Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Disfunción eréctil en adultos con hipertensión arterial
Erectile Dysfunction in Adults with High Blood Pressure

Yuniel Abreu Hernández[1] Daimara Barrera León[1] Yoanka Cañizarez Gorrin[1] Jorge Luis Lorente Montiel[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus, Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos, Sancti Spíritus, Cuba

Cómo citar este artículo:
Hernández Y, León D, Gorrin Y, Montiel J. Disfunción eréctil en adultos con hipertensión arterial. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 7]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53205

Resumen

Fundamento: la disfunción eréctil fue descrita 2000 años antes de nuestra era. Es considerada una enfermedad que va ganando incidencia y afecta la salud física, psíquica y la calidad de vida, frecuentemente se acompaña de hipertensión arterial.
Objetivo: analizar el comportamiento de la disfunción eréctil en adultos hipertensos que acudieron a la consulta de hipertensión arterial refractaria del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo en la Institución que abarcó dos años. La muestra quedó conformada por 48 adultos hipertensos que presentaron disfunción durante el periodo de estudio. Las variables utilizadas fueron: edad, color de la piel, nivel educacional, comorbilidades, hábitos tóxicos, hipotensor utilizado, tiempo de evolución de la hipertensión, etiología y severidad de la disfunción. Se utilizó la estadística descriptiva para distribución de frecuencias absolutas y relativas y los resultados se incluyeron en tablas.
Resultados: el 47,9 % de la muestra estuvo en el grupo entre 60 y 79 años de edad, el 56,2 % eran de color de piel blanca, el 41,7 % eran preuniversitarios y el 52,8 % padecían de enfermedad cardiovascular. Los tomadores de café prevalecieron con el 60,4 % y el 54,2 % usó betabloqueadores. La evolución de la hipertensión entre 10 y 15 años con 26 adultos fue el más representativo. La etiología mixta y severidad leve predominaron con 21 y 31 adultos respectivamente.
Conclusiones: la disfunción eréctil predominó en mayores de 60 años, blancos, universitarios, fumadores, cardiópatas, con más de 10 años de hipertensión, medicados con betabloqueadores, la etología mixta con severidad leve fue la más representativa.

Palabras clave: trastorno eréctil, hipertensión arterial, disfunción, adultos

Abstract

Foundation: erectile dysfunction was described 2000 years before our era. It is considered a disease with increasing incidence that affects the physical and mental health and quality of life, it is frequently accompanied by hypertension.
Objective: to analyze the behavior of erectile dysfunction in hypertensive adults who attended the refractory arterial hypertension clinic at the Camilo Cienfuegos Provincial General Hospital in Sancti Spíritus.
Methods: a prospective, observational study was conducted at the institution during two years. The sample consisted of 48 hypertensive adults who presented with erectile dysfunction during the study period. The variables used were: age, skin color, educational level, comorbidities, substance use, antihypertensive medication used, and duration of hypertension, etiology, and severity of the dysfunction.
Results: 47.9 % of the sample was in the 60 - 79 age group, 56.2 % were white, 41.7 % had a pre-university education, and 52.8 % had cardiovascular disease. Coffee drinkers were prevalent at 60.4 %, and 54.2 % used beta-blockers. Hypertension with a 10-15 year history (26 adults) was the most representative finding. Mixed etiology and mild severity predominated, with 21 and 31 adults, respectively.
Conclusions: erectile dysfunction was most prevalent in men over 60 years of age, white, with a university education, who smoked, had heart disease, had more than 10 years of hypertension, and were taking beta-blockers, mixed etiology with mild severity was the most representative finding.

