

Sexualidad y salud sexual

Dres Silvana Valente,^{1,2} José Antonio Pellegrino,^{1,2} Silvio Tatti,^{1,2,3}

¹ Departamento Materno-infantil y División de Ginecología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". 1º Cátedra de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

² Comité de Sexología Clínica de la Asociación Médica Argentina.

³ Jefe del Departamento y Profesor Titular.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En este trabajo se recuerdan las definiciones de salud sexual y su relación con la sexualidad. Se menciona la sexología clínica como disciplina reciente y su aporte a la promoción de la salud. Se detallan algunos trastornos sexuales que constituyen el campo de acción de la sexología clínica. Se citan estudios y estadísticas de los problemas sexuales más frecuentes. Se hace hincapié en su relación con el bienestar y la calidad de vida. Se remarca el avance científico de la sexología clínica en el siglo XXI.

Palabras claves. Sexualidad, sexología, sexología clínica, salud sexual, salud pública.

Sexuality and Sexual Health

Summary

In this work the definitions of sexual health and its relationship with sexuality are recalled. Clinical sexology is mentioned as a recent discipline and its contribution to health promotion. Some sexual disorders that constitute the clinical sexology's field of action are detailed. Studies and statistics of the most frequent sexual problems are cited. It emphasizes its relation to well-being and the quality of life. The scientific advance of clinical sexology in the XXI century is highlighted.

Key words. Sexuality, sexology, clinical sexology, sexual health, public health.

Introducción

La sexología como ciencia fue definida por Iván Bloch en 1909 y a partir de entonces se fue incorporando lentamente a las actividades de diferentes disciplinas. La sexualidad humana se caracteriza por involucrar diversas áreas de las ciencias.

El camino recorrido por la sexología como ciencia es corto, por ello es considerada joven con respecto a otras. El "hecho sexual" como objeto de estudio es altamente complejo; por lo cual, al definir su marco conceptual y los asuntos implicados en su estudio, nos encontramos con dificultades de diversa índole y nos vemos en la necesidad de incluir múltiples experiencias y aportes.

Definición de salud sexual

El concepto de salud, si bien siempre se relacionó con el modelo de atención médica, fue variando con el tiempo. Desde los mismos orígenes de la medicina, desde la Antigüedad y hasta mediados del siglo XX, mantuvo características parecidas. Inicialmente enfocada de manera puntual en la enfermedad del ser humano, fue ampliando sus horizontes y cambiando su actitud.¹ En estas primeras definiciones de salud, la salud sexual no formó parte de ella.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente define la salud sexual como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". Según la OMS, "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia".² La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacio-

Correspondencia. Dra Silvana Valente
Correo electrónico: silvinavalente68@gmail.com

nado con la sexualidad". "Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".³

A partir del siglo XXI, estas organizaciones internacionales incorporaron –en sus definiciones– la sexualidad como una parte importante del bienestar y la calidad de vida de las personas, en un claro esfuerzo de rescatarla de la marginalidad en que la colocó la tradicional cultura occidental, en la que se había instalado un olvido sistemático y selectivo. Como dice Matheu: "Adquirir conocimientos sobre el hecho sexual humano y aprender a vivir con madurez como personas sexuadas son y deben ser objetivos importantes de nuestra nueva sociedad".⁴

Desarrollo del conocimiento de la sexualidad en el siglo XXI

Las limitaciones socioculturales de otras épocas hacia la sexualidad dificultaban la capacidad de acrecentar el saber científico y de acercarse al conocimiento de la verdad, para así poder entender las vivencias sexuales de cada individuo. Esto obstaculizaba, por un lado, el desarrollo de herramientas para la prevención de disfunciones y la construcción del bienestar sexual, y por el otro, la búsqueda de soluciones a las diferentes problemáticas sexuales.

En el siglo XXI la visión sexológica se amplía y se abre un camino nuevo. El estudio y la difusión de lo sexual comienzan a incluir todos los aspectos de la sexualidad y no solamente los problemas inherentes a la salud pública, como los embarazos no planificados, las infecciones de transmisión sexual, los diferentes tipos de violencia y la inclusión de las minorías.

La declaración de los derechos sexuales, como derechos humanos relacionados a la sexualidad, reafirma la sexualidad como aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida; la reconoce como fuente de placer y bienestar personal y general, y afirma que estos derechos protegen a cada persona para ejercer y expresar su sexualidad y disfrutar de su salud sexual teniendo en cuenta los derechos de los demás. Entre ellos, se encuentra el derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten, el derecho al acceso a la información y a la educación sexual.⁵

El desarrollo del conocimiento de la salud sexual en este nuevo siglo fue paralelo al desarrollo de la salud integral de la adolescencia, teniendo ambas problemáticas compartidas. La sociedad en general ha sufrido cambios sustanciales durante las últimas décadas, y estas modificaciones tienen implicancias en ambas, ya que están muy relacionadas.⁶

La sexología se ha constituido en un pilar fundamental de la promoción de la salud. Contribuye a la búsqueda del bienestar y aporta beneficios a la calidad de vida. Los profesionales de la salud, desde cada una de nuestras áreas, cumplimos un rol específico en esta tarea.

El campo de acción de la sexología clínica

La sexología como ciencia multidisciplinar y compleja se dedica a identificar problemáticas clínicas, psicológicas y/o sociales, que obligan a continuar investigando y analizando sus repercusiones en la salud del ser humano.

La Sexología Clínica como ciencia de la salud se ve favorecida por la labor de prevención y promoción de la salud como objetivo principal y de tratamiento en los casos en los que se pierde el equilibrio. En el ámbito de la atención primaria, implica educación sexual y la realización de estudios de prevalencia de problemas sexuales, teniendo en cuenta las circunstancias socioambientales que pueden dificultar o impedir el desarrollo de una sexualidad saludable. También implica el desarrollo de técnicas diagnósticas y estrategias de intervención en salud sexual para ejercer la prevención de trastornos sexuales y enfermedades sistémicas, como así también la rehabilitación de personas con enfermedades sexuales, la reeducación de individuos con necesidades psíquicas y físicas especiales, y el abordaje de la sexualidad en pacientes con dolencias crónicas y oncológicas.

En cuanto a la promoción de la salud en general, como aporte de la sexología clínica, es donde la investigación específica está llegando a conocimientos que brindan herramientas para ejercer la práctica diaria de los profesionales de la salud, desde la concientización de los consultantes hasta el proceso diagnóstico y terapéutico de diferentes enfermedades.

Los trastornos sexuales constituyen el principal campo de acción de la Sexología Clínica, y varios estudios de incidencia reflejan que existe un subdiagnóstico, principalmente en mujeres.

Dificultades en la consulta y problemáticas sexuales

Es difícil hablar de sexualidad con nuestros pacientes, pero también es improbable que ellos hablen con nosotros del tema. Está documentado que se interroga poco acerca de la sexualidad y que a los pacientes les gustaría poder preguntar a los profesionales de la salud sobre el tema. En un estudio se registró que solamente el 9% de 27.500 personas que concurren por consultas médicas de rutina fueron interrogadas por su salud sexual en los últimos tres años, en veintinueve países, tanto hombres como mujeres.⁷

Sin embargo, los problemas sexuales reflejan una alta prevalencia tanto en mujeres como en varones y la búsqueda de ayuda médica es baja y no difiere según su nivel social ni cultural. De hecho, las razones más comúnmente citadas para no consultar a un médico fueron similares para ambos sexos y reflejan su creencia acerca de que los problemas sexuales no son problemas médicos. Por el contrario, muchos piensan que son una parte

inevitable del envejecimiento y, por lo tanto, que no hay mucho que un médico pueda hacer al respecto, a pesar de que la evidencia científica revela que muchos problemas sexuales tienen solución médica y más los relacionados a la excitación en ambos sexos (erección y lubricación), como también se reconoce que una actitud sexual positiva conduce a una sexualidad satisfactoria y es un pilar fundamental en la calidad de vida y en la prevención de enfermedades.

A lo largo de los últimos años se ha trabajado en un consenso de nomenclatura y acercamiento de universalidad en las definiciones con el fin de comparar estudios y acercarnos a resultados más precisos. Ello se debe en parte a que los trastornos sexuales se manifiestan en todos los países y es una temática global.

Para avanzar en el conocimiento aportado por la evidencia que nos da la investigación debemos consensuar definiciones. Algunos estudios realizados en la última década revelan disfunciones sexuales en las mujeres entre un 16 y 45%; Burri y Spector, en Inglaterra, encontraron un 16% de malestar en las mujeres a lo largo de su vida por problemas sexuales. El estudio de Hayes (2006) informó una prevalencia del deseo con dificultades en el 64% de las mujeres, dificultades de excitación en el 31%, dificultades con el orgasmo en el 35% y dolor sexual en 26%.

El estudio PRESIDE en EE. UU.,⁸ realizado en 50.001 mujeres, reveló una prevalencia del trastorno de deseo sexual, hipoactivo, de 12,3% en mujeres de entre 45 y 64 años, en coincidencia con un estudio australiano.⁹ En las mujeres finlandesas, se identificó un 45% de descenso del deseo sexual.¹⁰

En lo que hay concordancia es que en las problemáticas sexuales femeninas la falta de interés sexual y excitación es la de mayor incidencia, seguida por la dificultad en la experimentación del orgasmo.

En los varones, la incidencia de las diferentes disfunciones sexuales varía, pero en un estudio sobre la incidencia de disfunción eréctil es el The Florey Adelaide Male Ageing Study (FAMAS), un estudio australiano en hombres de 35 a 80 años, publicado en 2014. De 179 hombres que eran sanos al inicio del estudio, el 31,7% desarrolló disfunción eréctil a los cinco años de seguimiento. De hecho, en los estudios de Rossen, y a partir de estos, se demostró que la prevalencia de la disfunción eréctil aumenta con la edad, llegando al 76% a los 80 años o más. Al igual que en las mujeres, la variación de resultados de acuerdo al diseño metodológico y de nomenclatura es importante, pero para generalizar a partir de todos los estudios, es razonable estimar que en los menores de 40 años la prevalencia es del 1 al 10%. En el grupo de 40 a 49 años, la prevalencia varía del 2 al 15%. El grupo de 50 a 59 años mostró el mayor rango de tasas de prevalencia informadas. La mayoría de los estudios muestran tasas del 20 al 40% entre los 60 y los 69 años de edad. Casi todos los informes

muestran tasas de prevalencia del 50 al 100% para los hombres de entre 70 y 80 años. En cuanto a la dificultad del control eyaculatorio, la prevalencia es de casi 30% en la mayoría de los estudios en mayores de 18 años; siendo la mayor incidencia con la edad el retardo de eyaculación, mientras que la eyaculación rápida se mantiene en el tiempo.¹¹

Dependiendo de las escalas empleadas y reconociendo la multicausalidad en las diferentes problemáticas sexuales como factor etiológico, están entre los de mayor relevancia e incidencia: los desórdenes anatómicos, infecciosos, endocrinológicos, neoplásicos, vasculares, nerviosos y psicológicos, así como también el uso de medicamentos, determinados estilos de vida, el abuso de sustancias tóxicas, la edad, la educación y la cultura, la vinculación con otras personas, las creencias, la orientación e identidad sexual y las diferentes violencias.

En los últimos cinco años, la edad de inicio en la preocupación de problemáticas sexuales con malestar (o sintomática) se registró en población a partir de los 16 años, tanto en mujeres como en hombres, reconociendo la ansiedad, la falta de educación sexual y la desorientación, situaciones en las que no consultar a los profesionales incrementó la prevalencia y el malestar.¹²

En los adolescentes, el despertar sexual produce cambios en los caracteres sexuales secundarios, como por ejemplo en las mujeres los cambios en la areola y el pezón, y en los hombres los cambios en los testículos, escrotos y pene.¹³

PLISSIT. Diagnóstico

En la detección de las disfunciones y trastornos sexuales es fundamental que todo profesional de la salud se encuentre sensibilizado al menos con el interrogatorio, y realice una escucha atenta de los pacientes que, cada día más, se animan a acortar los silencios en la consulta y a pedir orientación específica.

Es de utilidad en el interrogatorio, sea cual fuese nuestra especialidad, tener presente el modelo de terapia sexual desarrollado por Jack Annon en 1976, conocido como PLISSIT, ya que fue diseñado para ser utilizado por los profesionales de la salud para poder no solo interrogar sino también brindar la orientación adecuada en temas de salud sexual. El acrónimo PLISSIT significa cuatro niveles de intervención crecientes: permiso (P), información limitada (LI), sugerencias específicas (SS) y terapia intensiva (IT). A medida que aumenta el nivel de intervención, se requieren mayores conocimientos, capacitación y habilidades.¹⁴

Un elemento clave del modelo PLISSIT es la concesión de permisos como una característica central de cada una de las otras etapas. Todas las intervenciones con pacientes deben comenzar con la concesión de permisos. Por lo tanto, las etapas de información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva

están respaldadas por la concesión de permisos, tanto de los consultantes como de los profesionales.¹⁵

Para que los pacientes puedan plantear sus inquietudes o problemas sexuales, los profesionales deben disponer de un tiempo dentro de la consulta general, o bien habilitar en el centro de salud un consultorio especializado. De esta manera, la sexualidad empieza a posicionarse como un pilar de la salud. El mismo fenómeno ocurre con la atención de los adolescentes en la búsqueda de su salud integral.⁶

Existen numerosas oportunidades en la atención primaria para otorgar permisos. Es importante reconocer que estas oportunidades no están directamente relacionadas con el comportamiento sexual. La información surge del registro de la persona que se acerca a la atención médica, ya sea por un control pediátrico de salud de un adolescente, de un control clínico o ginecológico; como también una persona que está recibiendo tratamiento por una enfermedad, o que va a someterse a una cirugía o presenta alguna dolencia crónica. Preguntamos sobre hábitos intestinales, nutricionales, tóxicos, ciclo menstrual e inclusive si hacen o no ejercicio, pero preguntar acerca de la vida sexual es intimidatorio y vergonzante, y nos falta la capacitación para abordarlo deserotizadamente, por eso el momento se genera cuando nos damos "permiso" para pensar la sexología como ciencia aplicada a la clínica y como pilar del bienestar y de la calidad de vida.

Las preguntas pueden basarse en los datos suministrados en los párrafos anteriores, como, por ejemplo: muchas personas experimentan dificultades sexuales, de relacionarse con otras personas o de ansiedad en el encuentro sexual. Este es un momento en la consulta donde podemos hablar de estos temas relacionados a su sexualidad. Una vez generada la pregunta, el segundo nivel es proveer información básica acerca de la sexualidad, desde anatomía y fisiología, como conocer acerca de actitudes y prácticas erotofílicas y los beneficios de la sexualidad en la enfermedad que lo trae a la consulta o en la promoción de su salud en el presente y en el futuro.

Los profesionales debemos investigar cada caso clínico con paciencia y conocimiento. Por ejemplo, el hablar de cuándo y cómo retomar las relaciones sexuales luego de tener un bebé, qué las dificultades se pueden encontrar, cuáles serían las pautas de alarma para consultar y qué estaría dentro de las condiciones esperables.

También sabemos que las personas erotofílicas o con actitudes positivas hacia la sexualidad¹⁶ y que tienen experiencias sexuales satisfactorias y repetidas tienen menor riesgo de tener una enfermedad coronaria y/o un accidente cerebro vascular isquémico.^{17, 18} Sabemos que tener una sexualidad saludable mejora la ansiedad y disminuye la frustración, así como mejora la calidad del sueño y los síntomas depresivos, con una mejora en el bienestar y la cali-

dad de vida en todas las edades y principalmente en adultos mayores.¹⁹⁻²¹

También es conocido que el primer síntoma de la enfermedad cardiovascular en el hombre es el inicio progresivo de una disfunción eréctil, síntoma no asociado a manifestación de enfermedad sistémica, que revela el inicio de daño endotelial. En las mujeres el daño endotelial se acelera con la instauración de la menopausia y esto produce falta de lubricación vaginal que se evidencia en las relaciones sexuales. La asociación de hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo lipídico y de la glucosa con trastornos en la esfera sexual son comunes, y los síntomas sexuales anteceden a los síntomas conocidos.²²⁻²⁴

PLISSIT. Tratamiento

Cualquier profesional de la salud puede responsablemente asesorar, aconsejar y tratar a través del conocimiento y su experiencia sobre asuntos relacionados a la sexualidad. La siguiente etapa del modelo PLISSIT es la etapa de sugerencias específicas, donde se necesita un enfoque de resolución de problemas para abordar el conflicto particular del consultante. Por ejemplo, **a)** la cefalea durante la última etapa de la excitación o que coincide con el orgasmo, **b)** las relaciones sexuales de personas colostomizadas o mastectomizadas, **c)** personas que tienen miedo de padecer un déficit coronario durante la relación sexual, **d)** los que les molesta usar preservativo porque refieren no tener las mismas experiencias sensoriales, **e)** qué decir para tener encuentros seguros en esta época de pandemia, entre otras. Para ello se requiere de capacitación en sexología clínica, para que nuestros pacientes puedan tener una sexualidad satisfactoria, bienestar sexual y mejorar su calidad de vida. En cuanto al concepto de conductas "erotofílicas", podemos citar investigaciones realizadas que señalan que las relaciones sexuales en estas personas aumentan la circulación de linfocitos y la producción de citoquinas, mejorando su respuesta inmune.²⁵

En el trabajo de Bach, en el 2013, realizado en 22.654 personas, se asoció la poca actividad sexual y la mala actitud sexual con un mayor riesgo de cáncer, peor visión y pérdida de audición, peor salud mental y demencia; la inactividad sexual se asoció con trastornos dermatológicos y gastrointestinales, como así también enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.²⁶ La etapa de sugerencias específicas debe abordar todos los aspectos de la sexualidad y la salud sexual, en lugar de centrarse únicamente en el comportamiento sexual. Por ejemplo, una paciente puede sentirse ansiosa porque su pareja no la encuentra atractiva después de una cirugía. Esta ansiedad puede reflejar la propia sensación de pérdida de la paciente, por ejemplo después de una mastectomía o histerectomía y, por lo tanto, puede relacionarse con cómo percibe su feminidad y atractivo. Las sugerencias

específicas deben adaptarse a las necesidades particulares de la persona que consulta. Por ello es importante contar con profesionales entrenados, con habilidades y experiencia en terapias específicas de sexología clínica, y si es posible, más aún, con servicios especializados a los que se puede derivar a los pacientes, con el fin de poder brindar una atención integral. Irwin (2000) enumera fuentes de ayuda especializada ante problemas psicosexuales, que incluyen clínicas de disfunción sexual así como asesoramiento psicosexual.

La potenciación de la erotofilia es una herramienta basada en la terapia de enriquecimiento de Jean-Yves Desjardins y la terapia sexual. Esta herramienta se usa porque los pacientes con disfunción sexual tienden a evitar la sexualidad o tienen una actitud erotofóbica. Esto nos hace entender que las prácticas sexuales no son neutras y son muy útiles para abordar el problema planteado y saber qué podemos indicar una actividad sexual como la autoestimulación como indicación médica válida, aceptada y consensuada científicamente. Las personas erotofílicas tienen mayor deseo sexual, mejor performance sexual, hablan más de sexo y tienen más información sobre sexualidad, contracepción, etc.; en definitiva, se comunican mejor y gozan de una mejor salud sexual.²⁷

Consideraciones finales

La sexología clínica aborda disfunciones sexuales tales como trastornos del deseo sexual y excitación, trastornos orgásmicos, femeninos y masculinos, trastorno de dolor pelviano a la penetración, vulvodinia, vaginismos, parejas no consumadas, problemas de identidad sexual, problemas de comunicación y diádicos, dificultades en la erección y en la eyaculación.

Además permite sensibilizar, detectar y abordar problemas de violencia infantil y adolescente como violencia de género y violaciones, tanto desde las víctimas como los victimarios. El abordaje de los problemas sexuales co-mórbidos de otras enfermedades, farmacoterapias y estilos de vida, contribuye a la construcción de salud en nuestros pacientes.

Por otra parte, la actividad sexual es tan importante para la salud que equivale a realizar una actividad física moderada.²⁸

El estudio de disfunciones sexuales, su abordaje interdisciplinario y los avances en farmacología y tratamientos médicos, así como la difusión ayudada por la tecnología de comunicación y las redes sociales, incrementan hoy día las consultas sobre salud sexual.

La salud sexual reconoce, respeta y ejerce los derechos sexuales: entre ellos, el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad del cuerpo, a la privacidad sexual, a la equidad sexual, a la expresión emocional y al placer sexual que cada uno tiene.

La sexualidad es una conducta social, de comportamientos positivos, que mejora la salud y la calidad de vida. Junto con el ejercicio y una nutrición saludable constituyen un pilar del bienestar general, que se puede lograr, de acuerdo a la edad de las personas, con menor o mayor esfuerzo. La sexología, abocada al estudio de la sexualidad, permite incorporarla en nuestra práctica profesional cotidiana sin temor, sin vergüenza y con el convencimiento que nos da la validez científica.

Aclaración. En la Asociación Médica Argentina se creó el "Comité de Sexología Clínica", integrado por Verónica Andjel, Ester Antelo, Analía Blanco, Rosangela Gonzalves, Rosina Maniago, José Pellegrino, Ricardo Pérez Rivera, Silvio Tatti, Analía Urretavizcaya, Silvana Valente y Viviana Wapñarsky; y se invita a los profesionales de la salud a adherirse.

Agradecimientos. Al Dr. Ricardo Losardo por su iniciativa e impulso para la creación del Comité de Sexología Clínica en la AMA y por los aportes realizados en este trabajo.

Bibliografía

1. Hurtado-Hoyo E, et al. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. Rev Asoc Méd Argent. 2021; 134(1):18-25.
2. Organización Mundial de la Salud. La definición de la Salud Sexual. 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción 2000.
4. Matheu ML. Estrategias para la promoción de la salud sexual. Avances en sexología médica. 2011:505-21.
5. WAS: Asociación Mundial para la Salud Sexual. Declaración y derechos sexuales 2016.
6. Falke GO, Pellegrino JA. Salud integral del joven y del adolescente. Medicina preventiva y social. Revista de la Asoc Méd Argent. 2020; 133(4):24-9.
7. Moreira Jr ED, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. International Journal of Clinical Practice 2005;59(1):6-16.
8. Shifren JL, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. 2008;112(5):970-8.
9. Smith AMA, et al. Incidence and persistence/recurrence of women's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. J Sex & Marital Ther. 2012;38(4):378-93.
10. Kontula O, Haavio-Mannila E. Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland. 1971-1992. Aldershot Publishing 1995.

11. McCabe MP. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(2):144-52.
12. O'Sullivan LF, *et al.* Figuring It Out: How Late Adolescent and Young Adult Men and Women Perceive and Address Problems in Sexual Functioning. *The Journal of Sex Research*. 2019;56(3):327-36.
13. Pellegrino JA, *et al.* El médico generalista en la consulta casual con el paciente adolescente. *Rev Asoc Méd Argent*. 2020;133(2):1-4.
14. Seidl A, *et al.* Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning: a basis for sexual counselling. *Rehabilitation Nursing*. 1991;16(5):255-64.
15. Taylor B. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing standard*. 2006; 21(11):35-40.
16. Fisher WA, *et al.* Erotophobia - erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*. 1988;25(1):123-51.
17. Ebrahim S, *et al.* Sexual Intercourse and risk of ischemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *J Epidemiology & Community Health*. 2002;56(2):99-102.
18. Koskimäki J, *et al.* Regular intercourse protects against erectile dysfunction: tampere aging male urologic study. *Am J of Medicine*. 2008;121(7):592-6.
19. Kleinstäuber M. Factors associated with sexual health and well being in older adulthood. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(5):358-68.
20. Lee DM, Tetley J. Sleep quality, sleep duration and sexual health among older people: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;82:147-54.
21. Costa RM. Sleep and Sexual Arousal: A Complex Relation. *The journal of sexual medicine*. 2019;16(6):946-50.
22. Saïgitov RT, Glezer MG. Effect of arterial hypertension on sexual health of men and their quality of life. *Results of BOLERO study. Kardiologiya*. 2009;49(9):44-50.
23. Schober JM, Pfaff D. The neurophysiology of sexual arousal. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007;21(3):445-61.
24. Gordon JL, *et al.* Cardiovascular, hemodynamic, neuroendocrine, and inflammatory markers in women with and without vasomotor symptoms. *Menopause*. 2016;23(11):1189-98.
25. Haake P, *et al.* Effects of sexual arousal on lymphocyte subset circulation and cytokine production in man. *Neuroimmunomodulation*. 2004;11(5):293-8.
26. Bach LE, *et al.* The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med*. 2013;10(11):2671-8.
27. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education Therapy*. 1976;2(1):1-15.
28. Gems D. Evolution of sexually dimorphic longevity in humans. *Aging*. 2014;6(2):84-91.