



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL**

***UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34  
GUADALAJARA, JALISCO.***

***DISFUNCIÓN ERECTIL ASOCIADA A DEPRESION Y ANSIEDAD  
EN UNA POBLACION DE HIPERTENSOS.***

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

***DRA. ADRIANA LORENA GARIBAY JUAN QUI***

***GUADALAJARA, JALISCO 2010***



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

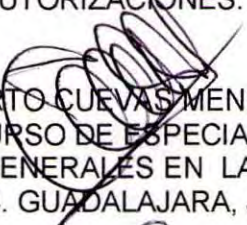
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

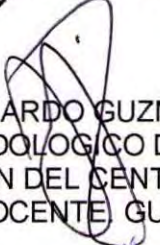
DISFUNCION ERECTIL ASOCIADO A DEPRESION Y ANSIEDAD EN UNA POBLACION DE HIPERTENSOS.


TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

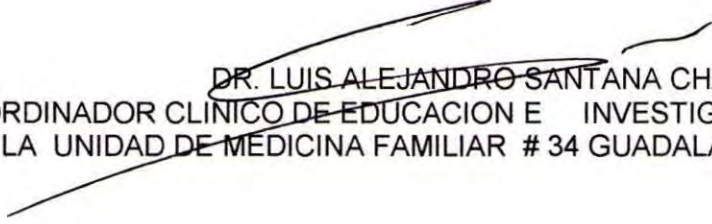
PRESENTA:  
DRA. ADRIANA LORENA GARIBAY JUAN QUI

AUTORIZACIONES:

  
DR. ALBERTO CUEVAS MENDOZA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 34. GUADALAJARA, JALISCO.

  
DR. JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS  
ENCARGADO DE LA DIRECCION DEL CENTRO DE INVESTIGACION EDUCATIVA Y FORMACION DOCENTE GUADALAJARA, JALISCO.

  
DR. MIGUEL ANGEL ROBLES ROMERO  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DE CURSO DE MEDICINA FAMILIAR # 51 GUADALAJARA, JALISCO.

  
DR. LUIS ALEJANDRO SANTANA CHAVEZ  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 34 GUADALAJARA, JALISCO.



JEFATURA DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
U.M.F. No. 34

GUADALAJARA, JALISCO

2010

DISFUNCION ERECTIL ASOCIADA A DEPRESION Y ANSIEDAD EN  
UNA POBLACION DE HIPERTENSOS.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

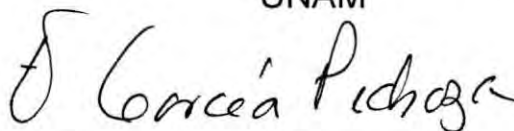
PRESENTA:

*DRA. ADRIANA LORENA GARIBAY JUAN QUI.*


AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM.

## ÍNDICE GENERAL:

1. TITULO .....	1
2. ÍNDICE GENERAL.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5. JUSTIFICACIÓN .....	14
6. OBJETIVOS.....	15
– GENERAL	
– ESPECIFICOS	
7. HIPOTESIS.....	16
8. METODOLOGÍA.....	17
– TIPO DE ESTUDIO	
– POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
– TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
– CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION	
– INFORMACION A RECOLECTAR	
– METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION	
– CONSIDERACIONES ETICAS	
9. RESULTADOS .....	26
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	
TABLAS Y GRAFICAS.	
10. DISCUSION .....	35
11. CONCLUSIONES .....	37
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	39
13. ANEXOS .....	41

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Un gran porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial presenta alteraciones en la función sexual, dentro de las alteraciones que se identifican con mayor frecuencia se encuentra la disfunción eréctil, esta patología comúnmente no es diagnosticada debido a que el médico familiar no realiza una búsqueda o pesquisa intencionado limitando la posibilidad de establecer un diagnóstico, de igual forma sucede en los pocos pacientes que se diagnostican, donde no se logra identificar otro tipo de alteraciones entre las cuales se encuentran ansiedad y depresión, que en la mayoría de casos se relacionan con disfunción eréctil. La presencia de ansiedad y depresión pueden perpetuar un círculo vicioso en los paciente con disfunción sexual, por lo que es necesario establecer la magnitud de esta asociación en nuestro medio, para el tratamiento integral de los pacientes.

Con base en lo anteriormente expuesto se pretende contestar la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación de disfunción eréctil con depresión y ansiedad en una población de hipertensos?**

## MARCO TEORICO

### DISFUNCION ERECTIL

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria; debe tener una antigüedad de al menos 3 meses, excepto en casos secundarios a traumatismos, cirugía o a que el paciente lo viva de forma problemática. Esta definición se circunscribe a la capacidad de erección del pene y no incluye trastornos del deseo sexual, de la eyaculación o del orgasmo.<sup>1</sup>

La prevalencia de la Disfunción Eréctil (DE), en la población general ha sido valorada en diferentes estudios. En el Massachusetts Male Aging Study, realizado en Estados Unidos en 1.290 varones de edades comprendidas entre 40 y 70 años, la prevalencia de DE de cualquier grado fue del 52% (el 17% en grado mínimo, el 25% en grado moderado, el 10% completa), porcentaje que aumentaba proporcionalmente con la edad: desde un 39% a los 40 años hasta un 67% a los 70 años; los resultados de este estudio revelaron una asociación significativa entre HTA y DE.<sup>1</sup>

En otros estudios, se encontró que las dificultades en la erección vienen determinadas por factores orgánicos y/o factores de índole psicológico. Las disfunciones psicógenas están en un rango de porcentaje del 20-30% en las poblaciones clínicas estudiadas, y el origen multifactorial es la causa del 66% de las DE. Según sea la etiología, la DE se clasifica en orgánica, mixta y psicógena. En la DE orgánica los mecanismos fisiológicos de la erección se hallan alterados a causa de enfermedades, uso y/o abuso de sustancias, o por intervenciones quirúrgica, en ausencia de factores psicológicos con un papel significativo en la pérdida de erección. En la DE mixta una serie de factores psicológicos se suman a la etiología orgánica, manteniendo y/o agravando el trastorno en la erección.<sup>2</sup>

Al realizar la Historia Clínica, se debe intentar determinar si la DE es de origen orgánico, psicógeno o mixto; en el caso del paciente hipertenso, la

historia debe incluir aspectos médicos, sexuales y psicosociales, un exhaustivo examen físico, los estudios habituales recomendados por las guías y las pruebas necesarias que permitan averiguar la etiología de la DE con el objetivo de clasificarla mas adecuado. Se estandarizan dos cuestionarios mas comúnmente utilizados para el diagnóstico de la DE son el IIEF (International Index of Erectile Function) y el SHIM (Sexual Health Inventory for Men); este último es una versión abreviada del IIEF, tiene una excelente sensibilidad y especificidad, consta de cinco preguntas y diagnostica adecuándose obtiene una calificación inferior o igual a 21.<sup>1, 3</sup>