Key words: erectile dysfunction, high blood pressure, dysfunction, adults

Aprobado: 2026-01-26 11:29:00

Correspondencia: Yuniel Abreu Hernández. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba. yunielabreu20@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente 2000 años, antes de nuestra era, ya se había descrito la disfunción eréctil (DE).[1] Aristóteles, dijo que los nervios del pene llevaban espíritu y energía para la erección y que se debía a la insuflación de aire, teoría bien aceptada hasta que en el año 1505, durante el Renacimiento, apareció el denominado "efecto *Da Vinci*" en las teorías del sistema de la erección, cuando luego de experimentos en cadáveres de recién ejecutados, postuló que la erección era producida por sangre y no por aire como era el concepto hipocrático imperante hasta ese momento, inspirado previamente en las ideas de Aristóteles, sin embargo, sus escritos fueron mantenidos en secreto hasta el inicio del siglo XX.[2] Durante el siglo XIX y principios del XX varios investigadores indagaron las posibles causas de la DE.[3]

El *National Institute of Health*, definió la DE como la incapacidad de alcanzar o mantener una erección lo suficientemente capaz para lograr una relación sexual satisfactoria. Puede tener una causa orgánica como las producidas por enfermedades vasculares, neurológicas, endocrinas, causada por algún fármaco y otras psicogénicas como la depresión y la ansiedad.[4] Con anterioridad se utilizaba el término impotencia, no obstante, su uso llevaba a confusiones, además de ser peyorativo; por lo que fue sustituido por el término disfunción eréctil y en la actualidad es reconocida según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición* (DSM-5) como: Trastorno de la Erección (TE) [Código F52.21].[5]

La DE es considerada una enfermedad que poco a poco va aumentando su incidencia y afecta tanto a la salud física, psíquica y la calidad de vida de los pacientes.[6] Es considerada, después de la eyaculación precoz, la segunda causa más frecuente de disfunciones sexuales masculinas.[7]

El TE es una condición que frecuentemente se acompaña de hipertensión arterial (HTA),[8] la probabilidad de presentar DE sin HTA es mucho más baja que la de presentar DE con niveles de tensión arterial (TA) elevadas.[9] El tiempo de tratamiento de la HTA y la presencia de DE es un factor importante reportado en la literatura.[10]

La HTA es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), es el principal factor de riesgo para muertes cardiovasculares en las Américas. La HTA no solo implica el desafío de tratar la enfermedad, también, de lograr una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y promover cambios en el estilo de vida del paciente.[11] Un efecto secundario del tratamiento farmacológico con drogas hipotensoras es la DE y el abandono del tratamiento de la HTA,[12] lo que genera un problema de Salud Pública.

La prevalencia de la DE aumenta sustancialmente en individuos hipertensos debido a factores como el daño vascular y los efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos.[11]

Se sustenta que la DE podría servir como una señal de advertencia temprana de afecciones cardiovasculares no diagnosticadas.[13] Abordar la DE en esta población es vital no solo para mejorar la calidad de vida, también, para promover la salud cardiovascular, lo que requiere estrategias de manejo efectivas adaptadas a las necesidades únicas de los pacientes hipertensos.

La HTA, la DE y la enfermedad cardiovascular (ECV), comparten los mismos factores de riesgo como son: diabetes mellitus (DM), dislipidemia, tabaquismo y obesidad.[14] Todas cuentan con similares mecanismos fisiopatológicos como son: disfunción endotelial, oclusión arterial e inflamación sistémica.[15]

La DE y la HTA son trastornos prevalentes que comparten una relación bidireccional compleja.[16] A nivel mundial la DE tiene una alta incidencia, se calcula que en el año 2025 fueron diagnosticados unos 322 millones de pacientes con DE, siendo más común entre los 60 y 70 años de edad.[17]

En Cuba en general, y en Sancti Spíritus en particular, no existe un indicador real de esta problemática, los autores de este trabajo consideran que debe tener similitud con el resto del mundo.

En la consulta de HTA refractaria del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus se ha evidenciado una importante incidencia de disfunción eréctil asociada a HTA en el período 2022- 2024, según las historias clínicas y el registro de consultas.

Es cierto que la DE es benigna, pero también, es real que afecta la salud física, psíquica y la calidad de vida. Esta disfunción sexual aparece

por múltiples causas, dentro de ellas la HTA, por lo cual es necesario dado el complejo y dinámico binomio DE y HTA en el contexto hospitalario, conocer su comportamiento y determinantes para lograr una actuación idónea y responsable.

