



Artículo de Revisión

Trastorno de la erección en el adulto mayor

Erectile dysfunction in older adult

Daimara Barrera León^{1*} <https://orcid.org/0009-0007-6088-5380>

Yuniel Abreu Hernández² <https://orcid.org/0000-0002-2611-8045>

Félix Rafael Wert Tellez³ <https://orcid.org/0009-0007-1369-3116>

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

Jorge Luis Lorente Montiel³ <https://orcid.org/0009-0007-9956-0583>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Sancti-Spíritus, Hospital General Camilo Cienfuegos. Servicio de Geriatría y Gerontología. Sancti-Spíritus. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Sancti-Spíritus. Hospital General Camilo Cienfuegos. Servicio de Medicina Interna. Sancti-Spíritus. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Sancti-Spíritus. Provincia Sancti-Spíritus, Cuba.

* Autor para la correspondencia (email): daimarabarrera20@gmail.com

Cómo citar este artículo: Barrera León D, Abreu Hernández Y, Wert Tellez FR, Coello Pérez N, Lorente Montiel JL. Trastorno de la erección en el adulto mayor. GeroInfo-Revista de Gerontología y Geriatría. 2026; 21:e373.

RESUMEN:

Introducción: El trastorno de la erección es una disfunción sexual de alta prevalencia en el hombre mayor, con implicaciones para su calidad de vida. Su etiología es multifactorial, abarca componentes sexológicos, orgánicos, psicogénicos y factores inherentes al envejecimiento.

Objetivo: Analizar la evidencia epidemiológica, fisiopatológica, de evaluación y manejo del trastorno de la erección en la población geriátrica, desde el marco del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición); con un enfoque sexológico integral.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, SciELO, Cochrane y LILACS. Basados en el uso de descriptores DeCS/MeSH, bajo criterios de selección que priorizaron documentos científicos como revisiones sistemáticas, meta-análisis, guías de prácticas clínicas y estudios observacionales de relevancia para el tema.

Resultados: La prevalencia del trastorno de la erección supera el 60 % después de los 70 años. La disfunción endotelial vasculogénica es su sustrato principal, intensificada por polifarmacia, hipogonadismo de inicio tardío y factores psicosociales. La evaluación geriátrica integral es fundamental. El manejo óptimo es escalonado e individualizado; integra modificaciones del estilo de vida, terapia sexológica y psicológica, junto al uso de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 como primera línea de tratamiento y los casos refractarios las terapias de segunda y tercera línea.

Conclusiones: El trastorno de la erección en el adulto mayor es un síndrome geriátrico complejo que requiere un abordaje interdisciplinario y desestigmatizador. La evaluación y un tratamiento personalizado en la atención geriátrica son esenciales para mejorar la salud sexual y el bienestar global en esta población.

Palabras clave: Trastorno de la erección; Anciano; Envejecimiento; Salud sexual; Geriatría; DSM-5.

ABSTRACT:

Introduction: Erectile dysfunction is a highly prevalent sexual dysfunction in older men, with implications for their quality of life. Its etiology is multifactorial, encompassing sexological, organic, psychogenic components, and factors inherent to aging.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

Objective: To analyze the epidemiological, pathophysiological, assessment, and management evidence for erectile dysfunction in the geriatric population, within the framework of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition), using a comprehensive sexological approach.

Methods: A systematic search was conducted in PubMed, SciELO, Cochrane, and LILACS. The search was based on the use of DeCS/MeSH descriptors, with selection criteria prioritizing scientific documents such as systematic reviews, meta-analyses, clinical practice guidelines, and observational studies relevant to the topic.

Results: The prevalence of erectile dysfunction exceeds 60 % after age 70. Vasculogenic endothelial dysfunction is its primary underlying cause, exacerbated by polypharmacy, late-onset hypogonadism, and psychosocial factors. Comprehensive geriatric assessment is essential. Optimal management is stepwise and individualized, integrating lifestyle modifications, sex therapy, and psychological therapy, along with the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors as first-line treatment, and second- and third-line therapies for refractory cases.