En un estudio de la disfunción eréctil en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca, realizado en Unidad de Rehabilitación cardiaca, Hospital Ramón y Cajal en Madrid España, de 420 varones, 216 tuvieron disfunción eréctil, en relación con edad, Diabetes Mellitus, tabaquismo y tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y diuréticos. Estuvo en conexión directa con la ansiedad y depresión, siendo la incidencia de disfunción eréctil muy significativa. Se relaciona con factores de riesgo como aterosclerosis y anomalías psicológicas (ansiedad y depresión).<sup>4</sup>

La DE constituye un importante problema de salud publica que afecta a la calidad de vida de quien la padece y tiene una elevada prevalencia en los pacientes hipertensos independientemente de que reciban o no tratamiento farmacológico antihipertensivo, por lo que no debiera ser un problema desconocido para todos los profesionales implicados en el manejo de la hipertensión arterial.<sup>1</sup>

## HIPERTENSION ARTERIAL

Se define como, la elevación continuada de los niveles de presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mmHg y/o de la presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg, en ausencia de tratamiento antihipertensivo.<sup>5</sup>

Como mencionamos anteriormente, la Disfunción Eréctil parece estar asociada con enfermedades cardiovasculares y crónicas y podría predecir la gravedad y el mal pronóstico entre quienes padecen enfermedad cardiaca, de



acuerdo con los resultados de tres estudios dirigidos dos de ellos por las Universidades de California en Los Ángeles y la de Chicago respectivamente y un tercero por el Hospital General de Montreal y la Universidad McGill de Montreal. Los científicos de la Universidad de California analizaron datos de un estudio nacional sobre salud y nutrición de los años 2001 y 2002 en el que participaron 2.126 hombres de 20 años o más que respondieron a cuestiones sobre su funcionamiento sexual y pasaron por un examen médico. La afección se producía más a menudo con el envejecimiento, afectando al 6,5% de los hombres de entre 20 y 29 años y al 77,5% de aquellos de 75 años o más. Cuando se tuvieron en cuenta factores que pudieran contribuir a la disfunción eréctil, incluyendo la edad y otras enfermedades, los varones hispanos americanos tenían casi el doble de riesgo.<sup>3</sup>

Los investigadores de la Universidad de Chicago evaluaron a 221 hombres con una edad media de 58,6 años que habían pasado por un análisis de estrés nuclear, una prueba no invasiva para el diagnóstico de la progresión de la enfermedad cardíaca.<sup>6</sup>

Según los científicos, de los 221 hombres, el 54,8% padecía el trastorno sexual. Los pacientes con disfunción eréctil eran mayores que los hombres que no la sufrían y más propensos a tener enfermedad cardíaca, diabetes e hipertensión.<sup>6</sup>

El Comité Institucional multidisciplinario de expertos en Hipertensión Arterial del Instituto Nacional de Cardiología presenta la actualización 2008 de sus "Guías y Recomendaciones" para la detección control y tratamiento de la Hipertensión Arterial.<sup>7</sup>

Estas guías están dirigidas a la población hipertensa de México. Se enfatiza la necesidad de medidas preventivas, la importancia del manejo no farmacológico, tales como nutrición, ejercicio y cambios en el estilo de vida, (que idealmente debe iniciarse desde edades muy tempranas) es crucial para la prevención clínica de cualquier enfermedad crónica esencial del adulto y la hipertensión no escapa a este aspecto.<sup>7</sup>

La incidencia de hipertensión Arterial sistémica en el paciente geriátrico es muy elevada pues uno de cada dos pacientes después de los 65 años en general es hipertenso. La hipertensión es predominantemente sístolo-diastólica o sistólica pura.<sup>8</sup>

Entre los factores de riesgo la Hipertensión arterial ocupa el número uno según diferentes autores. Es importante corregir los factores de riesgo para mejorar la calidad de vida y evitar disfunciones sexuales, pues varios autores plantean que aquellos pacientes que no tienen ningún factor de riesgo cardiovascular, Diabetes Mellitus, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcohol, abuso de sustancias y lípidos altos en la sangre la respuesta a los medicamentos para su disfunción es caso 100% en aquellos que tenían un factor de riesgo la respuesta desciende al 85.7% y en los que tenían dos o más bajaba al 78.9%, lo que aconseja la reducción de las mismas por ambos motivos mejora de la calidad de vida y de la respuesta erectiva.<sup>9</sup>

En la Comunidad Valenciana un estudio realizado en 512 varones hipertensos incluidos en el programa de hipertensión de sus Centros de Salud estimó una prevalencia del 46.5% para cualquier grado de disfunción eréctil. El 22,1% de los pacientes sufrían una DE leve y el 6,3% severa. Aranda en 367 pacientes hipertensos madrileños encuentra una prevalencia del 53.1% de disfunción eréctil. Estas cifras de prevalencia de disfunción eréctil aumentan considerablemente en los pacientes hipertensos si en estos coexisten otros factores de riesgo asociados como son la claudicación intermitente, la cardiopatía isquémica o la diabetes, así como con la edad del paciente. Si bien se podría pensar que existe relación entre las cifras elevadas de presión arterial, el tiempo de evolución de la hipertensión y una mayor incidencia de disfunción eréctil en los pacientes hipertensos.<sup>10,11,12,13</sup>

## ANTIHIPERTENSIVOS

En los casos de hipertensión hay que tomarlos bajo prescripción médica sin dejar de lado la disminución del aporte de sal en las comidas.<sup>10</sup>

Los beta bloqueadores tienen como efecto disminución del deseo sexual y dificultades de erección. Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, con importante efecto hipotensor. El sildenafil, tadalafilo y vardenafilo disminuyen de un 5 a un 10% las cifras tensionales.<sup>10</sup>

Las causas por las que algunos antihipertensivos acarrear cambios en la rigidez peneana, pueden deberse a que en estos pacientes, la alta presión, compensaba de alguna manera la disminución de la luz de estas arterias lesionadas por la misma hipertensión. Al disminuir la tensión arterial, el pene comienza a sufrir la falta de sangre en el momento que más lo precisa, es decir, durante la mayor demanda de la actividad sexual, y por la necesidad de lograr y mantener una erección apta para la penetración.<sup>10</sup>

Consideremos como factores de origen psicógeno la depresión y la ansiedad:

#### DEPRESION

La depresión es un desorden mental asociado a pérdida de interés o de placer, sensaciones de culpabilidad o baja autoestima, problemas de sueño o de apetito, baja energía y baja concentración.<sup>14</sup>

#### ANSIEDAD.

La ansiedad-estado, se refiere a una condición emocional transitoria en la que se manifiesta tensión y sentimientos subjetivos de aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo.<sup>15</sup>

La depresión, ya sea como causa de Disfunción Eréctil o como su consecuencia, se encuentra frecuentemente asociada, aunque su relación causa aun no se ha determinado.

Según Sapetti (1999) las disfunciones sexuales debidas al uso de antidepressivos (IMAO –inhibidores de la monoaminoxidasa-, tricíclicos, ISRS – inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina-) son relativamente

comunes y pueden llevar a la no aceptación del fármaco o a la deserción del tratamiento.<sup>10</sup>

Se calcula que uno de cada 3 varones no tratados por depresión sufre algún grado de deterioro de su salud sexual, ya sea en el área del deseo, la calidad de la erección, la eyaculación o el orgasmo. La sensación de angustia e inseguridad que acompaña la Disfunción Eréctil puede estimular el desarrollo de una depresión.<sup>10</sup>

La Ansiedad se considera el factor etiológico principal en el desarrollo y mantenimiento de la Disfunción Eréctil. El componente fisiológico de la ansiedad facilita la respuesta de erección, mientras que el componente cognitivo tiene un efecto diferente en sujetos funcionales y en disfuncionales.<sup>2</sup>

Resultado de un estudio realizado en Estados Unidos, apoyan las conclusiones del panel de National Institute of Heart Conference, de que la DE puede asociarse a depresión, pérdida de autoestima y estrés mental que afectan a las relaciones con sus parejas sexuales, familiares y amigos, así como el abandono de las relaciones sociales y sexuales, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida.<sup>16</sup>

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es frecuente y produce un gran impacto sobre la calidad de vida. En España se ha establecido su prevalencia poblacional y en atención primaria, pero quedaba por determinar su prevalencia en la clínica de salud mental. Un Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal en el que 312 psiquiatras representativos del total nacional seleccionados al azar recogieron datos demográficos, motivo de consulta y presencia de diagnóstico de TAG según la CIE-10 de los primeros 75 pacientes que acudían a consulta. Resultados. Se recogió información de 20.347 sujetos, con una prevalencia clínica de TAG del 13,7% (intervalo de confianza del 95%: 13,3-14,2%). El motivo más frecuente de consulta psiquiátrica fueron los trastornos de depresión (26,7%) seguidos de trastornos de ansiedad (18,2%). El 71,4% de los afectados de TAG consultaba por síntomas de ansiedad.<sup>17</sup>

Según la versión Española, La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg se desarrollo en 1988, siendo validada la versión en castellano en 1993. Consta de dos escalas una de ansiedad y otra de depresión, con nueve preguntas cada una, todas ellas con respuesta si o no. Cada una de las sub-escalas se estructura en cuatro preguntas, para determinar si es probable o no que exista un trastorno mental y un segundo grupo de cinco preguntas que se realizan si se obtienen dos o mas respuestas positivas en la sub-escala de ansiedad o una o más en la sub-escala de depresión. Los puntos de corte son igual o mayor de cuatro para la escala de ansiedad e igual o mayor de dos para depresión.<sup>18</sup>

Existe mejoría de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, al obtener puntuaciones mas altas que proporcionan la dimensión de la gravedad de cada trastorno por separado, ya que si se elevan los puntos de corte de cinco y tres mejora la especificidad y la capacidad de discriminar de las escalas con poca disminución de la sensibilidad (especificidad 93% y sensibilidad 74 %).<sup>18-19</sup>

El tratamiento de la DE incluye primeramente el asesoramiento sexual y como se menciona anteriormente el empleo de fármacos como los inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Los inhibidores de la fosfodiesterasa5 (sildenafil, vardenafilo, tadalafilo) son en la actualidad el primer escalón del tratamiento sintomático de la DE; son fármacos efectivos y seguros en los pacientes hipertensos tratados con hipotensores, en monoterapia o terapia combinada y pueden facilitar el control de la HTA al reducir ligeramente las cifras de PA, tanto en varones que no reciben tratamiento farmacológico antihipertensivo como en aquellos que si lo reciben. Actúan inhibiendo la fosfodiesterasa 5, con lo que impiden la degradación del GMPc y aumentan el tiempo de erección.<sup>1</sup>

## **OBJETIVOS**

### *OBJETIVO GENERAL*

- Estimar la asociación de disfunción eréctil con depresión y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial en derechohabientes usuarios de la UMF No. 59 del Municipio de Tlajomulco de Zúñiga.

### *OBJETIVOS ESPECIFICOS*

- 1) Describir las variables sociodemográficas de la población estudiada
- 2) Identificar la frecuencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión
- 3) Identificar la frecuencia de ansiedad en pacientes con hipertensión
- 4) Identificar la frecuencia de depresión en pacientes con hipertensión

## **HIPOTESIS**

### **Hipótesis nula**

La disfunción eréctil es una alteración no relacionada a depresión y ansiedad en pacientes portadores de hipertensión arterial.

### **Hipótesis alterna**

La disfunción eréctil se presenta con mayor frecuencia en pacientes hipertensos con ansiedad y/o depresión.

## **JUSTIFICACIÓN**

La Disfunción Eréctil es una patología frecuente en pacientes con enfermedades de curso crónico, se estima que este problema afecta a un 12% de la población general, es posible que esta cifra no sea real debido al sub diagnóstico de esta patología, esta patología por si sola condiciona alteraciones en el estado anímico, dentro de estas alteraciones se encuentra la ansiedad y la depresión, algunos estudios han logrado identificar una correlación directa entre estos factores.

Un problema en los pacientes con disfunción eréctil es que usualmente no son abordados de manera integral limitando la posibilidad de establecer alguna otra alteración o alguna asociación entre estas alteraciones.

Es importante realizar estudios orientados a estimar la frecuencia de disfunción eréctil así como las alteraciones mentales que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con hipertensión arterial.

Todos los pacientes que lo deseen podrán recibir una copia de sus resultados para que sean tratados o derivados por su médico tratante. Además se conocerá cual es la asociación entre la disfunción eréctil y la ansiedad y depresión en población de nuestra región.



## **METODOLOGÍA**

### **TITULO DEL PROYECTO**

Disfunción eréctil asociada a depresión y ansiedad en una población de hipertensos.

### **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Transversal, Analítico, Prospectivo.

### **UNIVERSO**

Se considera como universo de estudio a toda la población masculina de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 59.

### **LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO**

El presente estudio se desarrolló en el área de la consulta externa de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 59 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco, México.

### **TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA**

Se utilizó muestreo de tipo no probabilístico, el tamaño de la muestra se calculó utilizando la herramienta *StatCalc* del software estadístico EPI INFO versión 6 2002, estimando una prevalencia de depresión en pacientes con disfunción eréctil del 12% y como peor resultado esperado un valor de 17%, considerando como universo de estudio a toda la población, obteniéndose como resultado un tamaño total de muestra de 162 pacientes.

## DESCRIPCIÓN GENERAL

El presente proyecto de investigación epidemiológica se realizó del mes de Octubre de 2009 al mes de Enero de 2010, el proyecto se realizó en el área de la consulta de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 59 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Estatal en Jalisco.

Se invitó a participar a pacientes con diagnóstico previamente establecido de Hipertensión Arterial adscritos a la UMF No. 59, se incluyeron en el estudio pacientes que otorgaron su autorización escrita mediante consentimiento informado y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Su participación consistió en contestar un cuestionario sobre datos sociodemográficos que además incluyó el cuestionario de salud sexual para hombres "IIFE-5" y la escala de Goldberg, con el propósito de identificar la presencia de disfunción eréctil, y ansiedad y/o depresión, respectivamente.

Los datos recolectados fueron capturados en una base de datos previamente estructurada por el equipo de investigadores y analizados para su presentación.