Al considerar estos antecedentes se decidió analizar el comportamiento de la DE en adultos hipertensos que acudieron a la consulta de hipertensión arterial refractaria del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus durante el período del 2022 al 2024 con el objetivo de analizar el comportamiento de la DE en adultos hipertensos que acudieron a la consulta de HTA refractaria en la referida Institución.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 48 adultos que presentaron DE en la mencionada consulta durante el periodo de investigación.

Se establecieron como criterios de inclusión: que los sujetos del estudio fueran pacientes con DE y diagnóstico de HTA atendidos en la consulta de HTA refractaria y que estuvieron de acuerdo a colaborar con la investigación, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión: pacientes cuya información fue insuficiente para completar el estudio, negación del paciente o familiar a participar.

Criterios de salida: abandono de la investigación por voluntad propia.

El muestreo utilizado fue no probabilístico intencionado, se aplicó la siguiente fórmula para determinar el tamaño de la muestra: (Fig. 1).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Fig. 1. Fórmula para determinar el tamaño de la muestra

Nota:

- N = Total de la población.
- $Z\alpha^2 = 1{,}96^2$ (la seguridad es del 95 %).
- p = proporción esperada (en este caso 5 % = 0,05).
- q = 1 – p (en este caso 1-0,05 = 0,95).
- d = precisión (en este caso deseamos un 3 %).

La población de estudio quedó constituida por 48 adultos. Se declararon como variables objeto de estudio: edad, color de la piel, nivel educacional, comorbilidades, hábitos tóxicos, hipotensor utilizado, tiempo de evolución de la hipertensión, etiología y severidad de la DE.

Los datos procedentes de las historias clínicas individuales, de las hojas de cargo, entrevistas a los pacientes y los *test* del *International Index of Erectile Function (IIEF)* (por sus siglas en inglés)[18] y *Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form for Males (CSFQ-14-M),*[19] se procesaron por métodos computarizados con el paquete estadístico EPIDAT 3.1. Se utilizó la estadística descriptiva para distribución de frecuencias absolutas y relativas y los resultados se incluyeron en tablas.

Los aspectos éticos contemplados en este estudio siguieron los principios declarados por la Asociación Médica Internacional, en *Helsinki*, Finlandia.[20]

RESULTADOS

La distribución de los diferentes grupos de edades se comportó con un 47,9 % representado por el grupo entre 60 a 79 años de edad, seguido de los mayores de 80 años con el 29,2 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los adultos con DE según grupos de edades

Grupo de edad	Casos	%
De 20 a 39 años	3	6,2
De 40 a 59 años	8	16,7
De 60 a 79 años	23	47,9
Más de 80 años	14	29,2
Total	**48**	**100**

El comportamiento según el color de la piel permitió apreciar que, el 56,2 % de los sujetos fueron de color de piel blanca, seguidos por los mestizos con el 18,8 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los adultos con DE según color de piel

Color de la piel	No.	%
Blanca	27	56,2
Negra	9	18,8
Mestiza	12	25,0

Se observó que en el nivel de escolaridad que predominó fue el preuniversitario, 20 sujetos para un 41,7 % del total y el nivel medio, para los cuales hubo una frecuencia acumulada de 38 adultos que representó el 79,2 % de la población. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los adultos con DE según nivel educacional

Nivel educacional	No.	%
Primaria	4	8,3
Secundaria	6	12,5
Preuniversitario	20	41,7
Técnico medio	12	25,0
Universitario	6	12,5

El comportamiento de los hábitos tóxicos mostró que el 60,4 % de los pacientes consumían café y el 43,7 % tabaco. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los adultos con DE según hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	No.	%
Tabaco	21	43,7
Alcohol	19	39,6
Café	29	60,4

La comorbilidad más frecuente asociada fue la enfermedad cardiovascular seguida de la obesidad con el 52,1 % y el 29,2 % respectivamente. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los adultos con DE según comorbilidades

Comorbilidades	No.	%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4	8,3
Diabetes mellitus	11	22,9
Enfermedad cardiovascular	25	52,1
Asma bronquial	4	8,3
Dislipidemia	10	20,8
Cáncer	3	6,2
Enfermedad renal crónica	6	12,5
Obesidad	14	29,2

Según el tiempo de evolución de la HTA predominaron los adultos con 10 y 15 años de evolución (54,2 %), seguido del grupo de más de 15 años de evolución (22,9 %). (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los adultos con DE según tiempo de evolución

Tiempo de evolución	No.	%
Menos de 1 año	1	2,1
De 1 a 4 años	3	6,21
De 5 a 9 años	7	14,6
De 10 a 15 años	26	54,2
Más de 15 años	11	22,9

El medicamento hipotensor más usado fueron los betabloqueadores con el 53,3 % de los casos, seguido de los diuréticos en el 52,1 %. (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los adultos con DE según tipo de tratamiento de la HTA

Tipo de tratamiento	No.	%
Bloqueadores betadrenérgicos	28	58,3
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	24	50,0
Diuréticos	25	52,1
Antagonistas de los receptores de la angiotensina 2	12	25,0
Antagonistas del calcio	21	43,7
Agonistas del receptor alfa-2 central	18	37,5

La causa del TE más frecuente fue la etiología mixta con el 43,8 % de la muestra, seguido de las sexológicas con el 29,2 %. (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de los adultos con DE según etiología

Etiología de la disfunción eréctil	No.	%
Orgánicas	4	8,3
Psicológicas	9	18,7
Sexológicas	14	29,2
Mixtas	21	43,8

La DE, de severidad leve, fue la más representativa con 31 adultos para el 64,6 % del total. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de los adultos con DE según severidad

Severidad de la disfunción eréctil	No.	%
Grave	1	2,1
Moderada	16	33,3
Leve	31	64,6

DISCUSIÓN

Dong y cols.[21] mostraron en su investigación que la prevalencia de la DE fue del 68 % en adultos entre 60 y 79 años y del 58 % en mayores 80 años. Por su parte *Gupta* y cols.[22] en un metaanálisis plantearon en su estudio que, la edad entre 60 y 79 años fue el pico de diagnóstico de la DE en hipertensos, asociado a daño vascular crónico por HTA, resultados que coinciden con los de la presente investigación.

Gandaglia y cols.[23] encontraron que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 79 años con el 71 % de la muestra, seguido del de 80 años y más con el 63 %.

A criterio de los autores, el daño vascular producido por el efecto de la HTA, el declive fisiológico de la función endotelial y la disminución de la testosterona en adultos mayores aumentan el riesgo de la DE, mientras que en mayores de 80 años otros factores como menor actividad sexual pueden reducir la percepción de la DE.

Jackson y cols.[24] describieron en un estudio en la Universidad de California que el 48 % de los adultos con DE fueron de color de piel blanca, seguidos por los afroamericanos con el 32,5 %, estos resultados coinciden con los de esta investigación. *Amidu* y cols.[25] por su parte detallaron en un estudio realizado en la Universidad de Ghana que la prevalencia de la DE fue del 71 % en hombres de color de piel negra hipertensos y del 52 % en mestizos, resultados que no concuerdan con los encontrados en esta investigación.

A criterio de los autores, los resultados del presente estudio están determinados porque la población espirituana es predominantemente de color de piel blanca, además, consideran que el color de piel/etnia es un marcador crítico de disparidades en la DE entre hipertensos, influenciado por factores biológicos, conductuales y sociales.

Amidu y cols.[25] describieron que el 75,9 % de la muestra presentaron un nivel educacional medio-superior, lo que coincide con los resultados de este estudio, sin embargo, *Bowa* y cols.[26] encontraron que el mayor porcentaje, 74,6 %, lo tuvieron los adultos con DE con nivel educativo de primaria o inferior.

A criterio de los autores, los resultados de la investigación realizada estuvieron determinados por la relación con la accesibilidad de los cubanos a la educación como política de país, además, consideran que existe una clara relación entre el nivel educacional y la DE, ya que, mientras mayor sea el nivel educacional existirá un mejor control de factores de riesgo como: HTA o DM y se acudirá más a los servicios de salud con carácter preventivo (chequeos urológicos)

etc.

Kostis y cols.[27] en su estudio encontraron que la dislipidemia fue la comorbilidad más frecuente con el 68,2 %, seguido de la obesidad con el 63,4 %, la DM con el 58,3 % y la ECV con el 28,6 %. Con una coincidencia parcial con los resultados de esta investigación.

Gandaglia y cols.[23] reportaron que la obesidad con el 34,2 %, la DM con el 24, 5 %, y la ECV con el 18,7 % fueron las comorbilidades más frecuentemente reportadas.

Wang y cols.[28] reportaron que las comorbilidades más usuales fueron el síndrome metabólico con el 72,5 % seguido de DM tipo 2 con el 61,5 % y la enfermedad coronaria con el 31,2 %, también publicaron que el tabaquismo fue el hábito tóxico más frecuente con el 52,3 % de la muestra seguido del consumo de alcohol con el 48,6 %. Resultados similares los obtuvieron *Gandaglia* y cols.[23]

Dong y cols.[21] describieron que el tabaquismo aumentaba 2,5 veces la probabilidad de sufrir DE en pacientes con HTA.

Giraldo y cols.[29] en un estudio en Las Américas describieron que el tabaquismo fue el hábito tóxico más frecuente en adultos con HTA con el 42,3 %, seguido del alcoholismo con el 28,7 %. Este estudio, también planteó que el 38,9 % de la muestra consumían más de 4 tazas de café al día, sin embargo, defiende el criterio que menos de 3 tazas al día tiene resultado beneficioso por su efecto vasodilatador de polifenoles, pero más de 4 tazas en los pacientes con HTA empeora la DE.

A criterio de los autores de esta investigación, los hábitos tóxicos interactúan sinérgicamente. Un paciente hipertenso que fuma, bebe en exceso y consume más 4 tazas de café diario tiene más riesgo de DE que uno con hábitos saludables, ya que estos aceleran el daño endotelial, disminuyen la testosterona libre, generan neuropatía autonómica, aumentan la resistencia a insulina y aumentan el riesgo de taquicardia emporando las DE.

Vlachopoulos y cols.[30] en su investigación describieron que el 82 % de los adultos con DE y HTA tenían mas de 10 años de evolución de la hipertensión, de igual manera defienden el criterio de que a mayor tiempo de evolución de la HTA la severidad de la DE aumenta.

Dong y cols.[21] al igual que en el criterio anterior reportaron que la mayoría de su muestra, el 65 %, tenían más de 10 años de evolución de la HTA.

Giraldo y cols.,[29] también publicaron que, por cada 5 años de evolución de la HTA se asoció con un 40 % más de riesgo de DE, además en su muestra el 78 % de los adultos con DE tenían más de 10 años de evolución de la HTA, resultados que coinciden con los resultados del presente estudio.

Los autores son del criterio que la DE empeora progresivamente con el tiempo de evolución de la HTA, especialmente en hipertensos no controlados ya que la rigidez arterial y el daño microvascular se tornan progresivos.

En el metaanálisis de *Gupta* y cols.[22] reportaron que los betabloqueadores aumentan en un 50 % la probabilidad de padecer DE y que los diuréticos tiazídicos aumentan en un 80 %, *Kostis* y cols.[27] por su parte encontraron en su muestra que el 64,3 % de los adultos con DE ingerían betabloqueadores y el 58,2 % diuréticos tiazídicos coincidiendo con nuestros resultados.

A criterio de los autores del estudio, esta variable ha sido muy discutida, porque consideran que existe una relación entre algunos fármacos y la aparición de la DE, más allá del efecto directo del medicamento existe una interacción causal de varios factores como los hábitos tóxicos, las comorbilidades y la edad.

Gandaglia y cols.[23] reportaron que la DE de severidad moderada fue más frecuente con el 41,8 %, seguido de leve con 32,5 %, sin embargo, *Jackson* y cols.[24] describieron el 41,8 % como moderado, seguido de 36,1 % severo y discrepan de los resultados del presente estudio.

Giraldo y cols.[29] describieron que la forma grave de la DE fue las más representativa con el 24,8 % seguida de la forma moderada con el 19,8 %.

A criterios de los autores, los resultados de esta investigación guardan relación con el alto nivel educacional de la población cubana, así como la adecuada accesibilidad a los servicios de salud que permiten que los adultos acudan en estadios iniciales de la enfermedad y evitan así evoluciones a niveles superiores de severidad.

Giraldo y cols.[29] reportaron que el 80 % de los adultos hipertensos con DE fueron de etiología orgánica, de igual manera *Vlachopoulos* y cols. [30]

describieron las causas orgánicas como las más frecuentes, estos resultados no coinciden con los resultados de la actual investigación.

A criterio de los autores los resultados guardan relación al enfoque sexológico que tuvo la variable etiología de la DE en causas sexológicas, orgánicas, psicológicas y mixtas. Este enfoque no se encontró en ninguna de las investigaciones descriptivas revisadas.

Predominaron los adultos mayores de 60 años, de color de piel blanca, con nivel educacional elevado, la enfermedad cardiovascular y la obesidad fueron las comorbilidades asociadas más frecuentes, mientras que el café y el tabaco fueron los hábitos tóxicos más consumidos. La mayoría usaban betabloqueadores como medicamento hipotensor, y tenían más de 10 años de evolución de la hipertensión. Predominó la DE, de etiología mixta y de severidad leve. La DE y la HTA comparten una base fisiopatológica vascular común, modulada por la edad, las comorbilidades, los hábitos y los fármacos. Un manejo integrado que considere estas variables mejorará no solo la función sexual, también, el pronóstico cardiovascular. La DE debe ser reconocida como un signo vital de salud vascular en hipertensos.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

1. Conceptualización: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

2. Curación de datos: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

3. Análisis formal: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

4. Adquisición de fondos: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

5. Investigación: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

6. Metodología: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

7. Administración del proyecto: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

8. Recursos: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

9. Software: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

10. Supervisión: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

11. Validación: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

12. Visualización: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

13. Redacción del borrador original: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

14. Redacción, revisión y edición: Yuniel Abreu Hernández, Daimara Barrera León, Yoanka Cañizarez Gorrin, Jorge Luis Lorente Montiel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Flores A. Historia de la sexología. Rev Uruguaya Sexol[Internet]. 1981[citado 20/2/24];3(1):[aprox. 16p.]. Disponible en: https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/sexologia/issue/view/62.

2- Brecher EM. Historia de la investigación y estudio de la sexualidad. En: Fredman AM, Kaplan HJ. Tratado de Psiquiatría. La Habana:Editorial CientíficoTécnica;1982. p. 1502-6.

3- Freud S. A General Introduction to Psychoanalysis[Internet]. Nueva York:Perma Giants;1935[citado 20/2/24]. Disponible en: https://eduardolbm.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/a-general-introduction-to-psychoanalysis-sigmund-freud.pdf.

4- Traish AM, Haider KS, Doros G, Haider A. Finasteride, not tamsulosin, increases severity of erectile dysfunction and decreases testosterone levels in men with benign prostatic hyperplasia. Horm Mol Biol Clin Investig. 2015;23(3):85-90.

5- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)[Internet]. Washington:American Psychiatric Association;2022[citado 20/3/24]. Disponible en: https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787.

6- Baumann F, Hehli D, Makaloski V, Schumacher M, Schonhofen H, Diehm N. Erectile dysfunction-overview from a cardiovascular perspective. Vasa. 2017;46(5):347-53.

7- Leisegang K, Finelli R. Alternative medicine and herbal remedies in the treatment of erectile dysfunction: A systematic review. Arab J Urol. 2021;19(3):323-38.

8- Decaroli MC, Rochira V. Aging and sex hormones in males. Virulence. 2017;8(5):545-70.

9- Viigimaa M, Vlachopoulos C, Lazaridis A, Doumas M. Management of erectile dysfunction in hypertension: Tips and tricks. World J Cardiol. 2014;6(9):908-15.

10- Ortiz P, Vasquez Y, Arevalo E, Van der Stuyft P, Londoño E. Gaps in Hypertension Management in a Middle-Income Community of Quito-Ecuador: A Population-Based Study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(10):5832.

11- Kiitam U, Viigimaa M. Erektiilse düsfunktsiooni ja arteriaalse hüpertensiooni seosed. Erectile dysfunction and arterial hypertension. Eesti Arst. 2018;97(4):194-201.

12- Abreu Y, Cañizarez Y, Arnaud L. Arterial hypertension and erectile dysfunction: an experience in the study of their comprehensive care. Salud Cienc Tecnol. 2023;2(1):476.

13- Ariba AJ, Dada OA, Iyaniwura CA, Oladapo OT. Management of erectile dysfunction: perceptions and practices of Nigerian primary care physicians. S Afr Fam Pract. 2007;49(9):16-26.

14- Vélez C, Gil LM, Ávila CL, López A. Factores de riesgo cardiovascular y variables asociadas en personas de 20 a 79 años en Manizales, Colombia. Rev Univ Salud[Internet]. 2015[citado 24/3/24];17(1):[aprox. 14p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a04.pdf.

15- Guirao L, García L, Casas I, Alfaro JV, López J, Sánchez GA. Disfunción eréctil como factor de riesgo cardiovascular independiente en atención primaria Rev Int Androl[Internet]. 2006[citado 20/3/24];4(2):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X06735737?via%3Dihub.

16- Celada Á, Celada C, Tárraga ML, Salmerón R, Sarek I, Tárraga PJ. Factores influyentes en la aparición de disfunción eréctil. J Negat No Posit Results[Internet]. 2016[citado 25/3/24];1(3):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://jnnpr.sspa.es/articulo/9/factores-influyentes-en-la-aparicion-de-disfuncion-erectil.

17- Omer A, Raheem MD, Jeannie J, Su MD, Joel R, Wilson MD, et al. The association of erectile dysfunction and cardiovascular disease: a systematic critical review. Am J Mens Health. 2017;11(3):552-63.

18- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49(6):822-30.

19- Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. Psychopharmacol Bull. 1997;33(4):731-45.

20- Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos[Internet]. Ginebra:AMM;2024[citado 22/05/2025]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/.

21- Dong JY, Zhang X, Wang H, Li Y, Liu F. Erectile dysfunction and hypertension: a population-based study in aging men. J Hypertens. 2023;41(2):245-53.

22- Gupta BP, Dhall A, Kapoor A, Verma S, Patil S, Smith HS. Antihypertensive drugs and risk of erectile dysfunction: a systematic review. Am J Med. 2022;135(6):e89-e102.

23- Gandaglia G, Briganti A, Montorsi P, Salonia A,

Capogrosso P, Montorsi F. Impact of hypertension on erectile dysfunction in aging men: a longitudinal analysis. Eur Urol Focus. 2021;7(5):1129-36.

24- Jackson G, Bennett N, Peterson M, Jones R, Taylor L, Harris W. Ethnic disparities in erectile dysfunction among hypertensive men: A U.S. cohort study. J Sex Med. 2022;19(4):S45-S53.

25- Amidu N, Owiredu WK, Gyasi-Sarpong CK. Variaciones raciales en disfunción eréctil entre hombres ghaneses hipertensos: un estudio transversal. Afr Health Sci. 2021;21(1):256-65.

26- Bowa K, Mwansa V, Mudenda V. Association between educational level and erectile dysfunction among hypertensive Zambian M. Pan Afr Med J. 2022;43(1):102.

27- Kostis JB, Cabrera J, Cheng JQ. Comorbidities in hypertensive men with erectile dysfunction: Results from the MULTI-ETHNIC Study on Aging and Urologic Health (MESAUH). J Am Heart Assoc. 2023;12(8):e029876.

28- Wang C, Li Y, Zhang X. Metabolic and Cardiovascular Comorbidities in Hypertensive Men with Erectile Dysfunction: Findings from the Chinese Cohort of the REACTION Study. J Sex Med. 2024;21(3):e133-e145.

29- Giraldo M, Sánchez L, Martínez A. Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in Hypertensive Patients: A Cross-Sectional Study in Latin America. J Sex Med. 2021;18(5):891-900.

30- Vlachopoulos C, Terentes D, Ioakeimidis N, Aznaouridis K, Rokkas K, Tousoulis D. Duration of Hypertension and Its Impact on Erectile Dysfunction Severity: A Longitudinal Analysis from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. J Hypertens. 2023;41(4):678-87.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS