, que en un primer nivel ocurre bioquímicamente encontrando un desbalance entre los factores que regulan la flacidez y la erección, donde la relajación de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos que es dependiente de óxido nítrico es deficiente. ^(23, 24)

El mecanismo fisiopatológico de esta disfunción y de otras que se producen con frecuencia en el pie diabético, continúan siendo de difícil explicación, aunque se han señalado reiteradamente como causas la neuropatía, la oclusión vascular, y como factor secundario asociado, el psicógeno. ⁽²⁵⁾

El proceso implica el endurecimiento prematuro e inusualmente severo de las arterias peneanas. ^(26, 27)

Los mecanismos etiológicos de la disfunción sexual en pacientes con pie diabético son multifactoriales y complejos. Uno de los principales factores es la disfunción vascular. La hiperglucemia crónica daña el endotelio vascular, afectando la liberación de óxido nítrico, lo que resulta en una disminución de la vasodilatación necesaria para la erección. ⁽²⁷⁾

Esto se agrava por la resistencia insulínica, ya que normalmente la insulina actúa estimulando la producción de óxido nítrico en el endotelio de los cuerpos cavernosos. En pacientes con DE es significativamente más prevalente el síndrome metabólico. ⁽²⁷⁾

Desde el punto de vista fisiopatológico, en el paciente con pie diabético la deficiencia de óxido nítrico contribuye directamente a la disfunción eréctil por sus efectos vasculares e indirectamente al favorecer el desarrollo de la neuropatía autónoma. ^(24, 25, 26)

Otro factor presente en el paciente con pie diabético son las alteraciones bioquímicas y hormonales que participan en la modulación del tono vascular, como son aumento de endotelina, la disminución del óxido nítrico y el desequilibrio entre sustancias vasopresoras y vasodilatadoras. ^(28, 29)

Estudios indican que existe tendencia a la asociación de factores de riesgo cardiovascular en el paciente con pie diabético, lo que favorece el desarrollo de Trastorno Eréctil. De esta manera se afectan los vasos peneanos de forma más temprana por su menor calibre. ⁽²⁹⁾

En el paciente con pie diabético inciden también fármacos que disminuyen el impulso simpático central alteran la vasodilatación de las arterias de los cuerpos cavernosos y aumentando la tendencia hacia la sedación o la depresión y ocasionan una pérdida del deseo sexual. ⁽³⁰⁾

Al valorar el Trastorno Eréctil en el paciente con pie diabético el tabaco puede ser otro agravante. Hay una relación evidente entre la disfunción eréctil y el consumo de tabaco en los jóvenes. Existen estudios que confirmaron la prevalencia de tabaquismo en la población de varones con disfunción eréctil, afirmando así que los fumadores de tabaco presentaron con mayor frecuencia disfunción eréctil que los no fumadores, teniendo los primeros una alteración orgánica de las erecciones; lesionándose precozmente sus arterias sexuales, sobre todo si existe uno o varios factores de riesgo arterial asociados. La nicotina tiene una acción vasoconstrictora que ejerce sobre las arteriolas intracavernosas provocando una disminución de la presión en las arterias sexuales. ⁽³¹⁾

A pesar de que no se considera al alcohol como un factor de riesgo arterial, este tiene una influencia nociva en el sistema vascular de la persona y contribuye a los desórdenes sexuales. ⁽³²⁾ Por ello en el paciente con pie se considera otro factor de riesgo asociado al Trastorno Eréctil.

El envejecimiento natural hace que cambie la respuesta sexual en el hombre, pero no condiciona por sí mismo la aparición de la disfunción eréctil. ⁽³³⁾

Investigaciones demuestran que existe una relación entre el Trastorno Eréctil y la falta de actividad física, llevar una actividad física moderada o intensa es lo más saludable, pues el pene cuando esta erección funciona de forma similar al corazón por demandar una gran cantidad de sangre. Por eso mientras más ejercicio y menos grasas se consuman mejor será el flujo sanguíneo del pene, obteniendo así una respuesta adecuada. Lo óptimo es tener una buena asesoría nutricional y una rutina de ejercicios combinada con cardio y fuerza. La obesidad se presenta en ocasiones por el sedentarismo, cuya incidencia se ha disparado

en un 10 % en los últimos 25 años asociándose a la Trastorno Eréctil, convirtiéndose en una de las principales causas: ^(33, 34) Todo lo que indica tener en cuenta ello en el Trastorno Eréctil del paciente con pie diabético.

