

Función sexual en hombres con antecedente de síndrome de Guillain-Barré en América Latina: estudio transversal 2024 con el cuestionario MSHQ

Sexual function in men with a history of Guillain-Barré syndrome in Latin America: 2024 cross-sectional study using the MSHQ

Roby E. Franco-Gómez^{1,2}, Valentina Polanco-Parra^{2,3}, Mauricio A. Suárez-Henao^{2,4}
y Jairo A. Jimeno-Orozco^{2,4*}

¹Especialización en Psiquiatría, Corporación Universitaria Salud Colombia, Ibagué; ²Semillero de Investigación en Sexualidad Humana (SISH), Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales; ³Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales; ⁴Especialización en Sexología Clínica, Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales. Colombia

Cómo citar este artículo: Franco-Gómez RE, Polanco-Parra V, Suárez-Henao MA, Jimeno-Orozco JA. Función sexual en hombres con antecedente de síndrome de Guillain-Barré en América Latina: estudio transversal 2024 con el cuestionario MSHQ. Urol. Colomb. 2026;35(3):145-151. doi: 10.24875/RUC.25000033

Resumen

Objetivo: Describir la función sexual en hombres latinoamericanos con antecedente de síndrome de Guillain-Barré (SGB) mediante la aplicación del Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ). **Método:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en hombres mayores de 18 años, hispanohablantes, con diagnóstico confirmado de SGB y un tiempo mínimo de 2 años desde el episodio agudo. La recolección de la información se llevó a cabo mediante un cuestionario en línea que incluyó el MSHQ, variables sociodemográficas y datos clínicos relacionados con el curso del SGB. El análisis estadístico fue descriptivo y exploratorio. Las variables continuas se resumieron con mediana y rango intercuartílico, mientras que las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes. Los dominios del MSHQ se agruparon operativamente en categorías de menor y mayor puntuación utilizando la mediana de la muestra como punto de corte. **Resultados:** Se recibieron 13 respuestas, de las cuales 9 cumplieron los criterios de inclusión. Los dominios de erección, eyaculación y satisfacción sexual mostraron una distribución heterogénea, sin un patrón uniforme entre los participantes. Asimismo, los ítems adicionales del MSHQ evidenciaron variabilidad en la actividad sexual, el deseo sexual y el nivel de molestia percibida. **Conclusiones:** En esta muestra de hombres con antecedente de SGB, la función sexual mostró una amplia variabilidad, tanto en sus componentes funcionales como en los subjetivos. Estos hallazgos, de carácter exploratorio, resaltan la importancia de considerar la salud sexual dentro del seguimiento integral de las personas con antecedente de SGB, y evidencian la necesidad de estudios futuros con diseños longitudinales y muestras más amplias.

Palabras clave: Disfunción sexual fisiológica. Male Sexual Health Questionnaire. Salud sexual. Síndrome de Guillain-Barré.

*Correspondencia:

Jairo A. Jimeno-Orozco

E-mail: jairo.jimeno03@gmail.com

0120-789X / © 2026 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 20-06-2025

Fecha de aceptación: 16-06-2026

DOI: 10.24875/RUC.25000033

Disponible en internet: 28-09-2026

Urol. Colomb. 2026;35(3):145-151

www.urologiacolombiana.com

Abstract

Objective: To describe sexual function in Latin American men with a history of Guillain-Barré syndrome (GBS) using the Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ). **Method:** An observational, cross-sectional, descriptive study was conducted in Spanish-speaking men aged 18 years or older with a confirmed diagnosis of GBS and a minimum of 2 years since the acute episode. Data were collected through an online questionnaire that included the MSHQ, sociodemographic variables, and clinical information related to the course of GBS. Statistical analysis was descriptive and exploratory. Continuous variables were summarized using medians and interquartile ranges, while categorical variables were presented as frequencies and percentages. MSHQ domains were operationally grouped into lower and higher score categories using the sample median as the cutoff point. **Results:** Thirteen responses were received, of which nine met the inclusion criteria. The erectile, ejaculatory, and sexual satisfaction domains showed heterogeneous distributions, with no uniform pattern across participants. In addition, the supplementary MSHQ items revealed variability in sexual activity, sexual desire, and perceived level of bother. **Conclusions:** In this sample of men with a history of GBS, sexual function exhibited substantial interindividual variability in both functional and subjective components. These exploratory findings highlight the importance of incorporating sexual health into the comprehensive follow-up of individuals with prior GBS and underscore the need for future studies with longitudinal designs and larger sample sizes.

Keywords: Sexual dysfunction physiological. Male Sexual Health Questionnaire. Sexual health. Guillain-Barre Syndrome.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como «un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar»¹. En este marco, Alzate conceptualiza la función sexual como el núcleo de la sexualidad, ejercido en dos planos, psíquico y somático, que se manifiestan en un tercer plano, el comportamental². Estos tres planos se relacionan con las fases de la función sexual: apetitiva o de deseo, relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica³, que pueden presentarse de forma continua, aunque no necesariamente en una secuencia rígida².

La función sexual masculina es un fenómeno biopsicosocial complejo, influido por factores endocrinos, vasculares, neurológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales⁴. Las disfunciones sexuales masculinas, incluyendo la disfunción eréctil⁵, las disfunciones eyaculatorias⁶, la disfunción orgásmica⁷ y el trastorno del deseo sexual hipoactivo⁸, pueden presentarse a cualquier edad, estén o no asociadas a patologías subyacentes.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inmunomediada, que representa la causa más común de parálisis flácida aguda en el contexto pospoliomielítico⁹⁻¹³. Afecta principalmente al sistema nervioso periférico¹², aunque ciertas variantes pueden comprometer el sistema nervioso central^{10,14}. Clínicamente se manifiesta por debilidad simétrica ascendente, hiporreflexia o areflexia^{10,12,13,15},

y requiere atención neurológica urgente debido a su rápida progresión¹³.

La incidencia global del SGB se ha estimado entre 0,3 y 6,08 casos por cada 100.000 habitantes hasta 2020¹². En América Latina y el Caribe, la tasa es de 1,64 por 100.000 habitantes¹¹, con variaciones regionales asociadas a factores epidemiológicos, incluyendo un incremento del 20% por cada década de vida^{10,13} y una mayor prevalencia en los hombres¹⁰⁻¹⁴. También se ha identificado un patrón estacional, con picos en la temporada de verano en la región de América Latina y el Caribe¹⁰.

Anualmente se presentan cerca de 100.000 nuevos casos de SGB en el mundo⁹, muchos de los cuales cursan con complicaciones como disfunción autonómica (25%), insuficiencia respiratoria o dolor crónico^{13,14}. Hasta un 20% de los pacientes presenta discapacidad funcional persistente 1 año después del diagnóstico^{10,14}, lo que plantea retos para el seguimiento clínico integral.

En la población general, las disfunciones sexuales masculinas constituyen un problema frecuente de salud. El estudio DENSA, realizado en 1946 hombres, reportó que al menos el 50% de los mayores de 40 años en Ecuador, Venezuela y Colombia presentaban algún grado de disfunción eréctil¹⁶. Cañas et al.¹⁷, en una muestra de 512 colombianos, hallaron una prevalencia del 47% de disfunción eréctil en hombres entre 40 y 75 años. La prevalencia de disfunciones eyaculatorias varía, con cifras de hasta el 30% de los hombres, siendo la eyaculación precoz la más común^{18,19}. La eyaculación retardada también ha sido reportada en

personas mayores, con alta frecuencia de malestar asociado²⁰, mientras que la anorgasmia y el deseo sexual hipoactivo muestran prevalencias del 8% y hasta el 20%, respectivamente, dependiendo del país y el método de evaluación^{21,22}.

En hombres que han superado el SGB se ha descrito un deterioro persistente de la función sexual, especialmente de tipo eréctil, atribuido a una reparación incompleta de las fibras autonómicas que inervan la región pélvica²³. Aunque el deseo y la excitación se originan en los centros cerebrales superiores, la función sexual también depende de una adecuada conducción periférica²⁴. Cuando esta se altera, como ocurre tras un daño autonómico, pueden surgir ansiedad de desempeño sexual y alteración en las distintas fases de la función sexual²⁴.

Burk y Weiss²³ documentaron un aumento significativo de disfunción eréctil en hombres que habían padecido SGB, en comparación con controles de su mismo grupo etario, sugiriendo una base orgánica vinculada a la disautonomía persistente tras el evento neurológico agudo.

A pesar de estos hallazgos, la literatura científica sobre salud sexual en pacientes que han sufrido SGB es escasa, en especial en América Latina. Las secuelas neurológicas y emocionales podrían tener un impacto subestimado sobre la función sexual y la calidad de vida, que aún no ha sido bien documentado ni abordado clínicamente.

Se planteó la hipótesis de que los hombres con antecedente de SGB podrían presentar alteraciones en su función sexual debido a secuelas neurológicas, en particular relacionadas con la disfunción autonómica. Este estudio tiene como objetivo describir la función sexual en hombres latinoamericanos con antecedente de SGB, 2 años después del episodio agudo, mediante la aplicación del *Male Sexual Health Questionnaire* (MSHQ).

Método

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con el fin de evaluar la función sexual en hombres con antecedente de SGB, mediante la aplicación del MSHQ en su versión validada para población latinoamericana^{25,26}. Este instrumento autoinformado explora los dominios de erección, eyaculación, satisfacción sexual y aspectos adicionales a través de 25 ítems estructurados en escalas tipo Likert.

La población objeto incluyó hombres mayores de 18 años, hispanohablantes, con diagnóstico confirmado

de SGB y un tiempo mínimo de evolución de 2 años desde el episodio agudo. Se excluyeron aquellos con antecedentes de disfunción sexual previos al diagnóstico y los que padecían enfermedades crónicas que pudieran afectar la función sexual.

La recolección de los datos se realizó entre agosto y diciembre de 2024 mediante un formulario en línea, que incluía el MSHQ, preguntas sociodemográficas y datos clínicos relacionados con el episodio de SGB. El formulario fue difundido a través de redes sociales y grupos de apoyo virtuales dirigidos a personas con antecedente de SGB. La participación fue voluntaria y anónima.

Se obtuvieron 13 encuestas, de las cuales se incluyeron 9 en el análisis, tras excluir aquellas incompletas o que no cumplían los criterios de inclusión. El análisis estadístico fue descriptivo y exploratorio. Las variables continuas se resumieron mediante mediana, y las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas. Los dominios del MSHQ (erección, eyaculación y satisfacción) se analizaron de forma independiente y, con fines descriptivos, se agruparon en categorías de menor y mayor puntuación utilizando la mediana de la muestra como punto de corte. No se realizaron análisis inferenciales ni multivariados debido al tamaño reducido de la muestra. El análisis se llevó a cabo utilizando IBM SPSS Statistics, versión 25.

Además del trabajo de campo, se realizó una búsqueda sistemática de literatura científica con el objetivo de contextualizar el estudio y evaluar los antecedentes sobre la función sexual en hombres que han padecido SGB. La estrategia se aplicó en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science, EBSCO y Embase. Se utilizaron combinaciones de términos MeSH y palabras clave, como *Guillain-Barre Syndrome AND sex*, *Guillain-Barre Syndrome AND Sexuality*, *Guillain-Barre Syndrome AND Sexual Dysfunction* y *Guillain-Barre Syndrome AND Sexual Gratification*. A pesar de aplicar distintos operadores booleanos y filtros por tipo de estudio y año de publicación, se identificó escasa evidencia disponible. Solo tres artículos fueron relevantes para los propósitos del presente trabajo, lo cual confirma la limitada producción científica en este campo.

Desde el punto de vista ético, el estudio fue aprobado por un comité de ética en investigación, garantizando el cumplimiento de los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado en formato digital antes de diligenciar el cuestionario. Se respetaron

los principios de confidencialidad, autonomía y no maleficencia en el manejo de la información recolectada. No se realizó un cálculo de tamaño muestral, ya que se trató de un estudio exploratorio con muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas

La muestra estuvo conformada por 9 hombres con antecedente de SGB, procedentes de distintos países de América Latina, lo que refleja una población con diversidad geográfica (Tabla 1). La mediana de edad fue de 37 años. En cuanto al estado civil, la muestra incluyó tanto hombres solteros como hombres con pareja estable.

El tiempo transcurrido desde el episodio de SGB presentó una mediana de 5 años (rango: 3-17), evidenciando una amplia variabilidad en el periodo posterior al evento neurológico. De manera similar, la duración de la hospitalización mostró una dispersión considerable, con una mediana de 20 días (rango: 7-180), lo que refleja la heterogeneidad clínica del curso hospitalario del SGB.

Función sexual evaluada mediante el MSHQ

La función sexual fue evaluada mediante el MSHQ, analizando de forma independiente los dominios de erección, eyaculación y satisfacción, de acuerdo con el manual original del instrumento, en el cual las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de funcionamiento o de satisfacción sexual según el dominio evaluado.

En el dominio de erección, la puntuación total presentó una mediana de 13 puntos. Al agrupar los puntajes utilizando la mediana como punto de corte, 4 de los 9 participantes (44,4%) se ubicaron en el grupo de menor puntuación, mientras que 5 (55,6%) presentaron una mayor puntuación.

Respecto al dominio de eyaculación, la puntuación total mostró una mediana de 30 puntos. De manera concordante, 4 participantes (44,4%) se ubicaron en el grupo de menor puntuación y 5 (55,6%) en el grupo de mayor puntuación.

En cuanto al dominio de satisfacción sexual, se observó una mediana de 19 puntos, siendo este el dominio con mayor dispersión relativa. Al aplicar la misma

categorización, 4 participantes (44,4%) presentaron menor puntuación y 5 (55,6%) mayor puntuación.

Molestia, actividad sexual y deseo sexual (ítems no sumables del MSHQ)

Además de los dominios principales, se describieron de forma individual los ítems adicionales del MSHQ relacionados con la molestia asociada a la disfunción eréctil y eyaculatoria, así como aquellos vinculados con la actividad sexual y el deseo sexual, los cuales no constituyen subescalas sumables (Tabla 2). En los ítems de molestia, las puntuaciones más altas corresponden a un menor nivel de molestia, de acuerdo con el manual del instrumento.

En relación con la molestia asociada a las dificultades de erección, el 55,6% de los participantes refirieron no presentar preocupación, mientras que el 44,4% manifestaron algún grado de molestia. En cuanto a la eyaculación, la mayoría de los participantes (77,8%) indicaron no presentar preocupación, y el 22,2% reportaron molestia leve o relativa.

La actividad sexual durante el último mes mostró una distribución heterogénea, con participantes que reportaron desde ausencia de actividad hasta actividad diaria o casi diaria. La mayoría (66,7%) indicaron que su actividad sexual se había mantenido estable respecto al mes previo, mientras que el 33,3% refirieron cambios. En concordancia, el 55,6% de los participantes no manifestaron preocupación por dichas variaciones.

En cuanto al deseo sexual, se observaron distintos niveles de frecuencia, desde menos de la mitad de las veces hasta todo el tiempo. La mayoría de los participantes (55,6%) indicaron no sentirse preocupados por la intensidad de su deseo, mientras que el 44,4% refirieron algún grado de preocupación. Al comparar con el mes previo, el 55,6% reportaron estabilidad del deseo y el 44,4% refirieron cambios, ya fuera como disminución o como aumento.

Discusión

La literatura disponible sobre la función sexual en hombres con antecedente de SGB es limitada y heterogénea. Los estudios han descrito la presencia de dificultades sexuales posteriores al evento neurológico, planteando como posibles mecanismos la disfunción autonómica residual y las secuelas neurológicas variables propias del curso del SGB^{10,27}. En este contexto, los hallazgos del presente estudio se inscriben dentro

Tabla 1. Características demográficas y clínicas, y resultados de función sexual, por participante

Edad (años)	País	Estado civil	Años tras SGB	Días hospitalización	Dominios MSHQ		
					Erección	Eyaculación	Satisfacción global
39	Chile	Casado/UL	3	30	MP	MP	MP
34	Colombia	Casado/UL	2	10	MaP	MaP	MaP
41	Colombia	Soltero	6	30	MaP	MP	MP
34	Ecuador	Casado/UL	7	180	MP	MaP	MP
37	Guatemala	Casado/UL	5	11	MP	MP	MaP
37	Guatemala	Casado/UL	5	12	MP	MP	MP
23	México	Soltero	2	30	MaP	MaP	MaP
26	México	Soltero	4	7	MaP	MaP	MaP
54	México	Divorciado	16	20	MaP	MaP	MaP

Los dominios de erección, eyaculación y satisfacción global corresponden a los puntajes del MSHQ. Las categorías MP y MaP se definieron de manera operativa utilizando la mediana de la muestra como punto de corte, y no representan categorías diagnósticas ni niveles clínicos de función o satisfacción sexual. MaP: mayor puntuación; MP: menor puntuación; MSHQ: *Male Sexual Health Questionnaire*; SGB: síndrome de Guillain-Barré; UL: unión libre.

Tabla 2. Ítems adicionales del MSHQ: molestia, actividad sexual y deseo sexual

Pregunta MSHQ	Categoría principal reportada	n (%)
Molestia por erección	Algún grado de molestia	4 (44,4)
Molestia por eyaculación	Algún grado de molestia	2 (22,2)
Actividad sexual (último mes)	≥ 4 veces al mes	8 (88,9)
Cambio en la actividad sexual	Se mantuvo	6 (66,7)
Preocupación por cambios en actividad	Algún grado de preocupación	4 (44,4)
Deseo sexual (frecuencia)	Al menos la mitad del tiempo	5 (55,6)
Deseo sexual (intensidad)	Moderado a muy alto	7 (77,8)
Preocupación por el deseo sexual	Algún grado de preocupación	4 (44,4)
Cambio en el deseo sexual	Se mantuvo	5 (55,6)

Los ítems presentados corresponden a preguntas individuales del MSHQ que no forman parte de subescalas sumables. Las categorías mostradas reflejan la respuesta principal reportada por los participantes y se presentan con fines descriptivos. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes con datos válidos (n = 9).

MSHQ: *Male Sexual Health Questionnaire*.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se ha señalado que la función sexual masculina depende de la integridad de vías simpáticas, parasimpáticas y somáticas, cuya alteración puede ocurrir durante el curso del SGB²⁸⁻³⁰. No obstante, la expresión clínica de estas alteraciones puede ser variable y no necesariamente proporcional a la gravedad inicial del cuadro neurológico²⁷. Esto refuerza la idea de que la recuperación y la vivencia de la sexualidad tras el SGB no siguen trayectorias uniformes.

Se ha propuesto que factores de adaptación, compensación conductual y ajuste emocional pueden influir en la experiencia sexual posterior a enfermedades neurológicas agudas³¹. En este sentido, la evaluación de la sexualidad no debería limitarse a la función genital, sino integrar dimensiones subjetivas y contextuales, especialmente en condiciones en las que la evolución neurológica es variable.

Al comparar estos hallazgos con lo reportado en otras enfermedades neurológicas crónicas, en las que la afectación de la sexualidad suele ser más persistente y grave^{8,32}, el SGB parece constituir un escenario particular, caracterizado por trayectorias de recuperación diversas y por experiencias sexuales que no pueden ser comprendidas desde un enfoque exclusivamente biomédico.

En conjunto, este estudio resalta la necesidad de incorporar la salud sexual dentro del seguimiento integral de individuos con antecedente de SGB. El uso de instrumentos específicos como el MSHQ permite aproximarse de manera estructurada a una dimensión

de un cuerpo de evidencia aún incipiente, aportando una descripción detallada de la experiencia sexual desde una perspectiva funcional y subjetiva.

frecuentemente subexplorada en la práctica clínica, contribuyendo a una atención más integral y centrada en la persona^{33,34}.

Conclusiones

En esta muestra de hombres con antecedente de SGB, la evaluación mediante el MSHQ evidenció una marcada heterogeneidad en los distintos componentes de la función sexual, incluyendo los dominios de erección, eyaculación y satisfacción sexual.

Los ítems adicionales del MSHQ permitieron identificar que las variaciones en la actividad sexual y el deseo sexual no se acompañan de manera consistente de altos niveles de molestia, lo que sugiere una disociación entre el funcionamiento sexual, la percepción subjetiva y la preocupación asociada en algunos participantes. Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar dimensiones tanto funcionales como subjetivas en la evaluación de la sexualidad en hombres con antecedente de SGB.

Dado el carácter descriptivo y exploratorio del estudio, así como el tamaño reducido de la muestra, los resultados deben interpretarse con cautela y no permiten establecer asociaciones ni inferencias causales. Sin embargo, aportan información preliminar relevante sobre la diversidad de experiencias sexuales en esta población, en un contexto latinoamericano donde la evidencia disponible es limitada.

Este estudio presenta limitaciones importantes, incluyendo el bajo número de participantes, el muestreo no probabilístico y el uso de instrumentos autoadministrados, lo cual puede introducir sesgos de selección y de deseabilidad social. Futuros estudios con diseños longitudinales, mayores tamaños muestrales e inclusión de variables psicológicas, relacionales y clínicas, permitirán comprender de manera más profunda el impacto del SGB sobre la salud sexual masculina.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los participantes por su disposición para compartir sus experiencias, así como al Semillero de Investigación en Sexualidad Humana de la Universidad de Caldas por el acompañamiento académico durante el desarrollo del estudio.

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa exclusivamente como apoyo para la revisión del estilo y la claridad de la redacción del manuscrito.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra, Suiza: OMS; 2017. (Consultado el 19-06-2025.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>.
2. Arcila Rivera A, Velásquez Sepúlveda AM, Rivera Palacio AA, Álvarez Rodríguez SA, Ocampo Muñoz DC, Angarita Sepúlveda AR, et al. Introducción a la sexología clínica y estudio de casos. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas; 2023.
3. Alzate H. Sexualidad humana. 2.ª ed. Bogotá, Colombia: Temis; 1987.
4. Nicol A, Chung E. Male sexual dysfunction. Aust J Gen Pract. 2023;52:41-5. doi: 10.31128/AJGP-09-22-6559.
5. Ceballos MdP, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. Urol Colomb. 2015;24:185.e1-185.e22.
6. Desai A, Chen R, Cayetano A, Jayasena CN, Minhas S. Understanding and treating ejaculatory dysfunction in men with diabetes mellitus. Andrology. 2023;11:379-98. doi: 10.1111/ANDR.13262.
7. Shindel AW, Althof SE, Carrier S, Chou R, McMahon CG, Mulhall JP, et al. Disorders of ejaculation: an AUA/SMSNA guideline. J Urol. 2022;207:504-12. doi: 10.1097/JU.0000000000002392.
8. Belu CF, Corsini-Munt S, Dubé JP, Wang GA, Rosen NO. Partner responses to low desire among couples coping with male hypoactive sexual desire disorder and associations with sexual well-being. J Sex Med. 2023;20:955-64. doi: 10.1093/JSEXMED/QDAD069.
9. Doets AY, Verboon C, van den Berg B, Harbo T, Cornblath DR, Willison HJ, et al. Regional variation of Guillain-Barré syndrome. Brain. 2018;141:2866-77. doi: 10.1093/BRAIN/AWY232.
10. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2021;397:1214-28. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00517-1.
11. Capasso A, Ompad DC, Vieira DL, Wilder-Smith A, Tozan Y. Incidence of Guillain-Barré syndrome (GBS) in Latin America and the Caribbean before and during the 2015-2016 Zika virus epidemic: a systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13:e0007622. doi: 10.1371/JOURNAL.PNTD.0007622.
12. Wachira VK, Farinasso CM, Silva RB, Peixoto HM, de Oliveira MRF. Incidence of Guillain-Barré syndrome in the world between 1985 and 2020: a systematic review. Glob Epidemiol. 2023;5:100098. doi: 10.1016/j.gloepi.2023.100098.
13. Ritzenthaler T, Sharshar T, Orlikowski D. Síndrome de Guillain-Barré. EMC - Anestesia-Reanimación. 2014;40:1-8. doi: 10.1016/S1280-4703(14)68953-2.
14. Caldonazzo J, Weiss N. Polirradiculoneuritis aguda desmielinizante o síndrome de Guillain-Barré. EMC - Anestesia-Reanimación. 2023;49:1-11. doi: 10.1016/S1280-4703(23)48353-3.
15. Salinas JL, Walleros DM, Styczynski A, Garzón F, Quijada H, Bravo E, et al. Zika virus disease-associated Guillain-Barré syndrome — Barranquilla, Colombia 2015–2016. J Neurol Sci. 2017;381:272-7. doi: 10.1016/j.jns.2017.09.001.

16. Morillo LE, Díaz J, Estevez E, Costa A, Méndez H, Dávila H, et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSEA). *Int J Impot Res*. 2002;14:S10-8. doi: 10.1038/SJ.IJIR.3900893.
17. Cañas AA, Ceballos Domínguez P, Ramos HL, Suárez PA. Síndrome metabólico y disfunción eréctil en la población colombiana. *Urol Colomb*. 2011;20:55-60.
18. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*. 2007;51:816-24. doi: 10.1016/J.EURURO.2006.07.004.
19. Lee HY, Pyun JH, Shim SR, Kim JH. Efficacy of various treatment in premature ejaculation: systematic review and network meta-analysis. *World J Mens Health* 2024;42:338-46. doi: 10.5534/wjmh.230030.
20. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357:762-74. doi: 10.1056/NEJMOA067423.
21. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44. doi: 10.1001/JAMA.281.6.537.
22. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382:1817-29. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62366-1.
23. Burk K, Weiss A. Impotence after recovery from Guillain-Barré syndrome. *N J Med*. 1998;95(11):31-4.
24. Podnar S, Vodusek DB. Sexual dysfunction in patients with peripheral nervous system lesions. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:179-202. doi: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00011-0.
25. Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O'Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology*. 2004;64:777-82. doi: 10.1016/j.urology.2004.04.056.
26. Official MSHQ. Male Sexual Health Questionnaire distributed by Mapi Research Trust. ePROVIDE [s.f.] [Consultado el 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/male-sexual-health-questionnaire>
27. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré syndrome and variants. *Neurol Clin*. 2013;31:491-510. doi: 10.1016/j.ncl.2013.01.005.
28. Azadzi KM, Yang J, Siroky MB. Neural regulation of sexual function in men. *World J Clin Urol*. 2013;2:32. doi: 10.5410/WJCU.V2.I3.32.
29. Agochukwu-Mmonu N, Pop-Busui R, Wessells H, Sarma AV. Autonomic neuropathy and urologic complications in diabetes. *Auton Neurosci*. 2020;229:102736. doi: 10.1016/j.autneu.2020.102736.
30. Leiblum SR. Principles and practice of sex therapy. 6th ed. New York: The Guilford Press; 2020.
31. Dimachkie MM, Barohn RJ. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Curr Treat Options Neurol*. 2013;15:350-66. doi: 10.1007/S11940-013-0229-6.
32. Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st century: sexual fluidity. *East Asian Arch Psychiatry*. 2019;29:30-4.
33. 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. *J Sex Med*. 2016;13:135-43. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019.
34. Ford JV, Corona Vargas E, Finotelli I, Fortenberry JD, Kismödi E, Philpott A, et al. Why pleasure matters: its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *Int J Sex Health*. 2019;31:217-30. doi: 10.1080/19317611.2019.1654587.