## CRITERIOS DEL ESTUDIO

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes de sexo masculino del IMSS
- Adscritos a la UMF No. 59
- Hipertensión arterial previamente establecida
- Viuda Sexual Activa
- Autorización escrita mediante consentimiento bajo información

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Diabetes Mellitus 2
- Hipotiroidismo
- Insuficiencia Renal Crónica
- Cardiopatía Isquémica (angor, infarto)
- Tratamiento psicológico preestablecido
- Tratamiento psiquiátrico preestablecido
- Enfermedades de origen endocrino
- Enfermedades Neoplásicas
- Tratamiento farmacológico para disfunción eréctil

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Instrumentos incompletos.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

### DEPENDIENTE

- Disfunción eréctil

### INDEPENDIENTES

- Ansiedad
- Depresión
- Hipertensión arterial sistémica

### INTERVINIENTES

- 1) Edad
- 2) Estado civil
- 3) Escolaridad
- 4) Evolución de la Hipertensión Arterial
- 5) Fármacos antihipertensivos

### *DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES*

- Ansiedad: La ansiedad-estado, se refiere a una condición emocional transitoria en la que se manifiesta tensión y sentimientos subjetivos de aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Para fines de nuestro estudio esta variable será clasificada según la encuesta de Goldberg de

la siguiente manera: presente (4 o más respuestas afirmativas) y ausente (3 o menos respuestas afirmativas) en el rubro correspondiente.

- Depresión: La depresión es un desorden mental asociado a pérdida de interés o de placer, sensaciones de culpabilidad o baja autoestima, problemas de sueño o de apetito, baja energía y baja concentración. Para fines de nuestro estudio esta variable será clasificada según la encuesta de Goldberg de la siguiente manera: presente (2 o más respuestas afirmativas) y ausente (1 o ninguna respuesta afirmativa) en el rubro correspondiente.
- Disfunción eréctil: La Disfunción Eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria; debe tener una antigüedad de al menos 3 meses, excepto en casos secundarios a traumatismos, cirugía o a que el paciente lo viva de forma problemática. Para fines del presente estudio se utilizará el cuestionario de Salud sexual para hombres (IIFE-5), en el cual si existe una puntuación de 21 o menor, el paciente muestra signos de disfunción eréctil.
- Edad: es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Para este estudio de valorará con el número de años cumplidos.
- Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Escolaridad: es un periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela, se consideraran en relación al nivel académico.
- Evolución: es el tiempo desde el momento del diagnóstico hasta el momento del estudio, esta variable será evaluada en relación a número de años de evolución de la Hipertensión Arterial.
- Fármacos: es toda sustancia química purificada utilizada en el tratamiento, cura, prevención o el diagnóstico de una enfermedad, o para evitar la aparición de un proceso fisiológico no deseado, para fines del presente estudio esta variable solo será considerada en relación a número de medicamentos que el paciente toma.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>ESTADISTICO</b>	<b>INDICADOR</b>
Disfunción eréctil	Dependiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Ansiedad	Independiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Depresión	Independiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Edad	Interviniente	Cuantitativa continua	Media Desv. estándar	Años cumplidos
Estado civil	Interviniente	Cualitativa Nominal	Frecuencia %	Soltero Casado Viudo Divorciado
Escolaridad	Interviniente	Cualitativa Nominal	Frecuencia %	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Evolución	Interviniente	Cuantitativa discreta	Media Desv. estándar	Años de evolución de la Hipertensión Arterial
Fármacos Antihipertensivos	Interviniente	Cualitativa Ordinal	Frecuencia %	1 2 a 3 Mas de 3

## METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

La descripción de variables se realizó de la siguiente manera:

### *Estadística Descriptiva:*

Para las variables Cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las variables Cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rangos), según resultado de la prueba de Kolmogorov Smirnov (distribución de la muestra).

El *análisis inferencial* se realizará mediante las siguientes pruebas:

Las asociaciones serán estimadas mediante el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95%. Se utilizará la regresión logística para ajustar la asociación con cada una de las variables intervinientes.

El valor de p será considerado con un valor  $\leq 0.05$ .

Los datos obtenidos serán capturados en una base de datos y posteriormente analizados en el programa de estadísticas SPSS versión de prueba No.17.

## CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación epidemiológica se apega a los lineamientos y recomendaciones de la Ley General de Salud así como a los contenidos en la declaración de Helsinki e informe de Belmont, con el propósito de lograr un desarrollo apegado a los principios éticos contenidos en las referencias previamente citadas se consideraran los siguientes aspectos:

1).-**Confidencialidad:** los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del presente estudio, así mismo los resultados derivados de la presente investigación se reportarán y publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2).-**Derecho a la no participación subsiguiente:** el presente proyecto se realizó con previa autorización por escrito (consentimiento bajo información) sin embargo cada uno de los participantes pudo abandonar el estudio en el momento deseado libremente por causas inherentes o no al mismo, lo anterior sin tener algún tipo de repercusión con respecto a la atención médica recibida en el IMSS.

3).-**Consentimiento Bajo Información:** se realizó la carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los lineamientos del IMSS, documento que contenía los siguientes datos: nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos.

4).- **Anonimato:** se respetó el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación no revelando los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.



## RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron un total de 99 pacientes, en los cuales se logró identificar que la edad promedio fue de 60 años con una desviación estándar de 8.7 años. Tabla No. 1

En relación a el estado civil de casado estuvo presente en el 75% de los participantes, el resto de las categorías tuvo un porcentaje de 8.1%. Tabla No. 2  
Gráfica No. 1

En el estudio se observó mayor frecuencia de escolaridad primaria en el 33% de los participantes, el resto varió entre el 14.1% y el 28.3%. Tabla No. 3

De los 99 participantes en el estudio 63% presentaba Disfunción Eréctil. Tabla No. 4  
Gráfica No.2

Se observó que un porcentaje del 53.5% de los pacientes estaba ausente la Ansiedad y en un 46.6% de los pacientes había presencia de Ansiedad. Tabla No. 5.  
Gráfica No. 3

En el estudio se presentó en un porcentaje de 63% Depresión y en un 36.4% ausencia de Depresión. Tabla No.6. Gráfica 4

Se identificó que 56 pacientes que presentaron depresión también tenían disfunción eréctil y 7 de los pacientes con depresión no presentaban disfunción eréctil, por lo que se identificó que los pacientes con depresión tuvieron una asociación de 33.14 veces más a Disfunción Eréctil que los que no presentaban depresión. Tabla No. 7

Se identificó que 37 pacientes que presentaron Ansiedad también tenían Disfunción Eréctil y 9 de los pacientes con Ansiedad no presentaban Disfunción Eréctil, por lo que se identificó que los pacientes con ansiedad tuvieron una asociación de 4.26 veces más a Disfunción Eréctil que los que no presentaban ansiedad. Tabla No. 8

## Tablas y gráficas.

**Tabla No 1 Frecuencia de edad**

	Edad	Años de Evolución	Número de fármacos antihipertensivos
Media	60,0000	8,0000	2,0000
Desviación estándar	8,78494	4,82689	,53760

Fuente: formato de recolección de datos

**Tabla No 2 Frecuencia de estado civil**

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	8,1
Casado	75	75,8
Viudo	8	8,1
Divorciado	8	8,1
Total	99	100,0

Fuente: formato de recolección de datos

**Tabla No 3 Frecuencia de escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	33	33,3
Secundaria	14	14,1
Preparatoria	24	24,2
Licenciatura	28	28,3
Total	99	100,0

Fuente: formato de recolección de datos

**Tabla No. 4 Frecuencia de disfunción eréctil**

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	63	63,6
Ausente	36	36,4
Total	99	100,0

**Fuente: instrumento IIFE 5**

**Tabla No. 5 Frecuencia de ansiedad**

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	46	46,5
Ausente	53	53,5
Total	99	100,0

**Fuente: Escala de Goldberg**

**Tabla No. 6 Frecuencia de depresión**

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	63	63,6
Ausente	36	36,4
Total	99	100,0

**Fuente: Escala de Goldberg**

**Tabla No. 7 Asociación entre la disfunción eréctil y la depresión**

		Disfunción eréctil		Total
		Presente	Ausente	
Depresión	Presente	56	7	63
	Ausente	7	29	36
Total		63	36	99

**Estadística de asociación entre la disfunción eréctil y la depresión**

OR	Intervalo de Confianza al 95%	
	Inferior	Superior
33,143	10,604	103,586

**Fuente: Escala de Goldberg e instrumento IIFE 5**

**Tabla No. 8 Asociación entre la disfunción eréctil y la ansiedad**

		Disfunción eréctil		Total
		Presente	Ausente	
Ansiedad	Presente	37	9	46
	Ausente	26	27	53
Total		63	36	99

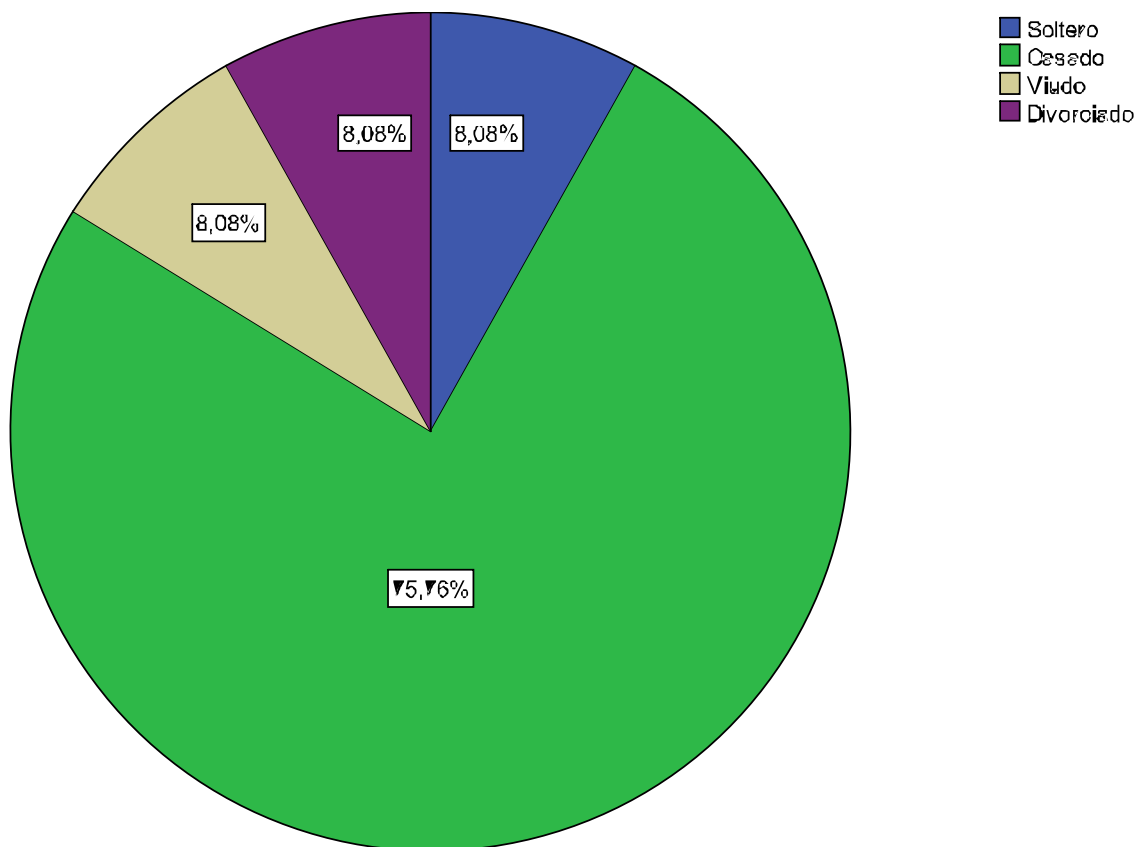
**Estadística de asociación entre la disfunción eréctil y la ansiedad**

OR	Intervalo de Confianza 95%	
	Inferior	Superior
4,269	1,726	10,563

**Fuente: Escala de Goldberg e instrumento IIFE 5**

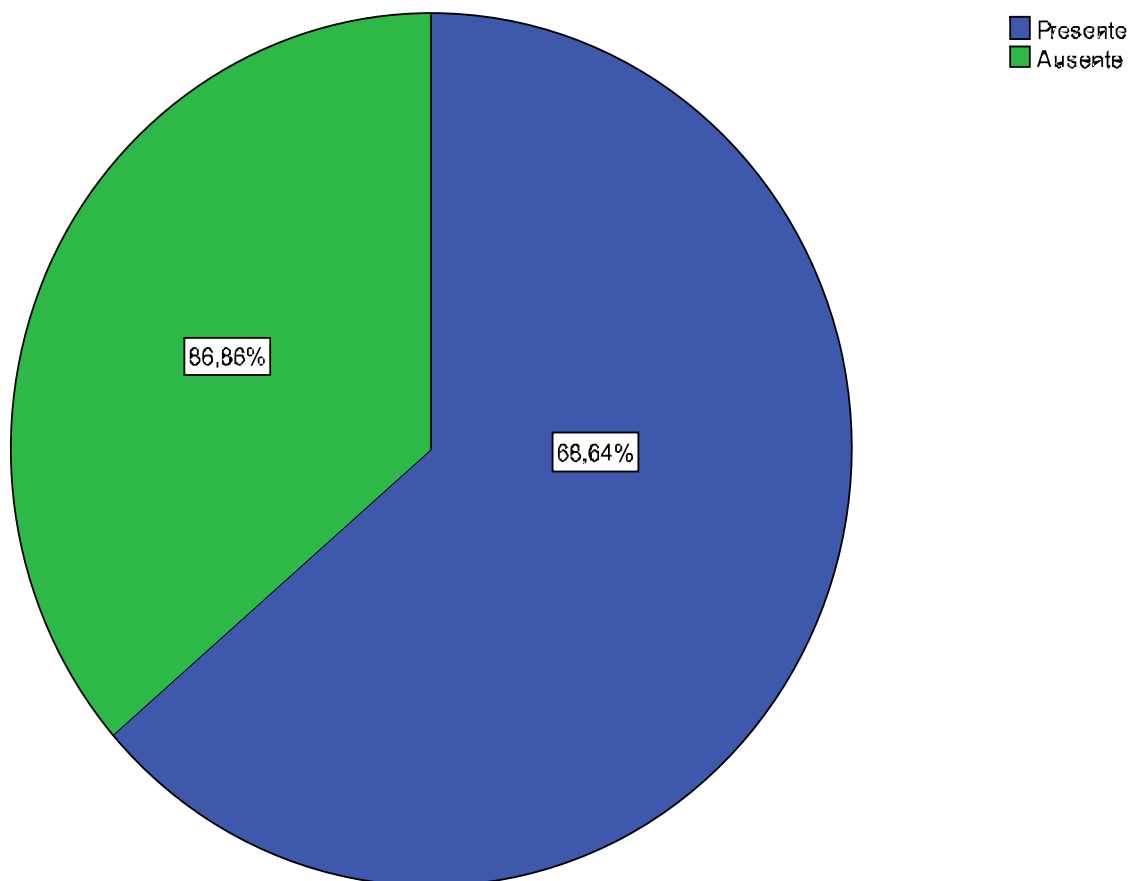
Gráfica no. 1

### Estado civil

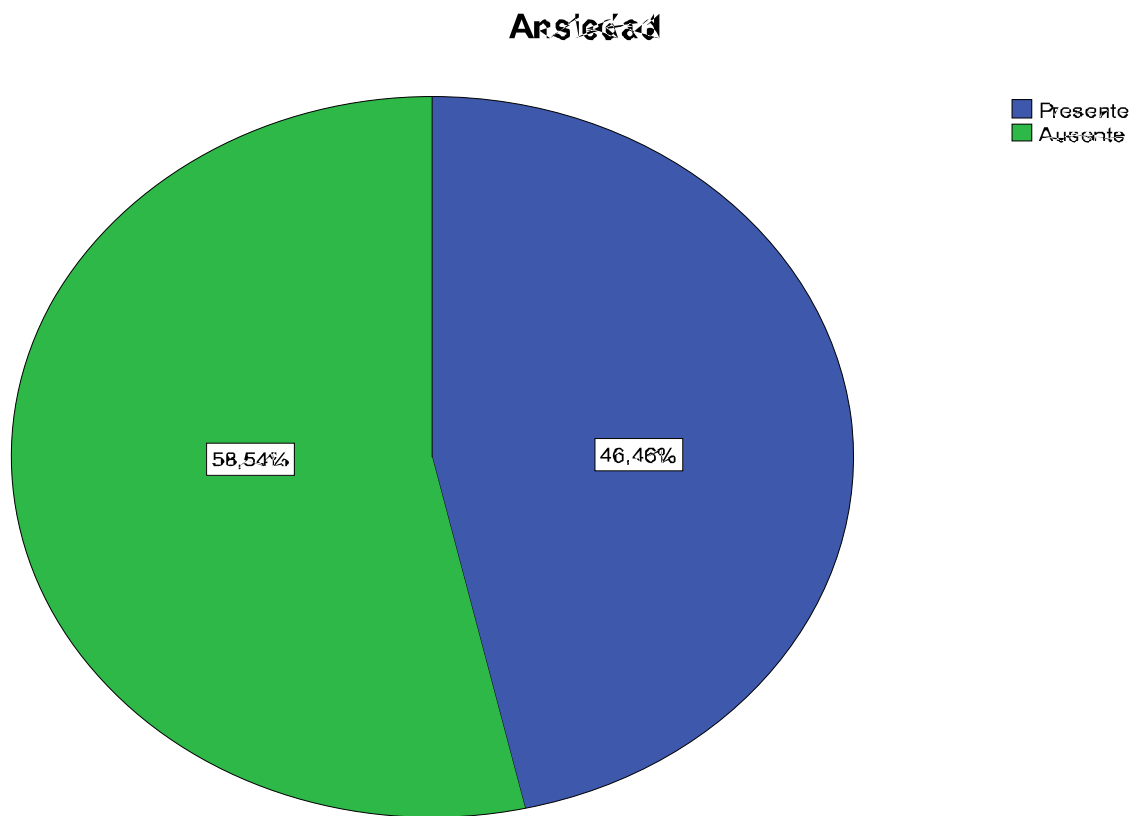


Gráfica no. 2

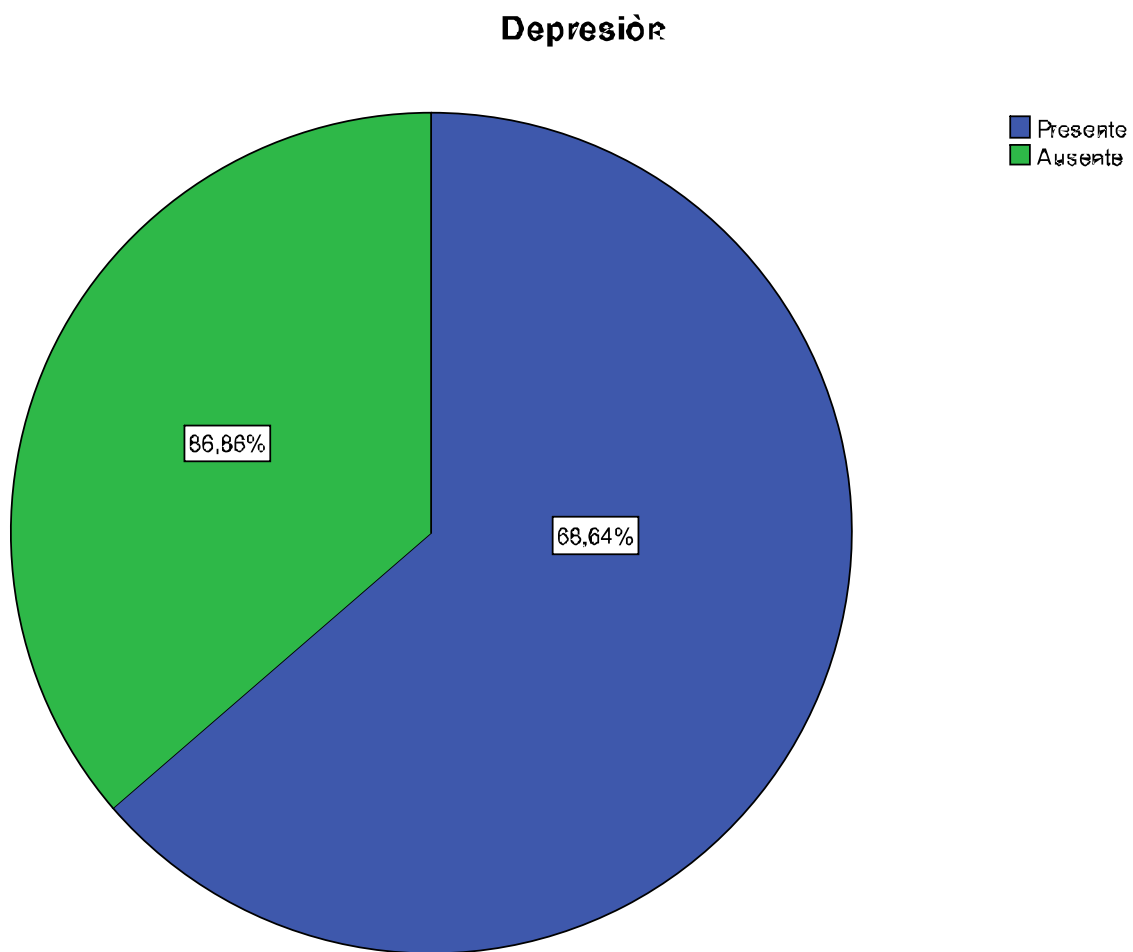
### Disfunción erectil



Gráfica no.3



Gráfica no. 4





## DISCUSIÓN

La Disfunción Eréctil es un padecimiento de frecuente presentación en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, el incremento y la severidad del padecimiento se relaciona directamente con la edad, en nuestro estudio se identificó una prevalencia de de 63% a diferencia de los datos encontrados en un estudio realizado a una población de pacientes geriátricos con edad similar a la de los participantes en este estudio, sin embargo las diferencias numéricas pudieran ser debidas a que en ese estudio no fueron consideradas las enfermedades crónicas como una variable confusora.<sup>3</sup>

Es importante señalar que la variabilidad numérica en la presentación de este trastorno esta en función de la edad, ya que a menor edad la prevalencia disminuye y en poblaciones con edad similar a la de los participantes del presente estudio la prevalencia es prácticamente igual.<sup>22,23</sup>

La prevalencia de Depresión en pacientes geriátricos constituye uno de los principales problemas de salud mental, la prevalencia de este trastorno puede modificarse en función de la edad y de los estados comórbidos que presenten los pacientes, en nuestro estudio se identificó una elevada prevalencia de depresión (63%) esto último en función de lo reportado por Caballero L. y cols, en su estudio en el cual reporto una prevalencia de Depresión de 26.7%, cabe señalar que estas diferencias pueden ser debidas a la presencia o ausencia de otros estados comórbidos.<sup>17</sup>

En este mismo estudio se identificó una prevalencia de Ansiedad del 18.2% a diferencia de los datos reportados en nuestro estudio en donde se identificó una prevalencia de Ansiedad del 46.6%, consideramos que las diferencias en las características sociodemográficas entre estas dos poblaciones puede ser un factor directamente relacionado con el incremento en la prevalencia de esta variable.<sup>17</sup>

Para nuestro conocimiento existen pocos estudios en los que se haya estudiado la asociación entre la Disfunción Eréctil y la Depresión en poblaciones pacientes geriátricos con hipertensión, esto último a pesar de que

estas dos alteraciones son de frecuente presentación en este tipo de poblaciones, en nuestro estudio se logró identificar una presentación de Disfunción Eréctil de 33 veces más en los pacientes con Depresión, en un estudio realizado en Madrid se identificó una prevalencia de Disfunción Eréctil en pacientes hipertensos de 53.1% sin embargo no se logró establecer una asociación entre la Depresión y la Disfunción Eréctil en esta población, por lo que consideramos que esta prevalencia pudiera ser incluso más elevada en pacientes con Hipertensión Arterial que presentan Depresión en algún grado.<sup>24</sup>

Consideramos que es necesario establecer este tipo de asociaciones considerando la ingesta de múltiples fármacos que pudieran estar relacionados con incremento en la presentación de alguno de los trastornos previamente señalados lo cual pudiera ser considerada como una debilidad de nuestro estudio.<sup>25</sup>

## **CONCLUSIONES**

La Disfunción Eréctil es un padecimiento con alta prevalencia en pacientes con Hipertensión Arterial que presentan como estado comorbido la Depresión, esta alteración puede ser aún mayor cuando la Depresión se presenta a una edad mayor.

Los pacientes con Hipertensión Arterial presentan una elevada frecuencia de Ansiedad y Depresión.

Los pacientes con Hipertensión Arterial que presentan Ansiedad y Depresión tienen una mayor probabilidad de padecer Disfunción Eréctil, debido a fisiopatología de estos padecimientos la asociación puede ser bidireccional ya que uno puede desencadenar al otro.

## **RECOMENDACIONES**

Es importante en nuestro medio como Médicos Familiares, el establecer empatía con los pacientes, ya que es un medio importante para infundir confianza y darle apertura para que reconozca problemas de Disfunción eréctil, ya que los prejuicios de la sociedad la gran mayoría de veces los limita a preguntar o reconocer algún problema de esta índole.

El Médico Familiar debe saber identificar padecimientos como la depresión y ansiedad, así como conocer e identificar los factores de riesgo, las complicaciones y el manejo indicado para estas enfermedades.

En este caso en donde me enfoco a pacientes portadores de Hipertensión Arterial, es de vital importancia el control del padecimiento y explicar al paciente las complicaciones en general de esta entidad; ya que ellos tienden a presentar Ansiedad o Depresión o ambas y en consecuencia Disfunción Eréctil.

Los pacientes que encontré con Disfunción eréctil los canalizare al servicio de Psicología, observándose evolución en 6 meses, previo a envío a otra especialidad para su tratamiento farmacológico en caso de ser necesario.

## ANEXOS

### Anexo # 1 Carta de Consentimiento bajo Información

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto que mi hijo participe en el proyecto de investigación titulado  
Disfunción eréctil asociada a depresión y ansiedad en una población de hipertensos.

Registrado ante el comité local de Investigación en salud o la CNIC **Registro: R-2010-1307-6**

El objetivo del estudio es: Estimar la asociación entre la **Disfunción eréctil asociada a depresión y ansiedad en una población de hipertensos.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar 2 encuestas.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio; que son los siguientes: Sin riesgo, solo la posibilidad de que le sean detectadas ansiedad, depresión y disfunción eréctil.-

El investigador principal se ha comprometido a aclarar cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

INVESTIGADOR RESPONSABLE  
DR JAIME JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA

PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Cedula Profesional 3532819

(NOMBRE Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco)

**Testigos**

\_\_\_\_\_  
(Parentesco)

Teléfono 0443310970946 al cual puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **(LAS 24 HORAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO**

## Anexo #2 Escala de Goldberg

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
  7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_

---

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
  6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
  7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
  8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
  9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
- TOTAL DEPRESIÓN= \_\_\_\_\_

---

Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas).

### Anexo #3 Cuestionario de salud sexual para hombres (IIFE-5)

El cuestionario para la salud sexual masculina (IIFE-5), se basa en el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE). Fue diseñado con el fin de suministrar un instrumento diagnóstico abreviado en 5 preguntas para evaluar la Disfunción eréctil, conservando un elevado grado de sensibilidad y especificidad.

#### **Cuestionario**

En los últimos 6 meses:

1- Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?

- |                        |          |
|------------------------|----------|
|                        | 0 punto  |
|                        | 1 punto  |
| • Sin actividad sexual | 2 puntos |
| • Muy baja             | 3 puntos |
| • Baja                 | 4 puntos |
| • Regular              | 5 puntos |
| • Alta                 |          |
| • Muy alta             |          |

2- Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual. Con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?

- |  |          |
|--|----------|
|  | 0 punto  |
|  | 1 punto  |
| • No intentó realizar el acto sexual o coito   | 2 puntos |
| • Casi nunca o nunca                           | 3 puntos |
| • Pocas veces (menos de la mitad de las veces) | 4 puntos |
| • Algunas veces (la mitad de las veces)        | 5 puntos |
| • Muchas veces (más de la mitad de las veces)  |          |
| • Casi siempre o siempre                       |          |

3- Durante el acto sexual o coito. Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

0 punto

1 punto

- No intentó realizar el acto sexual o coito 2 puntos
- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 3 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos

4- Durante el acto sexual o coito. Qué tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?

0 punto

1 punto

- No intentó realizar el acto sexual o coito 2 puntos
- Extremadamente difícil
- Muy difícil 3 puntos
- Difícil
- Poco difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

5- Cuando intentó realizar el acto sexual o coito, qué tan seguido fue satisfactorio para usted?

0 punto

1 punto

- No intentó realizar el acto sexual o coito 2 puntos
- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 3 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos

**Resultado:**

Si la puntuación es de 21 o menor, el paciente muestra signos de disfunción eréctil.

Anexo #4 Formato de Recolección de Datos





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 59  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Disfunción eréctil asociada a depresión y ansiedad en una población de hipertensos.**

**A continuación se presentan una serie de criterios por favor marque con una “x” aquellos que usted presente**

**CRITERIOS DE INCLUSION**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • Derechohabientes del IMSS                       | Si | No |
| • Adscritos a la UMF No. 59                       | Si | No |
| • Hipertensión arterial previamente diagnosticada | Si | No |
| • Viuda Sexual Activa                             | Si | No |
| • Autorización escrita                            | Si | No |

**CRITERIOS DE EXCLUSION**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • Hipotiroidismo                                    | Si | No |
| • Diabetes Mellitus 2                               | Si | No |
| • Insuficiencia Renal Crónica                       | Si | No |
| • Cardiopatía Isquémica (angor, infarto)            | Si | No |
| • Tratamiento psicológico preestablecido            | Si | No |
| • Tratamiento psiquiátrico preestablecido           | Si | No |
| • Enfermedades de origen endocrino                  | Si | No |
| • Enfermedades Neoplásicas                          | Si | No |
| • Tratamiento farmacológico para disfunción eréctil | Si | No |
| •   |    |    |

## CRITERIOS DE ELIMINACION

- Instrumentos incompletos

### Variables socio demográficas

Edad	Años cumplidos			
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
Evolución				

VARIABLE	1	2	3	4	SPSS
Edad	Años cumplidos				
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	
Evolución					
Medicamentos	1	2 a 3	Mas de 3		
Ansiedad	Presente	Ausente			
Depresión	Presente	Ausente			
Disfunción eréctil	Presente	Ausente			

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llisterri-Caro L, Rodríguez-Roca C. Aplicación práctica de la evaluación de la función eréctil en el paciente hipertenso. *Hipertens riesgo vasc* 2009;26(1):1-7.
2. Taberner J, Farré J, Giménez L. Ansiedad cognitiva rasgo en sujetos con disfunción eréctil psicógena: Estudio piloto C. *Med. Psicosom* 2005;75:72-89.
3. Araya M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Rev.costarric.cienc.med* 2004;25(3-4):65-71.
4. Maroto J,Portuondo M. Lozano M. Disfunción eréctil en pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol* 2008;61:917-22
5. Ardila J. Disfunción eréctil. (Spanish). *MedUNAB* [serial on the Internet]. (2002 Dec), [cited July 30, 2009];5(15):174-184.
6. Grover S, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, et al. La disfunción eréctil esta asociada con enfermedades cardiovasculares y crónicas. *Archives of Internal Medicina* 2006;166(2):213-219.
7. Rosas M. Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México (2008). *Archivos de Cardiología de México* 2008;78 supl 2:11-57.
8. Rosas P, Lomeli G, Mendoza-González C, Méndez C, Lorenzo-Negrete A, Martínez-Reding J, et al. Abordaje clínico terapéutico del paciente adulto mayor con hipertensión arterial sistémica: Recomendaciones para la práctica clínica *Archivos de Cardiología de México* 2008;78 supl 2:94-97.
9. Torres G. Brito B. Pesquisa de disfunción eréctil en trabajadores de ETECSA. *Revista de Ciencias Medicas La Habana* 2009; 15 (1)
10. Sapetti A.: "Estudio abierto naturalístico del uso del sildenafil en 64 pacientes con disfunción eréctil de diversas etiologías", en el XV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, Mar del Plata, abril de 1999. <http://www.sexovida.com/colegas/hta2.htm> , consultado 19 de Junio de 2009.
11. Jensen J, Lendorf A, Stimpel H, et al. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J Hypertens* 1999;12(3): 271-5.
12. Burchart M, Burchart T, Bae L, et al. Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol* 2000;164(4):1188-91.

13. Cuéllar de León J. Estudio de prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos controlados en centros de salud docentes.[*Tesis Doctoral*].*España 2000*:48-51.
14. Brotons M, Campos J, Gonsalbes V. Manejo de la disfunción eréctil en Atención primaria. Revista número 4. [www.svmfyc.org/Revista/04/erectil.asp](http://www.svmfyc.org/Revista/04/erectil.asp). Consultado el 28 Octubre de 2009.
15. Galve J, Gálvez J. Guía clínica de la depresión. *Medicina Naturista* 2007;1 supl 2:76-85.
16. Bravo C, Meléndez J, Almaraz C, Hernández J. Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. (Spanish). *Perinatología y Reproducción Humana* [serial on the Internet]. (2008, July), [cited July 30, 2009]; 2(3):184-194.
17. Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio Ligando. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009;37:17-20.
18. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988;97:897-899.
19. Montón C, Pérez M. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria* 1993;12 (6):345-349.
20. Disfunción eréctil. 2003;[9 páginas] Disponible en URL <http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/impotence/index.htm> Consultado 10 junio 2009.
21. Castro C, Esteban B, Alberdi S, Viana C. Ansiedad Generalizada. *Guías Clínicas* 2007;7(18):1-4.
22. Cháves M. La disfunción eréctil como anunciante temprano de disfunción endotelial. *Acta Médica Colombiana* 2001;26(4):167-172.
23. Tárraga L, Celada A, Solera A, Cerdán M, Ocaña J, López M. Disfunción eréctil como indicador precoz de enfermedad. *Medicina General* 2005;76:525-526.
24. Cuellar de León J, Campos J, Brotons F, Casorran A, Gonsalbes V, Prosper M, et al. Hipertensión arterial y disfunción eréctil. 2009. Consultado el 19 Enero 2010. <http://www.svmfyc.org/Revista/09/Erectil/pdf>.
25. Merino M, Pérez P. Modelo predictivo de disfunción sexual en deprimidos que reciben farmacoterapia antidepressiva. *Psiquis* 2000;21(3):138-150.