Entre la etiología psicológica a considerar en el Trastorno Eréctil del paciente con pie diabético se encuentran los siguientes factores: ⁽³⁵⁾

- Factores predisponentes: Entre los factores predisponentes se Incluyen las relaciones entre los padres deterioradas, educación moral y religiosa muy restrictiva, falta o inadecuada información sexual, experiencias sexuales traumáticas durante la infancia, en el rol psicosexual existe inseguridad, los modelos paternos inadecuados , trastornos de personalidad.
- Factores precipitantes: Se incluyen a la disfunción sexual previa, los problemas de pareja, la infidelidad, la existencia de expectativas poco razonables sobre el sexo, fallos esporádicos, la edad, la depresión, la ansiedad, el estrés, la anorexia nerviosa, el aborto, las experiencias sexuales traumáticas o momentos especiales.
- Factores mantenedores: Están la ansiedad ante la relación sexual, los sentimientos de culpa, la anticipación del fallo, la ausencia de atracción entre los miembros de la pareja, el miedo a tener intimidad, la escasez de estímulos eróticos, el deterioro de la autoimagen, los problemas generales que existen en la relación, la información sexual inadecuada, los miedos, las fobias específicas, disminución del tiempo dedicado al galanteo, trastornos mentales presentes. Resultan además determinantes como factores tanto desencadenantes como mantenedores de la disfunción eréctil los aspectos cognitivos que favorecen actitudes de la autoobservación, la autoexigencia y el rol de espectador ante el desempeño sexual.

Por otra parte existe la etiología mixta que es aquella en la que existen causas emocionales y situacionales o reactivas y orgánicas o endógenas que aparecen de manera simultánea en el mismo paciente en proporciones variables. En unos casos habrá más organicidad que reactividad y en otros podrá ser a lo inverso. La etiología Mixta se presenta con mayor frecuencia cuando los pacientes pasan los 45- 55 años siendo la causa más frecuente de Trastorno Eréctil. ⁽³⁶⁾

La diabetes es la cuarta condición más frecuentemente asociada con Trastorno Eréctil. Estudiosos exponen que la prevalencia de la disfunción eréctil en todos los diabéticos, es de aproximadamente de 30%. ^{27.28.29.38}

Actualmente, se considera Trastorno Eréctil como: “Un marcador de enfermedad cardiovascular” y “Un marcador de Deabetes Mellitus”. Las enfermedades cardiovasculares mayores, entre ellas la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro vascular son las principales causas de muerte a nivel mundial, muchos de ellos son pacientes diabéticos. Además, puede ser un síntoma precoz de diabetes y de síndrome cardiometabólico en edades tempranas. ^(28, .29, .37)

El Trastorno Eréctil que se presenta antes de los 25 años puede ser considerado un marcador temprano de aterosclerosis, riesgo cardiovascular aumentado e incluso de enfermedad vascular sistémica subclínica.

34

Algunos estudios han considerado el Trastorno Eréctil como el primer síntoma en algunos hombres a los que posteriormente se les diagnosticó diabetes. Su prevalencia en diabéticos se incrementa con la edad. Esta cifra también se incrementa con la duración de la diabetes, el mal control metabólico y la presencia de complicaciones crónicas como el pie diabético. ⁽³⁸⁾

V CONCLUSIONES

El Trastorno Eréctil en pacientes con pie diabético es multifactorial y complejo. Tiene etiología predominantemente orgánica, donde la neuropatía y la disfunción vascular endotelial por deficiencia de óxido nítrico son los mecanismos centrales. La hiperglucemia crónica y la resistencia insulínica agravan esta disfunción, mientras que el tabaquismo, sedentarismo y obesidad actúan como factores agravantes. Su presentación mixta con componente psicógeno es frecuente en edades avanzadas.

El Trastorno Eréctil constituye un marcador temprano de enfermedad cardiovascular y diabetes, lo que exige detección oportuna y abordaje multidisciplinario que integre control metabólico, modificación de estilos de vida y manejo psicosexual. Finalmente, la educación para la salud es estrategia fundamental para prevenir esta complicación en el paciente con pies diabético.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderona M. Historical perspective on the Humansexuality movement: Hindsight and foresights. In: rosenzweig N, Pearsell F ed. Sexual education for the Health Professional. New York: Grune & Straton 1978. p. 5-22
2. OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Salud y derechos sexuales en el curso de vida. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>.
3. Federación latinoamericana de sociedades de sexología y educación sexual. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. [Internet]; 2010. Citado el 15 de Agosto del 2020. Disponible en: https://nanopdf.com/queue/federacion-latinoamericana-de-sociedades-desexologia_pdf?queue_id=1&x=1597527930&z=MjgwMDpiZjA6ODE2NTpmMGQ6ODQwNzo2OGMwOmY2ODI6ZTZmYQ.
4. Del Río Chiriboga C Sida y enfermedades de transmisión sexual en Mc Cary JC. Mc Cary S, Alvares Gayou JL del río C Suarez JL editores. Sexualidad Humana. México: Manual Moderno; 1996. p. 363-82
5. G, Brito B. Pesquisa de disfunción eréctil en trabajadores de Etecsa. Rev de Ciencias Médicas La Habana. 2009 [Acceso 8 octubre 2020] ; 15 (1) 12 - 14. Disponible en: <http://medimay.sld.cu/index.pl.2>
6. Lizet Castelo Elías-Calles, Jorge L. Calero Ricardo, Yuri Arnold Domínguez. Incidencia de la disfunción eréctil en pacientes atendidos en la consulta de andrología. Rev. Arg. de Urol. 2017;82 (1):32-41. Disponible en:
7. Espita FJ. Disfunción eréctil, prevalencia y factores asociados, en hombres con diabetes mellitus tipo 2, en el Eje Cafetero, Colombia, 2016-2019. UrolColomb 2021 [Acceso 8 octubre 2021] ; 30(2):91-97. Disponible en: <http://www.doi.org/10.105>
8. Marcos Espinoza-Bello, Óscar Galindo-Vázquez, Frank J. Penedo, Miguel Ángel Jiménez-Ríos, Patricia Ortega-Andeane, Anna Scavuzzo, Mirna García-Méndez, Abelardo Meneses-García. Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos. Psicología y salud. Vol. 34 Núm. 1 (2024). Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2852>
9. Vargas PM, Cordero JM. Disfunción eréctil en el paciente adulto mayor. RevMed Sinergia 2021 [Acceso 20 de junio 2021]; 6(7):1-11. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com>.
10. Blanco EG, Chavarria GF, Garita YM. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: Beneficios en el manejo crónico. RevMedSinerg 2021 [Acceso 20 de junio 2021]; 6(2):63965155. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php>

