

## ORIGINALES

# Problemas sexuales de la pareja de la mujer posmenopáusica con tratamiento hormonal sustitutivo (THS)

J. López-Olmos

Unidad de Menopausia. Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

## SUMMARY

A serie of 298 postmenopausal women were treated with hormone replacement therapy (HRT) and were interviewed in 1995 to explore the quality of their sexual life. There were 143 cases of natural menopause, 122 cases of surgical menopause and 33 cases of premature menopause. The mean age of the series was 51.58 years. The mean age at menopause was 45.42 years. The mean age of the partner was 54.39 years.

The sexual problems of the partner were: premature ejaculation 8.72%; erectile dysfunction 11.07%; no sexual desire 7.71% (no sexual desire in women, in 52.68%,  $p < 0.001$ ). No sexual intercourse in 29 couples, 9.73%.

The factors that influenced the sexual problems of the men were: depression, hypertension, prostatic disease, cardiac disease, and work problems.

The causes of no sexual intercourse in women were: widowhood, no partner because separation, divorce or being single, and the husband: absent, with erectile dysfunction or no sexual desire.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una amplia dimensión de la personalidad que refleja la satisfacción de sentirse mujer u hombre, cumpliendo un papel frente a individuos del otro sexo, tanto social como privadamente<sup>1</sup>. La sexualidad es más que las relaciones sexuales de la pareja: existen fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, sociales y éticos. En ella intervienen la realización de la personalidad, la unión de pareja, la atracción y el amor.

Aceptado para su publicación el 29 de septiembre de 2003.

El varón maduro no tiene una edad crítica hormonal como la mujer en la menopausia, ya que no tiene cambios endocrinos críticos. En el varón hay espermatogénesis hasta una edad muy avanzada. La capacidad sexual disminuye por la edad (pero se conserva intacta) por razones físicas, pero más aún por razones psíquicas. La decadencia sexual es muy lenta, gradual y nada abrupta.

La andropausia es la disminución de la actividad genital testicular en el varón a partir de cierta edad<sup>2</sup>, y se da en uno de cada 2 varones a los 60 años. A esa edad se produce un hipogonadismo relativo. Así, con la edad, disminuye la testosterona y la dihidrotestosterona (DHT), y aumenta la globulina transportadora de las hormonas sexuales (SHBG). La testosterona libre disminuye (pero hay testosterona global normal), de forma progresiva, en relación con el estrés, enfermedades crónicas, obesidad, disminución del ejercicio y disminución de los estímulos sexuales.

Se produce, asimismo, un aumento de hormonas hipofisarias, hormona foliculostimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), y cierto grado de insuficiencia testicular. Además, disminuye la vascularización testicular. Por otro lado, existe disminución de producción de espermatozoides, pero no del poder fecundante. La actividad sexual normal necesita una cantidad mínima de andrógenos para el deseo sexual, la erección, la eyaculación y el orgasmo. Los andrógenos en el sistema nervioso central (SNC) tienen un efecto antidepresivo, pero con la disminución de la testosterona libre la actividad sexual pierde interés.

La sexualidad durante vida, del nacimiento a la muerte, sufre cambios y desarrollo. No siempre hay deseo de sexo, pero sí de afectividad e intimidad. La disminución del deseo sexual se produce según la cultura, las actitudes, las posibilidades de pareja y los cambios físicos. Con la edad, el interés persiste, aun-

que la frecuencia de actividad sexual disminuye, y así se pasa de cantidad a calidad<sup>3</sup>.

Las disfunciones sexuales disminuyen la calidad de vida. La prevalencia de estas disfunciones, según el National Health Social Life Survey (NHSLS), de 1994, entre 1.410 varones y 1.749 mujeres de 18 a 59 años de edad, fue del 31% para los varones y del 43% para las mujeres<sup>4</sup>, lo que supondría que en Estados Unidos, la disfunción sexual es un importante problema de salud pública. Las disfunciones están en relación con la edad y la educación, con una pobre salud física y emocional, y con experiencias negativas en las relaciones sexuales y el bienestar. En la mujer estas disfunciones estuvieron motivadas por un bajo deseo sexual (22%), problemas de excitación (14%) y dispareunia (7%). En el varón existía eyaculación precoz (21%), disfunción eréctil (5%) y bajo deseo sexual (5%).

En el varón maduro, pareja de la mujer menopáusica (en la cincuentena), los problemas físicos pueden afectar a la vida sexual<sup>5</sup>, como la arteriosclerosis, que influye en la hipertensión arterial (HTA) y los problemas cardíacos, y la diabetes, como causa de disfunción eréctil. Los problemas de próstata y su cirugía pueden producir problemas eyaculatorios (eyaculación retardada). Y si la HTA sin tratamiento produce disfunción eréctil, los fármacos para su tratamiento también influyen en la eyaculación, en la erección y en la disminución del deseo sexual.

En este trabajo analizamos nuestros resultados en el estudio de la sexualidad de la mujer posmenopáusica que sigue THS, en este caso respecto a los problemas sexuales existentes en su pareja.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En la Unidad de Menopausia del Servicio de Ginecología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, durante el año 1995 llevamos a cabo un estudio de la sexualidad de la mujer posmenopáusica con THS, para comprobar su influencia en la mejoría o no de su calidad de vida sexual.

En la apertura de su historia ginecológica en la primera visita a la unidad, aparte de los datos habituales administrativos y médicos, se preguntó sobre el estado civil, la edad en la primera relación sexual, el deseo sexual, la frecuencia coital, la satisfacción sexual, la dispareunia y la sequedad vaginal.

En el año referido del estudio prospectivo se preguntó de nuevo sobre los mismos ítems, a los que se añadió la edad de la pareja, y si presentaba eyaculación precoz, disfunción eréctil o ausencia de deseo sexual, si practicaban masturbación o caricias (sexo oral), y en caso de que no hubiera relaciones sexuales

**TABLA I. Serie de mujeres**

TIPO DE MENOPAUSIA	N	PORCENTAJE
Natural	143	47,98
Quirúrgica	122	40,93
Precoz	33	11,07
Total	298	99,98

**TABLA II. Datos cuantitativos**

	RANGO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad	37-66	51,58	4,48
Paridad	0-8	2,43	1,22
Edad menarquia	9-16	12,88	1,51
Edad menopausia	24-56	45,42	4,35
Edad primera relación Sexual	15-36	23,21	3,06
Edad pareja	31-71	54,39	5,24
Diferencia edad		2,80	

con la pareja, ¿por qué? También se investigó acerca de si tenía depresión y qué tratamiento seguía.

Se trataba de comprobar los cambios en los ítems sexuales, antes y después del THS, para comprobar su influencia en la calidad de vida sexual.

La entrevista se realizó después de la consulta anual, tras su revisión clínica. Ninguna de las pacientes se negó a contestar a las preguntas. En el caso de que acudieran acompañadas de su pareja, las preguntas sobre el varón se hicieron al interesado. A la mujer que quiso comentar algo en especial o aprovechar para consultar algún problema se le dedicó el tiempo necesario y se trató de ayudarla en todo lo posible.

Los datos cuantitativos se expresan como rango, media y desviación estándar. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes. La falta de deseo sexual y su comparación entre varón y mujer se calcula con la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, aplicando un valor significativo para una  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

En la tabla I se presenta la serie: 298 mujeres, 143 con menopausia natural (47,98%), 122 con menopausia quirúrgica (40,93%) y 33 con menopausia precoz (11,07%). Los maridos entrevistados fueron 16 (5,36%): 6, 8 y 2 de cada grupo, respectivamente.

En la tabla II se presentan los datos cuantitativos de edad, paridad, edad en la menarquia, edad en la menopausia, edad en la primera relación sexual, edad de la pareja y media de las diferencias de edad entre ambos.

TABLA III. Problemas sexuales del varón

	N	PORCENTAJE
Eyacuación precoz	26	8,72
Disfunción eréctil	33	11,07
Ausencia de deseo sexual	23	7,71
Ausencia de deseo sexual en la mujer con THS	157	52,68
Ausencia de relaciones sexuales	29	9,73

THS: tratamiento hormonal sustitutivo.

TABLA IV. Factores en el varón que influyen eréctil y la ausencia en la disfunción de deseo sexual

	N = 56	PORCENTAJE
Depresión	7	12,5
Hipertensión arterial	7	12,5
Enfermedad de la próstata	3	5,35
Enfermedades cardíacas	3	5,35
Problemas trabajo	4	7,14
Otros*	32	57,14

\*Diabetes, ácido úrico, epilepsia, fractura de cadera, fallecimiento hijo, psoriasis genital, etc.

TABLA V. Causas de la ausencia de relaciones sexuales

	N = 29	PORCENTAJE
Sin pareja	24	82,75
Viuda	12	41,37
Separada	5	17,24
Divorciada	2	6,89
Soltera	5	17,24
Con pareja	5	17,24
Marido ausente	1	3,44
Marido impotente	2	6,89
Marido no quiere	20	6,89

La edad media de las mujeres fue de 51,58 años y la de los varones, de 54,39 años, con una diferencia media de 2,80 años a favor del varón. La edad media a la primera relación sexual en la mujer fue a los 23,21 años. Únicamente 3 casos comenzaron sus relaciones sexuales, prematrimoniales (1%), antes de los 20 años: la más precoz a los 15 años, y las otras dos a los 18 y 19 años.

En la tabla III se presentan los problemas sexuales del varón, que son la eyacuación precoz (8,72%) y la disfunción eréctil (11,07%). No había deseo sexual en el 7,71%. Al comparar este dato con su incidencia en la mujer, que es del 58,68% tras el TSH, la diferencia es muy significativa ( $p < 0,001$ ). No había relaciones sexuales en 29 casos (9,73%).

En la tabla IV se estudian los factores implicados en el varón en la disfunción eréctil y en la falta de deseo sexual. Sobre 56 casos, los factores más influyentes fueron la depresión (12,5%) y la HTA (en el mismo porcentaje); también igualados, en tercer lugar se encuentran las enfermedades de la próstata y las cardíacas (5,35%). También influyen mucho los problemas laborales y el paro (7,14%). En el apartado de «otros» se incluyen diversas causas, otras enfermedades (diabetes, epilepsia, fractura de cadera, etc.) y otros eventos (fallecimiento de un hijo, etc.).

En la tabla V se presentan las causas de la ausencia de relaciones sexuales en 29 casos (9,73%). Distinguimos 2 grupos: por un lado, el de mujeres sin pareja (24 casos; 82,75%), por estar viudas (12 casos), separadas, divorciadas, solteras o sin pareja (sólo en un caso la causa era una ausencia de deseo sexual), y por otro, el de mujeres con pareja (5 casos; 17,24%), que aun deseando las relaciones sexuales no las tenían a causa del marido, ausente por trabajo lejos del hogar (en un caso), con disfunción eréctil (en 2 casos) o porque él no quería (en 2 casos). Curiosamente, en uno de estos 2 últimos casos, el marido dejó de tener relaciones sexuales con la mujer desde el momento en que supo que ella tenía la menopausia, por un motivo fundamentalista religioso: para él, su mujer como tal ya no era deseable al perder su capacidad reproductiva.

## DISCUSIÓN

A los 50-65 años se pierde el interés sexual y disminuye la actividad sexual. El individuo se autovalora y percibe su propia realidad, en cuanto a las consecuencias de su vida, en el trabajo-carrera, en los hijos, en las relaciones con sus padres, ya viejos, y en sus amistades. La mujer padece cierta depresión, por orientación más pesimista y negativa, y es más crítica respecto a sí misma y a su marido. A esto se suma el envejecimiento y la involución sexual, tras la menopausia, con la disminución de hormonas y la atrofia. Disminuye la lubricación vaginal y hay estrechez vaginal, así como alteraciones fisiológicas en las fases de la respuesta sexual<sup>6</sup> y aumento de peso.

En el varón se produce una atenuación por la monotonía y una pérdida de interés, por la situación económica o laboral, las enfermedades físicas, y un desplazamiento hacia la comida y la bebida. Hay un temor al fracaso. La erección se retarda o no es tan completa. El orgasmo es más corto, la eyacuación tiene menos fuerza expulsiva y el período refractario es más largo.

Hay una correlación positiva entre el nivel de actividad sexual y la juventud o la senectud. Los factores que

influyen en la actividad sexual y el deseo son, en el varón, las experiencias sexuales, la edad, la salud subjetiva y objetiva, y la clase social. En la mujer, éstos son el estado marital, la edad y el goce derivado del sexo.

En el orgasmo, aumenta la velocidad cardíaca (aunque luego vuelva a cifras normales), la velocidad respiratoria y el volumen/minuto, por lo que equivale a un ejercicio físico intenso. Aumentan la presión arterial y el pulso. Con el coito o la actividad física se encuentra la misma respuesta cardiovascular en el ECG. El varón, a esta edad, y más si es un paciente coronario, se preocupa por la sexualidad, y tiene miedo a la muerte o a su calidad de vida restante. Muchos varones después de un infarto o con insuficiencia congestiva sienten el peligro y rechazan las relaciones sexuales; entonces se produce una reacción psicológica de pérdida de la virilidad, por lo que quieren hacer un esfuerzo compensador, lo que produce una mayor ansiedad y a la postre problemas sexuales<sup>7</sup>. Por el temor y la información errónea se produce dependencia y hostilidad hacia el cónyuge.

La salud sexual es la integración somática, emocional, intelectual y de aspectos sociales del ser sexual, de forma que enriquezca positivamente la personalidad, la comunicación y el amor<sup>8</sup>. Hay un derecho a la información y al placer, ya que hay una relación estrecha entre la ignorancia y desconocimiento sexual, y los problemas de salud y calidad de vida. Se necesitan profesionales bien preparados para ayudar al enfermo, con educación, consejo y terapia.

El deseo sexual no es una llama que arde constantemente. No hay sincronía absoluta en el apetito sexual entre el varón y la mujer, sino que hay grados dispares de interés sexual<sup>9</sup>. Así, en nuestra serie, el varón no tenía deseo sexual en el 7,71%; en cambio, en la mujer esto sucedía en el 52,68%, diferencia muy significativa. El deseo sexual es más reflejo de fuerzas psicológicas que biológicas (hormonas). En la inhibición del deseo sexual hay muchas causas: unos factores individuales y otros de relación.

Entre los problemas eyaculatorios<sup>10</sup>, el más frecuente es la eyaculación precoz, con excesiva rapidez, que produce frustración, angustia y problemas de pareja. Puede ocurrir en el coito y, en cambio, no en la masturbación o con el sexo oral. Parte del problema es una respuesta condicionada, con sensación de pánico y tensión; se produce, entonces, una baja autoestima y depresión, así como sensación de incapacidad. En nuestra serie ocurría en el 8,72%. Otro problema es la eyaculación insuficiente o ausente, que ocurre con menor frecuencia, y que también tiene muchas causas, incluidos los medicamentos. Más frecuente puede ser la eyaculación retrógrada, hacia la vejiga,

en intervenciones de próstata, diabéticos o en pacientes con trastornos neurológicos (esclerosis múltiple). La eyaculación retardada se da por el abuso de alcohol, drogas y medicamentos psicoactivos o por la toma de antihipertensivos. Ninguno de estos últimos problemas se nos ha referido en nuestra serie.

La disfunción eréctil ocurre, en nuestra serie, en el 11,07%. Para el varón supone un problema, ya que sólo consulta al médico uno de cada 10 casos<sup>11</sup>, a causa, por un lado, del apuro o la vergüenza (74%), o por si el médico lo minimiza o no le hace caso, y por otro, porque no supone una molestia, existe aprensión por desconocimiento del tratamiento o por la pareja, por los efectos del tratamiento o porque aquélla aproveche su falta de interés. De ahí la importancia de que el médico pregunte sobre estas cuestiones dentro del marco normal de la entrevista clínica. Es importante que el enfermo hable de su tabú, ya que su vida íntima se resiente. Hacer como que el problema no existe es no buscar una solución. La disfunción eréctil es secundaria a enfermedades, medicamentos, depresión y estrés, y además produce pérdida de confianza en uno mismo así como alteraciones en las relaciones de pareja<sup>12</sup>.

Esta disfunción se da en más del 50% de los varones mayores de 40 años (uno de cada 3) y algún grado de esta afección se produce en el 52% de varones de 40-70 años. Así, más de 30 millones de varones de Estados Unidos padecen disfunción eréctil.

La disfunción eréctil es la persistente inhabilidad para tener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual satisfactoria y no es una consecuencia natural de la edad<sup>13</sup>. Puede ser de causa orgánica, psicogénica y mixta. La orgánica (78%) puede ser vascular, neurológica, hormonal o cavernosa. Los factores de riesgo más conocidos son la arteriosclerosis, la diabetes, la HTA, la cirugía prostática, la enfermedad cardíaca, las lesiones espinales, el tabaco y el abuso de alcohol y drogas.

Para el diagnóstico, hay que realizar una historia clínica, una historia sexual, un examen físico, una evaluación psicológica, así como tests de laboratorio. También puede pasarse por escrito un cuestionario (índice internacional de la función eréctil [IIEF]). Con el diagnóstico el tratamiento varía, tratando los factores de riesgo. Existen tratamientos médicos y quirúrgicos (incluidas prótesis peneales).

Esta disfunción, en el paciente cardiovascular, tiene gran importancia. Así, existe el siguiente consenso<sup>14</sup>:

- La actividad sexual no es más estresante que otra actividad física.
- En enfermos cardiovasculares, el riesgo cardíaco por la actividad sexual es mínimo, por lo que éstos deben estar informados y avisados.

– La disfunción eréctil es frecuente (un 10% en varones de 40-70 años) y aumenta con la edad.

– La disfunción eréctil y la enfermedad cardiovascular tienen los mismos factores de riesgo y con frecuencia coexisten.

– En el enfermo cardiovascular hay disfunción eréctil si se busca.

– La disfunción eréctil puede tratarse en medicina primaria, antes de enviar al especialista por alto riesgo.

– El tratamiento de la disfunción eréctil no aumenta el riesgo cardiovascular (únicamente tomando nitratos, el sildenafil está contraindicado porque disminuye la presión arterial).

La disfunción eréctil produce depresión (2,6 veces más)<sup>15</sup>, y la depresión disminuye la libido. Los pacientes únicamente con disfunción eréctil continúan el tratamiento con más frecuencia que los que padecen disfunción eréctil más depresión. Aunque, en la depresión, la etiología es multifactorial, aquí existe un fuerte componente orgánico más un componente psicológico. La disfunción eréctil lleva a la depresión, ésta produce más disfunción eréctil y más depresión, cerrándose un círculo vicioso.

Respecto a los problemas médicos y sus aspectos sexuales<sup>16</sup>, es importante destacar que:

– En las enfermedades de la próstata, como en el cáncer, la cirugía radical provoca disfunción eréctil al extirpar la próstata y las vesículas seminales. En la hiperplasia de próstata benigna, el tratamiento con resección transuretral produce eyaculación retrógrada en el 90%, por daño en el esfínter interno del cuello vesical. El tratamiento médico con finasterida para disminuir el tamaño de la próstata produce disminución del deseo sexual en el 5-6%, eyaculación inhibida en el 4,4% y disfunción eréctil en el 4-5%.

– Ante un ataque cardíaco, existe preocupación por la muerte, así como evitación de las relaciones sexuales y dificultades. En el 25-40% se produce disfunción eréctil, y en el 30-70% evitación de la actividad sexual.

– En la diabetes, en un 50% de los casos existe disfunción eréctil, a cualquier edad, tanto en pacientes insulino dependientes como no. La disfunción eréctil es progresiva, por las complicaciones cardiovasculares y la neuropatía diabética. También hay un 1% de eyaculación retrógrada, que es signo pronóstico de disfunción eréctil.

– Muchos medicamentos interfieren con la actividad sexual.

• Los antihipertensivos son dependientes de la dosis: los bloqueadores beta producen disfunción eréctil; los diuréticos, como la espironolactona, ocasionan un descenso del deseo sexual, disfunción eréctil y ginecomastia; la clorotiazida, la furosemida, etc. disminuyen el deseo sexual y ocasionan disfunción eréctil; los bloqueadores de los canales del calcio, como el amlodipino, disminuyen frecuencia sexual, y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, como el enalapril o el captopril, producen ausencia de deseo sexual en un 16,3%.

• Los antidepresivos producen disfunción orgásmica y eyaculación inhibida.

• Los antipsicóticos inhiben la eyaculación y producen eyaculación dolorosa, y en la mujer ausencia de orgasmo y disminución de lubricación vaginal.

En conclusión, sobre nuestro trabajo el varón de alrededor de 50 años, pareja de la mujer posmenopáusica con THS, padece eyaculación precoz en un 8,72%; disfunción eréctil en un 11,07%, y ausencia de deseo sexual en un 7,71%. Los factores que influyen en estos hechos son la depresión, la HTA, las enfermedades prostáticas y cardíacas, y los problemas laborales. Como causa de negativa a mantener relaciones sexuales con la mujer están (en pocos casos), la ausencia del domicilio a causa del trabajo, la disfunción eréctil o la ausencia de deseo sexual.

## RESUMEN

Una serie de 298 mujeres posmenopáusicas tratadas con terapia hormonal fueron entrevistadas en 1995 para comprobar su calidad de vida sexual. Ciento cuarenta y tres mujeres tenían menopausia natural; 122, menopausia quirúrgica, y 33, menopausia temprana. La edad media de las pacientes fue de 51,58 años. La edad media a la menopausia fue de 45,42 años. La edad media de la pareja sexual fue 54,39 años.

Los problemas sexuales que presentó el varón fueron: eyaculación precoz en el 8,72%; disfunción eréctil en el 11,07%, y ausencia de deseo sexual en el 7,71% (había ausencia de deseo sexual en la mujer en el 52,68%;  $p < 0,001$ ). No practicaban relaciones sexuales 29 parejas (9,73%).

Los factores que influyen en los problemas sexuales del varón (disfunción eréctil y ausencia de deseo sexual) fueron: depresión, hipertensión arterial, enfermedades de la próstata, enfermedades cardíacas y problemas laborales.

Las causas de no tener relaciones sexuales en la mujer fueron: viudedad, no tener pareja por separación, divorcio o ser soltera, y que el marido esté ausente, que padezca disfunción eréctil o que no las desee.



# **BIBLIOGRAFÍA**

1. Botella Llusia J. La edad crítica. Climaterio y menopausia. Barcelona: Salvat, 1990.
2. De Lignieres B. L'andropause: mythe et réalités. En: Arvis G, editor. Andrologie. Paris: Maloine, 1987; p. 135-41.
3. Freedman MA. Sexuality and the menopausal woman. Contemporary Ob/Gyn 2000;(Supl 3):4-18.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281: 537-44.
5. Riley AJ. Problemas físicos que pueden afectar la vida sexual. En: Bevan J, director. El sexo y la salud. Barcelona: Planeta, 1985; p. 53-76
6. Fugate Woods N. Sexualidad humana en medicina. Parte I. Barcelona: Marín, 1978; p. 51-5.
7. Fugate Woods N. Sexualidad humana en medicina. Parte III. Barcelona: Marín, 1978; p. 128-33.
8. Who Technical report n.º 572. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: World Health Organisation, 1975.
9. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Escaso deseo sexual. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC, editores. Eros: los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo, 1996; p. 85-113.
10. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Problemas eyaculatorios. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC, editores. Eros: los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo, 1996; p. 115-49.
11. Levine LA, Kloner RA. Importance of asking questions about erectile dysfunction. Am J Cardiol 2000;86:1210-3.
12. Well S. Les pannes sexuelles. Troubles de l'érection. Paris: MG, 1999.
13. Anónimo. Erectile dysfunction. New York: Pfizer, 1998.
14. Jackson G, Betteridge J, Dean J, Hall R, Holdrigh D, Holmes S, et al. A systematic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: a consensus statement. Int J Clin Pract 1999;53:445-51.
15. Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. Urology 1998;52:848-52.
16. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Aspectos sexuales de problemas médicos corrientes. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC, editor. Eros: los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo, 1996; p. 349-81.