Conclusions: Erectile dysfunction in older adults is a complex geriatric syndrome requiring an interdisciplinary and destigmatizing approach. Assessment and personalized treatment in geriatric care are essential to improve sexual health and overall well-being in this population.

Keywords: Erectile dysfunction; Elderly; Aging; Sexual health; Geriatrics; DSM-5.

Recibido: 01/01/2026

Aceptado: 01/02/2026

INTRODUCCIÓN:

La sexualidad, entendida como una dimensión central de la experiencia humana, no solo persiste, sino que puede evolucionar positivamente durante el envejecimiento, constituyendo un pilar del bienestar biopsicosocial.⁽¹⁾ Contrario a los estereotipos sociales y médicos que promueven la “ASEXUALIDAD” del adulto mayor, el deseo de intimidad, afecto y expresión sexual perdura. Esta dimensión de la vida se configura, de hecho, como un predictor importante de la calidad de vida y la satisfacción vital en esta



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

etapa.⁽²⁾ En este contexto, el trastorno de la erección (TE), categorizado en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), emerge como una de las condiciones de salud sexual más prevalentes e infra-diagnosticadas en la población masculina geriátrica, con un impacto que trasciende lo individual para afectar la dinámica de la pareja.⁽³⁾

El DSM-5-TR (revisión de texto) define el TE como una dificultad marcada, recurrente y persistente para obtener una erección, mantenerla hasta la culminación de la actividad sexual, o una notable disminución de la rigidez eréctil. Estos síntomas deben ocurrir en aproximadamente el 75-100 % de las ocasiones, causar malestar clínicamente significativo y tener una duración mínima de seis meses, excluyendo causas debidas exclusivamente a condiciones médicas no sexuales o al consumo de sustancias.⁽⁴⁾ Esta definición recalca la importancia de la persistencia, frecuencia e impacto subjetivo.

En el adulto mayor, el TE es raramente un fenómeno aislado o de etiología única. Su elevada prevalencia, que puede afectar a más de dos tercios de los hombres octogenarios, está intrínsecamente vinculada a la convergencia de múltiples factores: los cambios fisiopatológicos propios del envejecimiento, la alta carga de comorbilidades crónicas (enfermedad cardiovascular, diabetes, síndromes geriátricos), la polifarmacia y un entramado de factores psicosociales y relacionales específicos de esta etapa del ciclo vital, como el duelo, los cambios en la imagen corporal o los mitos internalizados.⁽⁵⁾ Por ello, su abordaje requiere necesariamente una perspectiva integral y geriátrica.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar la evidencia epidemiológica, fisiopatológica, de evaluación y manejo del trastorno de la erección en la población geriátrica, desde el marco del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5); con un enfoque sexológico integral. Este trabajo propone un marco práctico para la evaluación y el manejo clínico, fundamentado en los principios de la atención centrada en la persona mayor. Su diseño incorpora una perspectiva sexológica que reafirma la normalidad y la diversidad inherentes a la experiencia sexual durante la vejez.



MÉTODOS:

Se realizó una revisión narrativa exhaustiva de la literatura científica publicada entre enero de 2020 y abril de 2025. La estrategia de búsqueda sistemática se implementó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS y la Biblioteca Cochrane. Los términos de búsqueda (en español, inglés y portugués) combinaron descriptores DeCS y MeSH: ("Erectile Dysfunction" OR "Disfunción Eréctil") AND ("Aged" OR "Aging" OR "Geriatrics" OR "Anciano" OR "Envejecimiento" OR "Geriatría") AND ("Sexual Health" OR "Salud Sexual" OR **"DSM-5"**). Se aplicaron filtros para artículos en humanos y de los últimos 5 años.

Los criterios de inclusión fueron: revisiones sistemáticas y meta-análisis; guías de prácticas clínicas y consensos de sociedades científicas internacionales (AUA, EAU, ISS); estudios observacionales longitudinales o transversales con muestra de adultos mayores (≥ 65 años); ensayos clínicos aleatorizados que evaluaran intervenciones en esta población. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, estudios de caso aislado y artículos cuyo texto completo no estuviera disponible.

La selección se realizó en dos etapas: primero, una revisión de títulos y resúmenes por parte del autor; segundo, una lectura crítica del texto completo de los artículos preseleccionados para evaluar su pertinencia, calidad metodológica y aporte a los objetivos de esta revisión. La información extraída y sintetizada se organizó con sentido crítico en las secciones temáticas de fisiopatología, evaluación y tratamiento. Este proceso adoptó un enfoque dinámico, diseñado para una aplicación directa en la práctica clínica geriátrica. Cabe destacar que más del 60 % de las referencias que sustentan el manuscrito pertenecen al período comprendido entre los años 2020 y 2025.

DESARROLLO:

Epidemiología y determinantes en el envejecimiento: un fenómeno multidimensional.

La relación entre edad y TE es exponencial y bien documentada. Estudios poblacionales recientes confirman que mientras la prevalencia en hombres de 40-49 años ronda el 10-



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

20 %, esta se incrementa al 40-50 % en la séptima década y puede superar el 60-70 % después de los 80 años.⁽⁶⁾ En América Latina, estudios como la Encuesta Iberoamericana sobre Salud Sexual del Adulto Mayor (EISESAM) confirman cifras similares e identifican una asociación sólida con factores socioeconómicos y el nivel educativo.⁽⁷⁾

Los determinantes de riesgo forman una red compleja e interconectada:

- Comorbilidades sistémicas: la enfermedad cardiovascular aterosclerótica es el principal sustrato orgánico. La comunidad médica reconoce al TE como un marcador precoz de disfunción endotelial sistémica y, a la vez, como un predictor independiente de eventos coronarios futuros. Esta condición comparte con las enfermedades cardiovasculares una serie de factores de riesgo fundamentales, entre los que se encuentran la hipertensión, la dislipidemia y el tabaquismo.⁽⁸⁾ La diabetes mellitus multiplica entre tres y cuatro veces el riesgo de desarrollar un TE. Este mayor riesgo tiene su origen en tres mecanismos fisiopatológicos principales: la neuropatía autonómica, la microangiopatía y la enfermedad macrovascular.⁽⁹⁾
- Síndromes geriátricos y polifarmacia: la fragilidad y la sarcopenia se asocian a una mayor prevalencia de TE, probablemente mediadas por inflamación sistémica de bajo grado y disminución de los niveles de testosterona.⁽¹⁰⁾ La polifarmacia (consumo de ≥5 fármacos) es un factor iatrogénico crítico. Fármacos antihipertensivos (diuréticos, betabloqueadores no selectivos), antidepresivos (ISRS), antipsicóticos, anticolinérgicos y antiandrógenos figuran entre los principales responsables.⁽¹¹⁾
- Hipogonadismo de inicio tardío (HIT): la disminución fisiológica de la testosterona biodisponible con la edad contribuye a la reducción del deseo sexual (libido), afecta negativamente la función endotelial y disminuye la masa y tono del músculo liso cavernoso. La correlación entre los niveles séricos de testosterona y la severidad del TE no presenta un patrón lineal. Esta relación establece a la hormona como un factor modulador, más que como una causa única del cuadro clínico.⁽¹²⁾



- Determinantes psicosociales y contextuales: la depresión y el TE tienen una relación bidireccional y sinérgica. La ansiedad de desempeño, frecuentemente secundaria a un episodio inicial de fallo, perpetúa el ciclo de disfunción. Factores como la viudez, el aislamiento social, los mitos internalizados sobre la vejez asexuada y la falta de una pareja sexual consensuada y saludable son determinantes subestimados que requieren atención específica. ⁽¹³⁾

Fisiopatología integrada: más allá del enfoque vascular aislado.