11. Seguí DE, Puente J, Carramiñana F, Carretero E. Los standards of medical care in diabetes 2021, resumen red GDPS(ADA 2021). *Diabetes Care* 2021 [Acceso 20 de junio 2021]; 44(1):122656. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/44>.
12. González E. Conceptos de género, sexualidad y roles de género. Ed. Curso de educación sexual online de autoaprendizaje; 2019. pp.182-189. Disponible en: <http://www.educacionsexual.uchile.cl/libro/>
13. Leyton C. Afectividad y sexualidad. Ed. Curso de educación sexual online de autoaprendizaje; 2019. pp.80-87. Disponible en: <http://www.educacionsexual.uchile.cl/libro/>
14. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. 2018. [citado 24 Jul. 2023] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
15. Angulo Chavarría SM. Pie diabético: fisiopatología, diagnóstico y manejo: revisión bibliográfica [Internet]. *Revista Portales Médicos*. 2025; XX(11): 617. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/pie-diabetico-fisiopatologia-diagnostico-y-manejo-revision-bibliografica/>
16. La sexualidad en la historia. Documento inédito. INSTITUTO MEXICANO DE SEXOLOGIA 1995.
17. Cerruti BS. Sociedad y sexualidad. En sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud 1992. p. 27-67.
18. Anonmo. la sexualidad Victoriana en: Secretos de la pareja. Barcelona Planeta de – Agostini; 1995. p. 884-86
19. Master W, Johnson V, Koony R. Perspectivas de la sexualidad en: la sexualidad humana. la Habana Editorial Científico Técnica 1988 p. 9-32.
20. Mazuecos J, Pedraza JP, Lozano JM. Analisis de la calidad de la de la información sobre disfuncionerectile en YouTube. *ArchEspUrol*. 2020 [Acceso 8 octubre 2021];73(6):541-545. Disponible en: [.http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32633249](http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32633249).
21. Franklin J, de la Hoz E. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío y factores de riesgo asociados. *UrolColomb*. 2019 [Acceso 8 octubre 2021];83(1):26-29. Disponible en: [.http://dialnet.unirioja.es/servlet](http://dialnet.unirioja.es/servlet)
22. Seguí DE, Puente J, Carramiñana F, Carretero E. Los standards of medical care in diabetes 2021, resumen red GDPS(ADA 2021). *Diabetes Care* 2021 [Acceso 20 de junio 2021]; 44(1):122656. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/44>.
23. Mandal A. Historia de la Diabetes [Internet] 2018. [Citado el 2 de nov del 2022]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes(Spanish).aspx)
24. Alarcón Torres G A. Frecuencia de Disfunción Eréctil y Factores Asociados en el paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2020. Citado el 20 del Enero de 2024. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/1383>.
25. Nuevo Sábado D, Rodríguez Domínguez L, de la Rosa Camejo G, Martínez González AA, Rodríguez Domínguez L. Adultos mayores diabéticos con disfunción sexual eréctil de mantenimiento. *Revdosdic* [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso];3(1): e31 [aprox. 7 p.].
26. Estrada-Galdames J, Catalán-Matus S, Marcucci-Jiménez R. Tratamientos en humanos para la disfunción eréctil por patología de los vasos sanguíneos. *Mat.Actual* [Internet]. 13 de septiembre de 2023 [citado 23 de enero de 2025];(1):10.
27. Celada Rodríguez Ángel, Celada Roldán Carmen, Loreto Tárraga María. Factores influyentes en

- la aparición de disfunción eréctil. [Internet].; 2016. Citado el 24 de Agosto del 2020.
28. Brito Ferrer Yudileidy. Disfunción eréctil en pacientes con tratamiento antihipertensivo. [Internet].; 2016. Citado el 05 de mayo del 2020.
 29. Nadal Llovera Mariana y Cols Jiménez Monset. Disfunción sexual causada por medicamentos. [Internet].; 2017. Citado el 05 de abril del 2020.
 30. Agirrezabala José Ramón, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, Armendáriz María. Disfunción sexual por fármacos. [Internet].; 2013. Citado el 24 de Agosto del 2020.
 31. Duany Navarro Annia, Tec. Hernández Marín Gloria. Alcohol, función sexual y masculinidad. [Internet].; 2013. Citado el 24 de Agosto del 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000400005
 32. Cueva Montero Silvia Rosario. Factores asociados a disfunción eréctil en pacientes con diabetes mellitus 2. [Internet].; 2020. Citado el 20 de Agosto del 2020. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6050>
 33. Peinado Ibarra Francois. Sedentarismo y disfunción eréctil. [Internet].; 2018. Citado el 04 de 05 del 2021. Disponible en: <https://mioriente.com/columnistas/sedentarismo-y-disfuncion-erectil.html>.
 34. Celada Rodríguez Ángel, Celada Roldán Carmen, Loreto Tárraga María. Factores influyentes en la aparición de disfunción eréctil. [Internet].; 2016. Citado el 24 de Agosto del 2020. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy1MKlxrTrAhVFrFkKHccfAj8QFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5600072.pdf&usg=AOvVaw1sX4bJR3CisoaRBIsh-LD>
 35. Acuña Cañas Alonso. Etiología y clasificación de la disfunción eréctil. [Internet].; 2017. Citado el 05 de abril del 2020. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120468003>.
 36. Carrasco Alex Patricio Morales. Panorama clínico de la disfunción sexual en pacientes con diabetes mellitus. Salud(i)Ciencia [Internet]. 2020 Abr [citado 2025 Ene 18]; 23(8): 647-649. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902020000100647&lng=es. Epub 10-Abr-2020.
 37. Lue TF. Erectile dysfunction. N Engl J Med. 2000; 342(24): 1802-1813.
 38. Castelo Elías-Calle L, Romero Hung M, Aguilar Amaya RJ, Blanco Ed. Protocolo de atención a la disfunción eréctil. [Internet]. 2016 [citado 26 Ene 2025]; 22(2). Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/603>