

Multimed 2017; 21(6)

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO FRANCISCA RIVERO AROCHA
MANZANILLO, GRANMA**

**Disfunción sexual eréctil en pacientes diabéticos
atendidos en la consulta multidisciplinaria de Terapia
y Orientación Sexual. Manzanillo**

**Erectile sexual dysfunction in diabetic patients treated at
therapy and sexual orientation multidiscipline consultation.
Manzanillo**

**MSc. Alberto Martínez Cárdenas,^I MSc. Juan Feliciano González Gacel,^{II}
MSc. Med. Bioenerg. Rita Irma González Sábado,^{III} Esp. MGI Asdel Alberto
Martínez González,^{IV} MsC. Long. Satisf. Sheila Virgen Pons Delgado.^I**

^I Policlínico Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{III} Facultad de Ciencias Médicas de Granma Celia Sánchez Manduley. Manzanillo.
Granma, Cuba.

^{IV} Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

La impotencia asociada a la diabetes puede aparecer a cualquier edad. Se realizó una investigación descriptiva para describir la morbilidad de disfunción sexual eréctil en pacientes diabéticos. El universo de trabajo lo conformaron todos los pacientes diabéticos atendidos en la consulta multidisciplinaria municipal de Orientación y Terapia Sexual (n=18; 100 %) en el periodo de febrero 2016-febrero

2017. Se exploraron las variables edad, tipo de diabetes mellitus, tiempo de evolución de la diabetes, causa de la disfunción (psicógena u orgánica), intensidad de la disfunción eréctil y niveles de ansiedad como estado y como rasgo, se aplicaron varios instrumentos para la recolección de los datos como entrevista clínica psicológica, cuestionario para la salud sexual masculina (IIFE) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Los datos se expresaron en números absolutos y porcentajes. Se encontró predominio de pacientes diabéticos tipo II con más de 50 años de edad y más de 10 años de padecer la enfermedad e incluidos en la etapa de la vida de adulto medio y mayor, la causa de la disfunción es mayormente de tipo orgánica, la intensidad de la disfunción sexual eréctil en los pacientes fue grave y moderada, en su mayoría con el diagnóstico de diabetes tipo II y al evaluar el tipo de ansiedad predominó la ansiedad a niveles medio y alto. Se concluye que se encontró alta morbilidad de disfunción eréctil de mantenimiento en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta especializada de orientación y terapia sexual.

Palabras clave: disfunción eréctil, diabetes mellitus, entrevista psicológica, psicología clínica.

ABSTRACT

The impotence associated with diabetes can appear at any age. A descriptive investigation was carried out to describe the morbidity of erectile sexual dysfunction in diabetic patients. The universe of work was made up of all the diabetic patients seen in the multidisciplinary municipal consultation of Sexual Orientation and Therapy (n = 18, 100 %) in the period of February 2016-February 2017. The variables age, type of diabetes mellitus, were explored, time of evolution of diabetes, cause of dysfunction (psychogenic or organic), intensity of erectile dysfunction and levels of anxiety as a state and as a trait, several instruments were applied for the collection of data as psychological clinical interview, questionnaire for the Male Sexual Health (IIFE) and Trait-State Anxiety Inventory (IDARE). The data were expressed in absolute numbers and percentages. We found predominance of type II diabetic patients over 50 years of age and more than 10 years of suffering from the disease and included in the stage of life of middle and older adult, the cause of the dysfunction is mostly organic, the intensity of erectile sexual dysfunction in the patients was severe and moderate, mostly with the diagnosis of type II diabetes and when anxiety type was assessed, anxiety at medium and high levels prevailed. It is concluded that high morbidity of maintenance erectile dysfunction was found in diabetic patients attended in the specialized consultation of orientation and sexual therapy.

Key words: erectile dysfunction, diabetes mellitus, psychological interview, clinical psychology.

INTRODUCCIÓN

En el hombre la principal enfermedad sexual es la disfunción eréctil (DE), ¹ considerada como incapacidad persistente para conseguir o mantener la erección con suficiente rigidez para permitir una actividad sexual satisfactoria.

Uno de los grandes avances en la sexología contemporánea ha sido la observación directa de las modificaciones corporales fisiológicas, tanto genitales, como extragenitales, que se presentan en el ser humano durante la respuesta sexual. Tales modificaciones, observadas por Máster y Johnson, se ordenaron y agruparon en lo que se llamó ciclo de respuesta sexual fisiológica (excitación, meseta, orgasmo y resolución). ²

En la práctica clínica, cuando se presenta una alteración de dichas modificaciones fisiológicas, se habla de fisiopatología de la respuesta sexual tal como refirió Bianco en 1978 o disfunción sexual como se maneja en el DSM-IV, la cual se manifiesta con síntomas diferentes según la fase del ciclo que esté alterada y en forma independiente de los síntomas característicos de las alteraciones del deseo sexual. ³

En la década de 1960, Masters, Johnson y Kolodny, estructuraron por primera vez la respuesta sexual humana y sus disfunciones, como reconocen Kolodny y cols., los factores endocrinos y dentro de ellos la diabetes mellitus es causa frecuente de impotencia. Las estimaciones de la frecuencia de casos entre los varones diabéticos van del 40 al 60 %, con un consenso general sobre el hecho de que aproximadamente 1 de cada 2 varones con diabetes clínicamente evidente padece una disfunción sexual. ⁴

La diabetes mellitus (DM) es hoy día un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado. En 1994 existían 100 millones de personas con diabetes, se pronosticó que habría 165 millones en el año 2000, 239 millones en el 2010 y 300 millones en el 2025. ⁵

La diabetes mellitus entendida como la que reconoce a pacientes con síntomas y signos clásicos de hiperglucemia y cifras de éstas confirmadas, es decir 7,8 mmol/L

(120mg/dl) o más en ayuna; o pacientes con 11,1mmol/L (200mg/dl) 2 horas después de una prueba de sobrecarga de 75 gramos de glucosa.⁵

La impotencia asociada a la diabetes puede aparecer a cualquier edad, aunque la mayor parte de los estudios publicados indican una tendencia algo menor a la aparición de este problema en los diabéticos de entre 20 y 40 años (probablemente entre un 25 y un 30 % de los varones de este grupo son impotentes) que en el grupo de edad de 50 años o más, en el cual el porcentaje es de un 50 a un 70 %. Tal diferencia es atribuible, en parte a cambios en la circulación como consecuencia de arterioesclerosis aceleradas que aparecen más visiblemente en el grupo de población diabética de mayor edad.⁴

En la actualidad, se prefiere no utilizar el término impotencia, para eliminar todo matiz peyorativo. Esta definición se restringe a la capacidad de la erección del pene y no incluye trastornos del deseo sexual, la eyaculación o el orgasmo.

La causa de disfunción eréctil se caracteriza por una amplia gama de factores orgánicos, psicológicos, psiquiátricos, interpersonales y farmacológicos. Los factores psicológicos pueden dar lugar a ansiedad en relación con el acto sexual, pérdida de autoestima y aumento de la ansiedad que, a su vez, empeora la depresión y el estrés, se establece así un círculo vicioso.⁶

Su prevalencia e incidencia se asocian con el envejecimiento y a otras comorbilidades como la diabetes, síndromes metabólicos, obesidad, adicciones, trastornos cardiovasculares, hiperlipidemia, depresión, efectos secundarios de fármacos, desórdenes neurológicos, trastornos prostáticos y problemas psicológicos e interpersonales.⁷

Según el Anuario estadístico de 2015,⁸ la tasa de las muertes por diabetes mellitus en Cuba es de 20,1 por 100000 habitantes, ubicada en la octava causa de muerte general. En Granma se registra una tasa de 19,8 x 100000⁹ y en Manzanillo 23 x 10000 habitantes.¹⁰ La morbilidad es alta también y precisamente lo que debemos lograr una vez que ya tenemos al paciente enfermo es evitar las complicaciones y el deterioro de su salud y una de las complicaciones justamente son las disfunciones sexuales.

Las personas con diabetes tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general. Una mejoría en el cuidado de la diabetes aumentaría la esperanza de vida de estas personas, pero esto a su vez llevaría una

mayor incidencia de complicaciones microvasculares (nefropatía y retinopatía) y macrovasculares (enfermedades coronarias, cerebrovasculares y vasculares periféricas) ya que la edad y la duración de la diabetes son los principales factores de riesgo no controlables, por lo que será necesario aplicar los conocimientos existentes o desarrollar tecnologías capaces de prevenir la aparición de la enfermedad y de sus complicaciones.¹¹

Tal como denota el Programa nacional de diabetes mellitus, hay que intencionar estudios que identifiquen las complicaciones de esta enfermedad como la disfunción eréctil para ser debidamente tratadas, lo cual ayudaría a estabilizar clínica y emocionalmente a este tipo de paciente, elevando su calidad de vida.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Si existe morbilidad de disfunción sexual eréctil en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta de Orientación y Terapia Sexual ¿Cuál es la causa predominante, la intensidad y el nivel de ansiedad presente en ellos?

OBJETIVO

Determinar en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta de Orientación y Terapia Sexual la morbilidad de disfunción sexual eréctil y la presencia de ansiedad, de febrero 2016-febrero 2017.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con los pacientes atendidos en la consulta de terapia y orientación sexual del municipio Manzanillo.

La población estuvo compuesta por todos los pacientes atendidos con disfunción eréctil en la consulta de terapia y orientación sexual del municipio Manzanillo, con un total de 38 y con el diagnóstico de diabetes mellitus y disfunción sexual eréctil 18 (47,3 %) lo que constituyó la muestra, en el periodo de febrero 2016- febrero 2017.

Se tuvo en cuenta para formar parte del estudio que el paciente tuviera una relación heterosexual estable de por lo menos seis meses a un año, con una historia de haber tenido por lo menos 50 % de relaciones sexuales con problemas de erección en los últimos tres meses y que estuviera dispuesto a participar en la investigación. Se excluyeron los pacientes que durante la entrevista presentaron señales o signos observables de trastornos psicológicos.

La actual investigación variable dependiente a los pacientes diabéticos diagnosticados con disfunción sexual eréctil (DE).

Consideramos como variables independientes la edad, dividida en 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años, 50-54 años, 55-59 años, 60 y más; la clasificación de la diabetes mellitus (abreviada) se realizó según el Programa nacional de diabetes mellitus ¹¹ en diabetes mellitus tipo 1 (destrucción de células beta, que lleva a una ausencia absoluta de insulina), con las variantes de autoinmune (presencia de ciertos tipos de anticuerpos circulantes, especialmente al debut) y la idiopática; y la diabetes mellitus tipo 2 (insulino-resistencia con insuficiencia relativa de insulina o defecto secretorio con o sin resistencia a la insulina).

Los años de evolución de la enfermedad se dividieron en < 1 año, 1-4 años, 5-10 años, 10-14 años, > 15 años. La causa de disfunción sexual se clasificó en psicógena y orgánica teniendo en cuenta los siguientes indicadores.¹² **(cuadro)**

Cuadro. Indicadores de causa de disfunción sexual.

INDICADORES	ORGÁNICA	PSICÓGENA
Edad	> 50 años	< 40 años
Comienzo	Gradual	Agudo
Tiempo de evolución	> 1 año	< 1 año: mínimo de 3 meses
Aparición	Permanente	Situacional
Curso	Constante	Variable
Erección extracoital	Pobre	Rígida
Problemas psicosexuales	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja	Secundarios	Al inicio
Ansiedad y miedo	Secundarios	Primarios

El tipo de disfunción sexual se clasificó según la puntuación del cuestionario para la salud sexual masculina (IIFE-5)¹² en disfunción eréctil grave: de 5 a 10 puntos, disfunción eréctil media: de 11 a 15 puntos, disfunción eréctil ligera: de 16 a 20 puntos y función eréctil normal: de 21 a 25 puntos.

El nivel de ansiedad como estado y rasgo de la personalidad se calculó según el Inventario IDARE ¹³ y se dividió en: alto (≥ 45), medio (30-44), bajo (≤ 30).

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Como forma de obtención de la información se tomaron los datos de la historia clínica individual (edad, tipo de diabetes mellitus y años de evolución de la enfermedad); entrevista clínico-psicológica, para explorar la presencia de síntomas de disfunciones sexuales, de acuerdo con los criterios clínicos del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de las Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. (DSM4. II).¹² El cuestionario para la salud sexual masculina (IIFE-5), se basa en el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE-5). Se diseñó con el fin de suministrar un instrumento diagnóstico abreviado en 5 preguntas para evaluar la DE, conservó un elevado grado de sensibilidad y especificidad.¹²

El IIEF es un test simple y rápido de administrar, consta de preguntas que evalúan 5 campos relativos a la función sexual del varón: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global, con una puntuación máxima 30, proporciona una medida fiable para clasificar la intensidad de la (DE) como leve, moderada o severa. Este cuestionario se suele reservar para la estandarización diagnóstica en estudios epidemiológicos, para graduar la gravedad de la DE y para cuantificar el impacto de los distintos tratamientos para la DE. Con alternativas de respuesta que van de 0 a 5.

El Inventario de ansiedad rasgo-estado es un instrumento para investigar los fenómenos de ansiedad (permite medidas objetivas de la ansiedad), comprende escalas separadas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y rasgo (R); creado por CD Spielberger, RL Gorsuch, RE. Lushene.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis de los resultados apoyados en la estadística descriptiva: números absolutos y cálculo porcentual.

RESULTADOS

Según los resultados observables predominaron los pacientes diabéticos tipo II (66,66 %), de los cuales 12 pacientes superaban los 50 años de edad, fundamentalmente con diabetes tipo II, la mayoría de los pacientes aquejados por disfunción sexual están ubicados en la etapa de la vida de adulto medio y adulto mayor con más de 10 años de adecer la enfermedad (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes diabéticos según edad y tipo de diabetes mellitus que padecen.

Grupos de edades	Tipo de diabetes				Total	
	Tipo I		Tipo II			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	-	-	-	-	-	-
30-39	3	50	-	-	3	16.66
40-49	2	33.33	-	-	2	11.11
50-59	1	16.66	4	33.33	5	27.77
> 60	-	-	8	66.66	8	44.44
Total	6	33.33	12	66.66	18	100

Sobresalieron los pacientes con disfunción sexual orgánica (66,66 %) y la minoría de causa psicógena (33,33 %) (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación del tipo de disfunción presente en los pacientes diabéticos.

Tipo de disfunción eréctil	No.	%
Orgánica	12	66.66
Psicógena	6	33.33
Total	18	100

Al cuantificar los resultados del cuestionario para la salud sexual masculina (IIFE-5) obtuvimos que predomina en igual porcentaje los pacientes con disfunción grave y moderada (44,44 %) (tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de la intensidad de la disfunción presente en los pacientes diabéticos.

Intensidad de la disfunción eréctil	No.	%
Disfunción eréctil grave o severa	8	44.44
Disfunción eréctil media o moderada	8	44.44
Disfunción eréctil ligera o leve	2	11.11
Total	18	100

Como puede observarse los pacientes diabéticos en su mayoría tienen disfunción sexual de tipo grave y moderada con mayor presencia para los diabéticos tipo II (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de la intensidad de la disfunción en los pacientes diabéticos y el tipo de diabetes mellitus que padecen.

Intensidad de la disfunción sexual	Tipo de diabetes mellitus				Total	
	Tipo I		Tipo II			
	No.	%	No.	%	No.	%
Disfunción eréctil grave o severa	1	16.66	7	58.33	8	44.44
Disfunción eréctil media	4	66.66	4	33.33	8	44.44
Disfunción eréctil ligera	1	16.66	1	8.33	2	11.11
Total	6	33,33	12	66,66	18	100

Según los resultados del cuestionario IDARE para la ansiedad rasgo en igualdad predominó el nivel medio y bajo (50 %), mientras que en los pacientes con ansiedad estado la mayoría se clasificaron en niveles superiores con 6 (42,85 %) en nivel alto y 7 (50 %) en nivel medio. En general la mayoría de los diabéticos con disfunción sexual tienen ansiedad estado 14 (77,77 %) (tabla 5).

Tabla 5. Evaluar los niveles de ansiedad como estado y como rasgo.

Niveles de ansiedad	Tipo de ansiedad				Total	
	Rasgo		Estado			
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	-	-	6	42.8	6	33.3
Medio	2	50	7	50	9	50
Bajo	2	50	1	7.14	3	16.6
Total	4	22.2	14	77.7	18	100

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada en la tesis con salida doctoral de Reviriego de todos los pacientes diabéticos el 10.78 % (2.97 % de la muestra total) presentaba diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), frente al 82.3 % (22.6 % de la muestra total) que presentaba diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID).¹⁴

En los EEUU, el estudio sobre Envejecimiento de los varones de Massachusetts descubrió que, entre los varones de edades comprendidas entre los 40 y los 70 años, entre el 39 % y el 67 % sufría algún grado de problemas de erección, lo cual fue comentado en la investigación de MacRobertson.¹⁵

Los datos estadísticos que muestran estos autores son semejantes a los resultados de este estudio, toda vez que a mayor edad, mayor posibilidad de aparecer disfunciones sexuales y si se padece de una enfermedad endocrina- metabólica como la diabetes, el riesgo aumenta por las complicaciones vasculares.

Evidentemente no cabe lugar a dudas de que la DE, por su impacto social, es una causa importante de la disminución de la calidad de vida en los hombres con diabetes mellitus. Su frecuencia es significativamente más elevada en la población diabética, cuando se compara con la población general. La DE se asocia con el incremento de la edad, mal control metabólico, mayor tiempo de evolución de la DM, hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, la depresión, uso de algunos fármacos y a las complicaciones microvasculares de la DM, entre otros factores.¹⁵

La experiencia clínica apunta a que la calidad de la erección en varones con formas graves de disfunción eréctil de origen diabético no es tan buena como en varones sin diabetes. La gravedad de la disfunción eréctil aumentaba con la edad.¹⁵

Hasta hace algunos años, la DE se consideraba en más del 80-90 % de causa psicógena. En la actualidad, por el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, este porcentaje se ha reducido al 40-50, según la mayoría de los autores.¹⁶

Resultados semejantes obtenemos en el estudio que hoy mostramos al contar la mayoría de los pacientes con DSE de tipo orgánica, lo que indica que la enfermedad de base (diabetes) influye, la experiencia clínica y los resultados investigativos consultados concuerdan que la DSE de causa psicógena es más frecuente en personas que no tienen de base enfermedades crónicas.

Según los resultados de la entrevista clínica psicológica aplicada que recoge la experiencia sexual y los antecedentes del problema, en la mayoría de los pacientes el tiempo de evolución de la DE es superior a 1 año, el comienzo fue gradual, con un curso constante, la aparición permanente mantenida en el tiempo con fracasos en la relación sexual reiterada en el más del 60 % en el último año, al explorar la calidad de la erección en otras situaciones durante el sueño, matinal, con otras parejas en su mayoría son deficientes o nulas, el deseo sexual está disminuido o ausente, la eyaculación es retardada o ausente, elementos que complementan el diagnóstico de una DE por causa orgánica.

Tal como refiere Castelo Elías,¹⁶ en 1993 el Panel del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos recomendó el desarrollo de instrumentos adecuados, para

cuantificar de manera objetiva el grado de disfunción eréctil, así como para evaluar los resultados del tratamiento. Se desarrolló así el Índice internacional de la función eréctil (IIFE). El IIFE resulta, por tanto, apropiado para su uso por médicos, clínicos e investigadores como un valioso complemento, de la historia sexual pormenorizada y otras pruebas diagnósticas utilizadas para la evaluación de la DE. El instrumento que usamos para obtener la clasificación de la intensidad de la DE (IIFE) se ha tenido en cuenta por varios investigadores por la naturaleza de los ítems que lo conforman y por la claridad con que permite ser evaluado el tipo de intensidad o daño en la respuesta sexual.

Otro estudio comentado apunta que de los 120 pacientes portadores de DM2 a los que se les aplicó la escala IIFE, la media de edad fue de $49,28 \pm 7,5$ años. En los años de evolución se encontró una media de $6,53 \pm 6,02$ años desde el momento del diagnóstico. La media del puntaje obtenido por los pacientes en la escala IIFE-5 fue de $21,55 \pm 6,48$ puntos. El 55 % (66) pacientes presentó algún grado de disfunción eréctil según la escala IIFE-5, 28,3 % (33) presentó disfunción leve, 19,2 % (23) disfunción moderada y 7,5 % (9) cursó con disfunción eréctil grave.¹⁷

Consideramos que resulta evidente que los años de evolución de la enfermedad complican la magnitud de la disfunción sexual mayormente si ha sido un paciente que no ha tenido un control metabólico adecuado por no tener un régimen de vida acorde con su enfermedad de base.

Otro aspecto no menos importante y que se describe que tiene participación en el control y manejo de la DE son las características personalógicas y los problemas psicológicos de base, entre ellos una mayor tendencia a reacciones ansiosas de tipo rasgo (propios de la persona) o de tipo situacional (que se ponen de manifiesto al enfrentar determinadas situaciones demandantes y sobrexigentes para la persona, como la situación concreta de enfrentar una incapacidad para satisfacer la vida sexual en pareja).

Según los resultados de la entrevista clínico-psicológica aplicada a los pacientes, en su mayoría mostraron altas expectativas por curarse influenciados por cumplir con el rol de pareja, pero son poco reales sus aspiraciones atendiendo al desenlace de su competencia sexual actual y también es importante añadir que en su mayoría tenían poco conocimiento sobre la función sexual y respuesta sexual humana, elementos que favorecen estados ansiosos situacionales.

Al consultar la bibliografía encontramos el estudio Machado Romero que refiere que cuando se analizó si algunas variables psicológicas (depresión, ansiedad y locus de control interno) y metabólicas (control glucémico e hipoglucemias graves) podían predecir la calidad de vida de pacientes con DM1, encontramos que la sintomatología depresiva y ansiosa (rasgo) de los pacientes con DM1 puede explicar la calidad de vida de dichos pacientes. En suma, encontramos que la ansiedad (rasgo) y la depresión son dos importantes variables que explican la calidad de vida de los pacientes con DM1. ¹⁷

En un trabajo analítico caso-control publicado se comentó haber encontrado en el grupo con trastornos de la erección diferencias significativas en la ansiedad-rasgo con puntajes por encima del valor de referencia, lo que indica que los hombres con trastorno de erección presentan sintomatología moderada de ansiedad-rasgo, ¹⁷ lo cual no es concordante con los resultados obtenidos en el trabajo que realizamos porque en la casuística investigada predominan los pacientes con trastornos de disfunción con predominio de ansiedad estado.

CONCLUSIONES

Se encontró alta morbilidad de disfunción eréctil de mantenimiento en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta especializada de orientación y terapia sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabello F. Concepto de disfunción eréctil [Internet]. En Esbert M. Disfunción eréctil: Un abordaje integral. Psimática: Madrid; 2004.p. 27-31 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=Cabello+F.+Disfunci%C3%B3n+er%C3%A9ctil:+Un+abordaje+integral.+Psim%C3%A1tica.+2004+Madrid.+Editor:+Manuel+Esbert.+Cap%C3%ADtulo+I.+Concepto+de+disfunci%C3%B3n+er%C3%A9ctil.+P%C3%A1g.+27-31.
2. Máster WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Pueblo y Educación; 1989. p. 93-8. (Edición Revolucionaria).
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR) [Internet]. Madrid: Masson; 2009 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en <http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/07/manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf>.

4. Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Pueblo y Educación; 1989. p. 96-97; 383-403. (Edición Revolucionaria).
5. Díaz Díaz O, Faget Cerero O. Afecciones del páncreas. En Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. vol. V. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 1532.
6. Vázquez J. Disfunción eréctil masculina. [Internet]. 2014 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en: http://www.fmv-uba.org.ar/grado/medicina/ciclo_clinico/udhclin/PDF/DISFUNCION%20SEXUAL.pdf.
7. Méndez Gómez N, Valdivia Rodríguez T, Martínez Pérez MT, Miranda Arencibia O, Gil González P, Beauballet Fernández P, *et al.* Estudio multidisciplinario del paciente con disfunción sexual. Rev Cubana Med Milit. 1990; 4(2):51-3.
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2016 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf.
9. Oficina Nacional de Estadística e Información. [Internet]. 2016 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/provincias_masinf/granma.htm.
10. Oficina Nacional de Estadística e Información. [Internet]. 2008 [citado 02 Ene 2017]. Disponible en <http://www.one.cu/aed2014/33Granma/Municipios/06%20Manzanillo.pdf>.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diabetes Mellitus [Internet]. La Habana: MINSAP; 2000 [citado 04 Feb 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa_nacional_de_diabetes.pdf.
12. Fórum de la salud del hombre en disfunción eréctil. Elaborado por 12 entidades científicas. [Internet]. 2006 [citado 04 Feb 2017]. Disponible en: http://www.asesa.org/attach/admin/pro_documentos/Documento_de_Consenso_sobre_DE.pdf.

13. González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
14. Reviriego Almohalla B. Calidad de vida en pacientes con disfunción eréctil tratada con sildenafil e hipertensión arterial en atención primaria [Tesis doctoral] [Internet]. Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Rey Juan Carlos: Madrid; 2003 [citado 04 Feb 2017]. Disponible en: <https://ciencia.urjc.es/bitstream/10115/443/1/TESIS+REVIRIEGO.pdf>.
15. Castelo Elías-Calles Lizet, Licea Puig Manuel E. Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus: Aspectos etiopatogénicos. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2003 Ago [citado 04 Feb 2017]; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000200007&lng=es.
16. López CM, Heredia ME, González HR, Rosales PE. Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva. Rev méd Chile [Internet]. 2013 Dic [citado 04 Feb 2017]; 141(12): 1555-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200009&lng=es.
17. Machado Romero A, Anarte Ortiz MT, Ruiz de Adana Navas MS. Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. Clínica y Salud [Internet]. 2010 [citado 04 Feb 2017]; 21(1):35-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000100004&lng=es.

Recibido: 5 de octubre de 2017.

Aprobado: 23 de octubre de 2017.

Alberto Martínez Cárdenas. Policlínico I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: berty@grannet.grm.sld.cu.