La erección es un proceso sexo-neuro-vasculo-endocrino complejo. El envejecimiento patológico impacta cada uno de estos ejes:

- Eje vascular (disfunción endotelial): es el componente fisiopatológico central. Se caracteriza por una disminución en la síntesis y biodisponibilidad de óxido nítrico (NO) en las células endoteliales y neuronas nitrérgicas del cuerpo cavernoso. Paralelamente, hay un aumento en la actividad de las fosfodiesterasas (especialmente PDE5), una mayor sensibilidad al efecto vasoconstrictor de las catecolaminas (a través de receptores alfa-adrenérgicos) y un incremento en la deposición de colágeno (fibrosis), lo que reduce la compliance y la capacidad de oclusión venosa. ⁽¹⁴⁾
- Eje Endocrino: el hipogonadismo de inicio tardío (HIT) reduce la libido y, de forma paralela, disminuye la expresión de la óxido nítrico sintetasa (NOS) en el tejido cavernoso. Esta acción compromete directamente la función endotelial y agrava la disfunción vascular subyacente. Además, la deficiencia de andrógenos favorece un estado pro-inflamatorio y pro-fibrótico. ⁽¹⁵⁾
- Eje neurogénico: envejecimiento y enfermedades como la Diabetes o el Parkinson dañan las vías nerviosas autónomas (parasimpática y nitrérgica) cruciales para iniciar y mantener la erección, y aumentan la actividad simpática, promotora de la detumescencia. ⁽¹⁶⁾
- Componente sexológico: Helen S. Kaplan agregó este nuevo componente con su modelo trifásico de la respuesta sexual humana (deseo → excitación → orgasmo), donde el deseo y la excitación son pilares fundamentales en la erección durante



la respuesta sexual; y ambas pueden estar afectadas por los cambios propios del envejecimiento. ⁽¹⁷⁾

- Componente psicogénico: en geriatría, raramente es primario, pero actúa como un potente modulador de mantenimiento. El miedo al fracaso, la auto-observación y la ansiedad activan el sistema nervioso simpático. Esta activación provoca la liberación de noradrenalina, un neurotransmisor que contrarresta la vasodilatación. Se establece así un círculo vicioso que perpetúa el TE, incluso ante la presencia de una causa orgánica potencialmente tratable. ⁽¹⁸⁾

Para guiar la evaluación clínica metódica, se propone un esquema de diagnóstico diferencial (Tabla 1), que desglosa los principales componentes etiológicos y sus hallazgos asociados.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del trastorno de la erección en el adulto mayor:
componentes etiológicos y hallazgos clave.

Componente Etiológico	Mecanismos Fisiopatológicos Principales	Hallazgos Clínicos y de Evaluación Sugerentes
Vasculogénico	Disfunción endotelial, aterosclerosis de arterias hipogástricas/pudendas, fibrosis cavernosa. ⁽¹⁴⁾	Historia de enfermedad cardiovascular, diabetes, tabaquismo. Erecciones nocturnas/matutinas ausentes o de rigidez disminuida. ⁽¹⁴⁾
Sexológico	Trastorno de la excitación sexual; trastorno del deseo sexual. ⁽¹⁷⁾	Falta de excitación subjetiva o de respuesta genital física a la estimulación sexual; bajo deseo sexual y/o ausencia de pensamientos o fantasías sexuales. ⁽¹⁷⁾
Endocrino (HIT)	Disminución de testosterona biodisponible, reducción de	Disminución de libido, astenia, pérdida de masa muscular.



Componente Etiológico	Mecanismos Fisiopatológicos Principales	Hallazgos Clínicos y de Evaluación Sugerentes
	síntesis de NO, aumento de tono simpático. ⁽¹⁵⁾	Testosterona libre baja en muestra matutina. ⁽¹⁵⁾
Neurogénico	Neuropatía autonómica (diabética, por alcohol), enfermedad del SNC (Parkinson, ACV). ⁽¹⁶⁾	Síntomas de neuropatía periférica, disfunción autonómica (hipotensión ortostática), enfermedad neurológica conocida. ⁽¹⁶⁾
Farmacológico	Efecto adverso directo de fármacos sobre tono vascular, sistema nervioso o niveles hormonales. ⁽⁸⁾	Relación temporal clara con el inicio o ajuste de medicación. Uso de antihipertensivos, psicotrópicos, antiandrógenos. ⁽⁸⁾
Psicogénico (Secundario)	Ansiedad de desempeño, depresión, conflicto de pareja, estrés. ⁽¹⁸⁾	Erecciones nocturnas/matutinas preservadas. Inicio súbito asociado a un evento psicosocial estresante. Patrón de TE situacional. ⁽¹⁸⁾

Fuente: Elaborado por los autores.

Evaluación diagnóstica integral: la piedra angular del manejo

Una evaluación adecuada es fundamental para un tratamiento exitoso y debe integrarse en la valoración geriátrica comprehensiva.

- Historia clínica y sexual centrada en la persona: es la herramienta más importante. Debe realizarse en un ambiente privado, con empatía y sin juicios. Debe explorar la naturaleza del problema (inicio, duración, severidad, rigidez, circunstancias); función sexual global (deseo, excitación, eyaculación, orgasmo, satisfacción); presencia de erecciones nocturnas o matutinas (sugiere integridad del arco reflejo); historia médica, quirúrgica y psiquiátrica completa; revisión exhaustiva de toda la medicación (prescrita y de venta libre); factores psicosociales (estado de



ánimo, calidad de la relación de pareja, creencias sobre sexualidad y vejez, disponibilidad de pareja sexual). ⁽¹⁹⁾

- Exploración física: debe incluir: examen de genitales (pene, testículos), evaluación de caracteres sexuales secundarios (ginecomastia, patrón de vello), palpación de pulsos periféricos (femoral, pedio), medición de presión arterial y búsqueda de signos de neuropatía periférica o enfermedad vascular. ⁽¹⁹⁾
- Instrumentos de cribado validados: el Índice Internacional de Función Eréctil-5 (IIEF-5) es el cuestionario más utilizado, válido, confiable y breve (5 ítems), ideal para cribado, cuantificar la severidad y monitorizar la respuesta al tratamiento. ⁽²⁰⁾
- Pruebas de laboratorio dirigidas: no son necesarias en todos los casos, pero están indicadas para buscar causas tratables: hemoglobina glicada (control glucémico), perfil lipídico, y testosterona total y libre (muestra entre 7:00 y 11:00 horas). La medición de PSA se decide según riesgo individual y guías de cribado de cáncer de próstata. ⁽²¹⁾

Abordaje terapéutico escalonado, personalizado y centrado en metas.

El tratamiento debe ser consensuado, realista y adaptado a las comorbilidades, la función cognitiva, la polifarmacia, las expectativas y los deseos explícitos del paciente (y su pareja).

- Paso 1: educación, modificación del estilo de vida y manejo de factores de riesgo (base fundamental del tratamiento). Incluye la educación sexológica para desmitificar la sexualidad en la vejez; ejercicio físico aeróbico regular (mejora función endotelial); dieta mediterránea o dieta para prevenir la hipertensión arterial (DASH); pérdida de peso; cesación tabáquica absoluta; moderación/abstinencia de alcohol. Optimizar el control de la hipertensión, diabetes e hiperlipidemia puede mejorar la función eréctil per se. ⁽²²⁾
- Paso 2: abordaje psicológico y de pareja (Indispensable cuando existen componentes de ansiedad, depresión o conflicto relacional). La terapia cognitivo-conductual centrada en el TE ha demostrado alta eficacia. La terapia de pareja puede ser crucial para realinear expectativas y mejorar la comunicación. ⁽²³⁾



- Paso 3: farmacoterapia oral de primera línea. Inhibidores de la Fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5): sildenafil, tadalafil, vardenafil y avanafil son el pilar farmacológico. Su eficacia en adultos mayores es similar a la de poblaciones más jóvenes (>70% de respuesta), con un perfil de seguridad favorable. (24)
 - Consideraciones geriátricas clave:
 - Iniciar siempre con la dosis más baja. (24)
 - Contraindicación absoluta con nitratos (riesgo de hipotensión grave y muerte). (24)
 - Precaución con hipotensores (especialmente alfabloqueadores) y en pacientes con enfermedad cardiovascular inestable. (24)
 - El tadalafil 5 mg diario es una opción excelente para actividad sexual frecuente o cuando coexiste hiperplasia prostática benigna sintomática. (24)
- Paso 4: terapias de segunda línea.
 - Inyecciones intracavernosas de alprostadil: eficacia >85 %. Requieren entrenamiento del paciente/cuidador en técnica aséptica de autoinyección. El riesgo de priapismo (<1%) y fibrosis requiere educación y seguimiento. (25)
 - Dispositivos de vacío de constrictión: alternativa no farmacológica eficaz. Ideales cuando los IPDE5 están contraindicados o fallan. La satisfacción es alta, aunque pueden causar molestias (equimosis, frialdad del glande, eyaculación dolorosa). (26)
- Paso 5: terapia de tercera línea. Implantes de prótesis peneana: solución quirúrgica definitiva con las mayores tasas de satisfacción del paciente y la pareja (>90%). La elección entre prótesis maleable o inflable depende de las preferencias, destreza manual y estado de salud del paciente. (27)
- Terapia hormonal sustitutiva con testosterona: Solo indicada en hombres con síntomas clínicos de hipogonadismo y niveles bajos de testosterona confirmados en dos mediciones matutinas. Mejora la libido y puede sinergizar con los IPDE5.



Requiere monitorización rigurosa (hematócrito, PSA, perfil lipídico) y una discusión detallada de riesgos (posible exacerbación de apnea del sueño, policitemia) y beneficios. ⁽²⁸⁾

CONCLUSIONES:

El trastorno de la erección en el adulto mayor es un síndrome geriátrico complejo, multifactorial y altamente prevalente, que debe ser reconocido como un problema de salud legítimo y relevante. Para un manejo exitoso se requiere superar el edadismo médico y social. Este objetivo solo se alcanza con la inclusión rutinaria de la evaluación de la salud sexual dentro de la valoración geriátrica integral, un paso que se considera fundamental en la práctica clínica actual. Un abordaje eficaz se fundamenta en un modelo interdisciplinario que combine la pericia geriátrica, urológica, sexológica y de salud mental. El manejo terapéutico debe seguir un modelo escalonado y personalizado, el cual se centra en las metas y los valores particulares del paciente. El protocolo inicia con intervenciones sobre el estilo de vida y progresiona de acuerdo con la necesidad clínica y las preferencias individuales. En este proceso, la comunicación abierta, empática y libre de juicios se erige como la herramienta diagnóstica y terapéutica de mayor potencia.

Reconocer y atender la salud sexual en la vejez no es un lujo, sino un componente esencial del cuidado integral, que contribuye de manera significativa a la autonomía, la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial del adulto mayor y, con frecuencia, de su pareja.

REFERENCIAS:

1. World Health Organization. Sexual health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [acceso: 22/11/2025]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>
2. Zhang F, Yang Z, Li X, Wang A. Factors influencing the quality of sexual life in the older adults: A scoping review. Int J Nurs Sci [Internet]. 2023;10(2):167–73. [acceso: 22/11/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.03.006>
3. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the



- Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. [Internet]. J Sex Med. 2016;13(2):135-43. [acceso: 24/11/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR®): Test questions for the diagnostic criteria. Muskin PR, Dickerman AL, Drysdale A, Holderness CC, editores. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2025. [acceso: 24/11/2025]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
 5. Cameron J, Santos-Iglesias P. Sexual activity of older adults: A systematic review of the literature. Int J Sex Health [Internet]. 2024;36(2):145–66. [acceso: 24/11/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2024.2318388>
 6. Corona G, Maggi M. The role of testosterone in male sexual function. Rev Endocr Metab Disord [Internet]. 2022;23(6):1159–72. [acceso: 24/11/2025]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35999483/>
 7. Martínez Preciado JM, Atencio Ibarra L, Sandoval Salinas C, Corredor Ayala H, Hernandez B. Frecuencia y Severidad de la Disfunción Eréctil en Hombres Hospitalizados por Covid-19 en Colombia. Ciencia Latina [Internet]. 2024 [acceso: 24/11/2025];8(2):6015–27. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11020>
 8. Teng T-Q, Liu J, Wang M-M, Mo D-G, Chen R, Xu J-C, et al. The association of sexual frequency with cardiovascular diseases incidence and all-cause mortality. Sci Rep [Internet]. 2024 [acceso: 24/11/2025];14(1):31925. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-83414-3>
 9. Zhang X, Zhu Z, Tang G. Global prevalence of erectile dysfunction and its associated risk factors among men with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Int J Impot Res [Internet]. 2024 [acceso: 24/11/2025];36(4):365–74. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41443-024-00855-0>
 10. Wang B, Peng X, Lu Y, Fu L, Li X, Lu Z, et al. Association between frailty and low sexual function among sexually active older adults living with HIV in China: a multi-centre cross-sectional study in China. AIDS Care [Internet]. 2025;37(9):1539–50.



- [acceso: 28/11/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2025.2480151>
11. Abreu Hernández Y, Barrera León D, Lorente Montiel JL. Polifarmacia y fragilidad en al anciano en el contexto hospitalario. Geroinfo [Internet]. 20 de octubre de 2025 [acceso: 30/11/2025];20:e336. Disponible en: <https://revgerinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/336>
12. Jayasena CN, Anderson RA, Llahana S, Barth JH, MacKenzie F, Wilkes S, et al. Society for Endocrinology guidelines for testosterone replacement therapy in male hypogonadism. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 2022;96(2):200–19. [acceso: 28/11/2025]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cen.14633>
13. Pérez Díaz R, Torres Hebra L, Alvarez Contino JE, Martín Carbonell M, Cerquera Córdoba AM, Sanabria González S, et al. Depresión y variables sociodemográficas en ancianos del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Geroinfo [Internet]. 20 de octubre de 2025 [acceso: 01/12/2025];20:e334. Disponible en: <https://revgerinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/334>
14. Gratzke C, Angulo J, Chitaley K, Dai YT, Kim NN, Paick JS, et al. Anatomy, physiology, and pathophysiology of erectile dysfunction. [Internet]. J Sex Med. 2010;7(1 Pt 2):445-75. [acceso: 15/12/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01624.x>
15. Ken-Dror G, Fluck D, Fry CH, Han TS. Meta-analysis and construction of simple-to-use nomograms for approximating testosterone levels gained from weight loss in obese men. Andrology [Internet]. 2024;12(2):297–315. [acceso: 15/12/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/andr.13484>
16. Saadi DSM, Fariha DRT, Jui DRS, Sadlee DSM, Majumder DP, Rouf DMA, et al. Erectile dysfunction in adults: A review of neurological causes and risk factor analysis. Saudi J Med [Internet]. 2024;9(07):255–65. [acceso: 15/12/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.36348/sjm.2024.v09i07.007>
17. Respuesta Sexual Humana [Internet]. Amssac | Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. - Promoviendo la Salud Sexual en México desde 1987.



- Médicos, terapeutas sexuales y sexólogos a tu servicio. Amssac | Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C.; 2011 [acceso: 15/12/2025]. Disponible en: <https://www.amssac.org/biblioteca/respuesta-sexual-humana/>
18. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). [Internet]. Sex Med. 2014;2(2):60-90. [acceso: 15/12/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1002/sm2.28>
19. Hatzimouratidis K, Salonia A, Adaikan G, Buvat J, Carrier S, El-Meleigy A, et al. Pharmacotherapy for Erectile Dysfunction: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015). [Internet]. J Sex Med. 2016;13(4):465-88. [acceso: 22/12/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.016>
20. Avendaño M, Antonio J. Validación y confiabilidad del cuestionario IIEF para la caracterización de la gravedad de la disfunción erétil en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes [Internet]. Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2023 [acceso: 22/12/2025]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2636>
21. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. [Internet]. Eur Urol. 2021;80(3):333-57. [acceso: 22/12/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.06.007>
22. Yang B, Wei C, Zhang Y-C, Ma D-L, Bai J, Liu Z, et al. Association between improved erectile function and dietary patterns: a systematic review and meta-analysis. Asian J Androl [Internet]. 2025;27(2):239–44. [acceso: 22/12/2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/aja202485>
23. Huyghe E, Kassab D, Graziana JP, Faix A, Grellet L, Schoentgen N, et al. Therapeutic management of erectile dysfunction: The AFU/SFMS guidelines. Fr J



- Urol [Internet]. 2025;35(3):102842. [acceso: 08/01/2026]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fjurol.2024.102842>
24. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile dysfunction: AUA guideline. J Urol [Internet]. 2018;200(3):633–41. [acceso: 08/01/2026]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29746858/>
25. Elena BW, Zachary M, Haritha P, Graham BA, Wayne HJG. Current status of intracavernosal injection therapy in erectile dysfunction. Expert Opin Pharmacother [Internet]. 2023;24(8):925–33. [acceso: 08/01/2026]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2023.2204189>
26. Furtado TP, Saffati G, Furtado MH, Khera M. Stem cell therapy for erectile dysfunction: a systematic review. Sex Med Rev [Internet]. 2023;12(1):87–93. [acceso: 08/01/2026]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37758225/>
27. Carson CC, Mulcahy JJ, Harsch MR. Long-term infection outcomes after original antibiotic impregnated inflatable penile prosthesis implants: up to 7.7 years of followup. [Internet]. J Urol. 2011;185(2):614-8. [acceso: 10/01/2026]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21168870/>
28. Corona G, Gouli DG, Huhtaniemi I, Zitzmann M, Toppari J, Forti G, et al. European Academy of Andrology (EAA) guidelines on investigation, treatment and monitoring of functional hypogonadism in males: Endorsing organization: European Society of Endocrinology. Andrology. 2020;8(5):970-87. [acceso: 10/01/2026]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/andr.12770>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Los autores declaran que han participado suficientemente en el trabajo para asumir la responsabilidad pública del contenido. Las contribuciones de cada autor se detallan a continuación:

- Concepción y diseño del trabajo: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Noemí Coello Pérez, Jorge Luis Lorente Montiel.
- Recolección/obtención de resultados: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Jorge Luis Lorente Montiel.
- Análisis e interpretación de datos: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Noemí Coello Pérez, Jorge Luis Lorente Montiel.
- Redacción del manuscrito: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández.
- Revisión crítica del manuscrito: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Noemí Coello Pérez.
- Aprobación de su versión final: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández.
- Aporte de pacientes o material de estudio: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Noemí Coello Pérez.
- Obtención de financiamiento: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Jorge Luis Lorente Montiel.
- Asesoría estadística: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Noemí Coello Pérez, Jorge Luis Lorente Montiel.
- Asesoría técnica o administrativa: Daimara Barrera León, Yuniel Abreu Hernández, Félix Rafael Wert Téllez, Noemí Coello Pérez, Jorge Luis Lorente Montiel.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito que se somete a publicación.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación