

Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados

JAVIER BARROSO-AGUIRRE,^{a,c} FERNANDO UGARTE Y ROMANO,^b DIANA PIMENTEL-NIETO^c

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de la disfunción eréctil en población urbana de México, en varones entre los 18 y los 40 años.

Material y métodos: Se llevó cabo un estudio epidemiológico, transversal y analítico, mediante una encuesta en hogares aplicada a personas entre 18 y 40 años, realizada por encuestadores profesionales, previamente adiestrados y estandarizados. El trabajo fue coordinado por el Capítulo de Disfunción Eréctil de la Sociedad Mexicana de Urología y por la Unidad de Investigación Médica de la empresa de investigación Gallup México. Se seleccionó una muestra aleatoria en población urbana de tres ciudades (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey), tomando como base los datos sociodemográficos del censo nacional, con un total de 1,800 encuestados.

Resultados: La prevalencia de disfunción eréctil para este grupo de edad fue de 9.7%: 7.9% correspondió a disfunción eréctil leve, 1.2% moderada y 0.6% severa. En relación con la percepción que tuvieron los entrevistados sobre su eyaculación, se encontró que el 80.2% la refirieron como normal, 12.8% como precoz y el 7.0% como retardada. De las variables sociodemográficas, de comorbilidad y hábitos de vida, sólo la escolaridad mostró una dependencia, a expensas de las personas con educación primaria, en las categorías de disfunción eréctil leve y severa. Las respuestas subjetivas sobre su capacidad para tener una erección y experimentar orgasmo, así como sobre la evaluación de su estado emocional, fueron variables que permitieron hacer una correcta predicción en el 90% de los casos.

Conclusiones: La DE es producto de una amplia variedad de condiciones y resultó ser un buen indicador sintomático de otros aspectos de la vida del individuo. La prevalencia de DE en este grupo de edad, resultó ser importante.

PALABRAS GUÍA: disfunción eréctil, México, adultos jóvenes, sexualidad.

^a Sociedad Mexicana de Salud Pública. Colegio Mexicano de Salud Pública y Ramas Afines

^b Sociedad Mexicana de Urología. Presidente del Capítulo de Disfunción Eréctil.

^c Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología

Correspondencia:

Dr. Javier Barroso Aguirre
Departamento de Medicina Preventiva.
Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes,
C.P. 11000, México, D.F.
Correo electrónico: jbarroso@gallup.com.mx

Recibido: 23 de marzo de 2001

Aceptado: 19 de noviembre de 2001

INTRODUCCIÓN

Existe poca información sobre la prevalencia de disfunción eréctil (DE) en México, dentro de la escasa información existente, se puede mencionar el estudio de Ugarte¹ quien informa que en hombres mayores de 40 años es del 55%, con una tendencia a incrementarse con la edad. Este hallazgo es semejante al informado por Morley,² quien documentó una prevalencia de 25, 55 y 65%, para hombres de 65, 75 y 80 años, respectivamente. Por

otra parte, Laumann³ informa un riesgo relativo tres veces mayor de padecer disfunción eréctil, entre los hombres de 50 y 59 años, en comparación con hombres de 18 y 29 años. Asimismo, el estudio DENSA⁴ determinó una prevalencia de 53.4% en el norte de Sudamérica: 33% de los casos fueron catalogados como leves, 16% como moderados y 4% como severos, o con disfunción eréctil completa.

La disfunción eréctil en hombres jóvenes ha sido poco documentada en la literatura internacional. En México, el único antecedente acerca de la prevalencia de este padecimiento se encuentra en hombres mayores de 40 años.¹ Por ello, resulta importante realizar investigaciones que permitan establecer la magnitud de este problema en nuestro medio, así como estudiar la sexualidad (parte relevante de la salud global del individuo) particularmente entre la población menor de 40 años, lo que permitirá establecer medidas preventivas que modifiquen de manera efectiva y con efectos adversos mínimos, el problema de la DE, tal y como lo sugirió en 1993, el *National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence*.⁵

Entre los pocos estudios realizados en población joven, está el de Parazzini,⁶ quien informa una prevalencia del 12.8% de DE en mayores de 18 años. Al respecto, Ventegodt⁷ encuentra en su estudio, que la disfunción eréctil en jóvenes tiene una alta relación con la ausencia de una pareja sexual estable. Como contraparte, Virag⁸ en 1982 informa de la inducción de la erección mediante la inyección intracavernosa en el pene de sustancias vasoactivas (del tipo de la papaverina). Este hallazgo es interpretado en el sentido de que la disfunción eréctil es consecuencia fundamentalmente de un padecimiento orgánico.

La DE tiene que ser entendida dentro del funcionamiento global del individuo -en un contexto amplio- porque si su abordaje se sesga, ya sea hacia lo psicológico, o bien hacia lo orgánico, o lo social (elementos que en todos los casos se encuentran entrelazados) se dificultará la posibilidad de establecer un diagnóstico integral, tales características han entorpecido una clara comprensión de un tema tan complejo como es el de la sexualidad.

Por otra parte, la DE tiene consecuencias sobre el individuo en aspectos por demás relevantes,

como son el disminuir su autoestima, generar estados depresivos e incluso propiciar la aparición de ideas suicidas. En una población joven, tales consecuencias pueden resultar devastadoras, en tanto que se entremezclan en todas las áreas de funcionamiento de la persona, afectando su vida laboral, sus relaciones interpersonales, de pareja y familiares.

Se ha sugerido una relación entre disfunción eréctil y ciertos hábitos, estilos de vida y características sociodemográficas de la población; no obstante, en el caso del estado civil la información es controvertida, probablemente debido a que las variables sociodemográficas no pueden ser aisladas para su análisis, porque actúan como factores complejos.

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la disfunción eréctil en población urbana de México, en varones entre 18 y 40 años, buscando a su vez, encontrar factores de riesgo en algunas variables de tipo sociodemográfico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó cabo un estudio epidemiológico transversal y analítico, mediante la aplicación de una encuesta en hogares, llevada a cabo mediante entrevistas personales, realizadas por encuestadores profesionales, previamente adiestrados y estandarizados por personal experto en Urología, Epidemiología y aplicación de encuestas. El levantamiento de los datos fue coordinado por el Capítulo de Disfunción Eréctil de la Sociedad Mexicana de Urología y por la Unidad de Investigación Médica de Gallup México. Se seleccionó una muestra aleatoria en población urbana de tres ciudades (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey), tomando como base los datos sociodemográficos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000.

El tamaño de la muestra se calculó con base en la expectativa de la frecuencia de disfunción eréctil (52%) y la variabilidad informada del fenómeno, por lo que se estimó la realización de 1,800 a 2,000 entrevistas personalizadas. Se tomó en cuenta la tasa de no respuesta, que se calculó en un 25%; para alcanzar el tamaño de muestra deseada se realizaron 4,000 contactos para así obtener las 1,800 entrevistas estimadas.



Con esa estructura se efectuó una selección al azar de los grupos poblacionales, conformados en forma heterogénea por colonias de distintos estratos sociales. Las colonias se definieron de acuerdo con los límites geográficos oficialmente establecidos. De estas colonias se seleccionó al azar una muestra de las manzanas, de las cuales se hizo una nueva selección, de las correspondientes viviendas para su visita. Antes de la aplicación de la encuesta, a todos los entrevistados se les explicó la naturaleza, fines y objetivos del estudio, decidiendo el encuestado si deseaba o no, participar en el mismo. Una vez informado el participante y con su aceptación de participar en el estudio, se le solicitó que firmara el formato de consentimiento informado, de acuerdo con la versión revisada de la declaración de Helsinki (revisión de Sudáfrica 1996) y con las leyes y reglamentos locales concernientes a la realización de investigaciones médicas en el país.

Los criterios de inclusión fueron: sujetos del sexo masculino, entre 18 y 40 años de edad, que aceptaran y firmaran el consentimiento antes de iniciar la entrevista.

Los criterios de exclusión fueron: sujetos que presentaran cualquier trastorno mental evidente que pudiera invalidar su capacidad para cumplir con los requisitos de la entrevista; que vivieran fuera del perímetro urbano de las ciudades seleccionadas; que vivieran en asilos; que estuvieran hospitalizados o que vivieran en cualquier otro tipo de institución diferente a una casa habitación y los sujetos que accidentalmente se encontraran en el domicilio seleccionado.

La presencia de disfunción eréctil se determinó de acuerdo con el inventario de salud sexual para hombres según el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5)⁹ cuestionario validado en nuestro idioma y país. Se trata de un instrumento confiable con aceptación universal, que contempla cinco reactivos que exploran diversos aspectos de la vida sexual de los entrevistados en los últimos seis meses, y que se califica con puntuaciones que van del 1 al 5 (donde uno corresponde a la categoría “muy baja” y cinco a la “muy alta”), con lo cual se obtiene una evaluación que permite clasificar a la disfunción eréctil en tres tipos: leve, moderada o severa.

Las variables de estudio se agruparon en varias categorías:

a) Sociodemográficas: edad, escolaridad, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico. Para la clasificación socioeconómica se utilizó el método de Graffar-Méndez Castellano.¹⁰

b) Salud: presencia de diabetes, hipertensión, cardiopatía, úlcera gástrica, depresión, prostatitis, obesidad –juizado por el índice de masa corporal- todas ellas por referencia.

c) Hábitos: tabaquismo, alcoholismo, consumo de cafeína, trabajo físico: laboral y ejercicio.

La disfunción eréctil se definió como la incapacidad permanente para lograr o mantener una erección adecuada para alcanzar una actividad sexual satisfactoria.

Los datos se capturaron y analizaron en el programa SPSS versión 10 para Windows, para lo cual se utilizaron frecuencias, porcentajes y χ^2 , con un grado de confianza del 95%. Para identificar los factores de riesgo se calculó el riesgo relativo con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas que describen a la muestra de los 1,800 casos tenían una edad promedio de 27.9 ± 6.6 años, respecto de su estado civil el 48.3% eran solteros, 50.2% vivían en unión libre o estaban casados y un 1.5% separados o divorciados. Respecto a la escolaridad, un caso (0.1%) no tenía grado alguno, el 8.3% tenía educación básica, el 43.9% tenía educación secundaria, 10.6% educación técnica y con estudios universitarios el 38.3%. El 85% profesaba la religión católica, 8.7% alguna otra religión y 6.0%, ninguna de ellas; el 0.1% se rehusó a dar dicha respuesta. El 73.2% de la muestra fueron asalariados, mientras que el 26.8% restante se encuentra desempleado.

El análisis factorial del IIFE-5 informó una varianza total explicada del 72.5% y un índice de confiabilidad alfa de 0.9036. Un componente que agrupa a todos los reactivos con alta correlación, a excepción del reactivo uno. En consecuencia, se llevó a cabo un segundo análisis factorial al extraer dicho reactivo, con lo cual se observó una mejora significativa de la varianza total explicada y del índice de confiabilidad

alfa, que fue de 88.65% y 0.96, respectivamente. Así mismo, los cuatro reactivos se agruparon en un componente, lo cual aumentó su correlación.

Lo anterior sugiere que una modificación al IIFE-5, mediante la eliminación del reactivo uno sería recomendable, ya que genera un mejor instrumento. El reactivo uno (¿cómo calificaría su confianza para lograr y mantener una erección?) afecta los resultados porque no se vincula con la evaluación de la erección propiamente dicha, sino que es una consideración personal circunstancial y que, independientemente de la respuesta, puede no haber intentos sexuales (relación de pareja estable o vida sexual activa) lo que calificaría como disfuncionales muchos casos que en realidad no lo son. Esto implica un sesgo en los resultados porque impacta los datos que se informan en la prevalencia de disfunción eréctil, apoyando por tanto la propuesta de modificar el instrumento.

Al aplicarse en el presente estudio la eliminación del reactivo uno más la eliminación de aquellos casos que no reportan haber tenido vida sexual activa durante los últimos seis meses, la muestra se conformó finalmente de 1,513 casos.

La prevalencia de disfunción eréctil para este grupo de edad fue de 9.7%, le corresponde 7.9%

a disfunción eréctil leve y 1.2% y 0.6% para disfunción eréctil moderada y severa, respectivamente (Figura 1). Con relación a la percepción que tuvieron los encuestados sobre su eyaculación, se encontró que 80.2% la refirieron como normal, el 12.8% como precoz y el 7.0% como retardada.

La distribución que el IIFE-5 genera es una distribución sesgada a la derecha que, aunque esperada, complica los análisis estadísticos, demandando hacer correcciones que deben ser tomadas en cuenta para la interpretación de los datos.

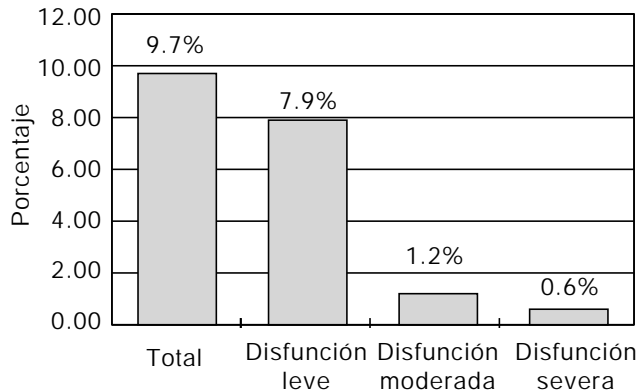
En la tabla 1 se presentan los factores de riesgo identificados para DE, como se puede observar los sujetos que percibieron tener incapacidad de erección mostraron 23 veces más riesgo de presentar DE. Llama la atención que la mayoría de los factores que mostraron valor pronóstico están relacionados con la percepción de los individuos (variables cualitativas) y sólo unas cuantas variables están relacionadas con la frecuencia de actividad sexual (variables cuantitativas). Por otra parte, también es importante distinguir que con excepción de la escolaridad, las variables del entorno social no mostraron valor predictivo (Figura 2).

De la misma manera se relacionó la variable

Tabla 1
Factores predictores de disfunción eréctil
n = 1513

Factor	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95%
Percepción de incapacidad de erección	23.70	12.48 - 44.99
Ausencia de sensación de orgasmo	6.54	2.88 - 14.84
Insatisfacción de la pareja	5.72	3.46 - 9.45
Insatisfacción sexual con la pareja actual	4.44	2.61 - 7.55
Bajo deseo sexual en el último mes	4.35	3.46 - 9.45
Eyaculación precoz o ausente	3.82	2.67 - 5.44
Insatisfacción con vida sexual	3.59	2.31 - 5.55
Baja calificación del deseo sexual del último mes	2.87	1.93 - 4.27
≤ 5 relaciones sexuales/mes	2.53	1.86 - 3.44
Escolaridad ≤ primaria	2.20	1.34 - 3.62
Pocas erecciones al despertar	2.15	1.49 - 3.12
Baja frecuencia de actividad sexual	1.84	1.23 - 2.75
Incomodidad para referir disfunción	1.56	1.08 - 2.24

Figura 1
Prevalencia de disfunción eréctil



disfunción eréctil con aquellos encuestados que manifestaron padecer de algunas enfermedades y no se halló dependencia alguna, probablemente por no haber suficientes casos con morbilidad.

Al intentar relacionar variables de hábitos, tanto de ejercicio como de uso de tabaco y/o alcohol, no se encontraron relaciones de dependencia que fueran significativas estadísticamente.

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis factorial con los cinco reactivos que evalúan sentimientos durante la última semana, como una manera de considerar la referencia del estado emocional como un factor de riesgo relacionado. Se obtuvo un componente que explica el 43.5% de la varianza total y un índice de confiabilidad alfa de 0.66. Esto nos permitió clasificar a la población en sujetos

“eutímicos” (92.3%) y “depresivos” (7.7%) y establecer porcentajes para cada uno de ellos.

No obstante, al analizar la variable “eutímico/depresivo”, con las mismas variables de sexualidad, se encontraron relaciones de dependencia y de riesgos relativos para los que se catalogaron como “depresivos” con la sensación de orgasmo en el último mes (Tabla 2). Se sugiere tomar con cautela estos resultados debido a que son muy poco los casos en que se detecta disfunción eréctil moderada y severa y aunque resultan significativos, valdría la pena

Figura 2
Riesgos relativos de los indicadores de disfunción eréctil (IC95%) evaluada según IIFE-5

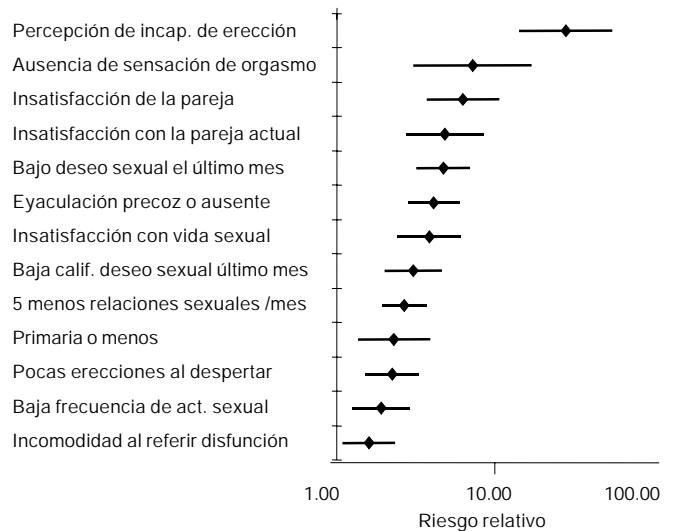
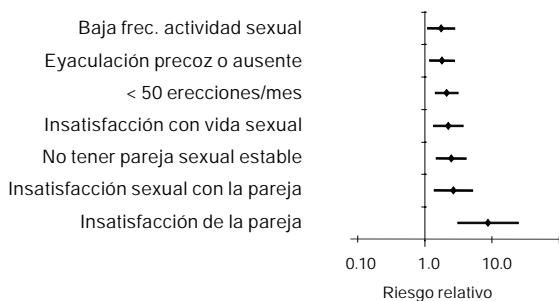


Tabla 2
Indicadores de estados depresivos
n = 1513

Indicadores	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95%
Insatisfacción de la pareja	8.43	2.99 - 23.73
Insatisfacción con la relación sexual con la pareja actual	2.61	1.36 - 5.03
Insatisfacción con la vida sexual	2.40	1.44 - 4.00
No tener pareja sexual estable	2.16	1.30 - 3.58
≤ 50 erecciones/mes	2.05	1.39 - 3.03
Eyacuación precoz o ausente	1.74	1.14 - 2.65
Baja frecuencia de actividad sexual	1.69	1.07 - 2.68

Figura 3
Riesgo relativo de los indicadores de
depresión 1,513 casos



incrementar el tamaño de muestra en estos grupos de sujetos para confirmar o destacar los hallazgos. Cabe destacar que el factor que representó mayor riesgo se asoció con la insatisfacción de la pareja y el resto de los indicadores estuvieron relacionados con la autopercepción del individuo (Figura 3).

DISCUSIÓN

Se trató de una muestra comparable con respecto a las características sociodemográficas del país, aspecto muy importante, pues permitió que el análisis tuviese una fuerza explicativa.

Con respecto a la prevalencia de la disfunción eréctil evaluada por el IIFE-5, se encontró una cifra de 9.7%, que desglosado fue de 7.9% para disfunción eréctil leve, 1.2% para moderada y 0.6% para severa. Al respecto, es necesario aclarar que tales resultados son producto de un instrumento de rastreo que no ofrece un elemento diagnóstico; en tanto que las disfunciones sexuales reúnen otros requisitos, tales como su persistencia y recurrencia. Este dato sugiere entonces, que los encuestados han sufrido episodios de dificultad para obtener o mantener una erección en los últimos seis meses. Estas condiciones fueron las que también nos llevaron a extraer a todos aquellos que no hubiesen manifestado llevar a cabo una práctica sexual; de esta forma, el dato resulta semejante al encontrado por Parazzini⁴ en una población joven.

Al buscar la relación entre disfunción eréctil y las variables sociodemográficas, de morbilidad y de hábitos, sólo se encontró una relación

de dependencia con la escolaridad primaria y con las categorías de disfunción eréctil leve y severa, de manera semejante a lo informado por Martín-Morales y cols.¹¹ Es necesario decir que la baja escolaridad se asoció con otras condiciones sociales adversas, en las que con frecuencia se encuentran inmersos sentimientos de insatisfacción y una alta frustración. Por ende, la asociación que aparece con la disfunción eréctil puede comprenderse mejor mediante el uso de un marco más amplio en el entorno de la persona que se encuentra sometida a situaciones de frustración, mismas que repercuten en forma global en su vida; en consecuencia la sexualidad se transforma en un síntoma más de su experiencia emocional insatisfactoria.

Es importante resaltar que las preguntas que mayormente contribuyeron a la catalogación de disfunción eréctil, fueron de carácter subjetivo; así, la percepción que los encuestados tenían sobre su capacidad para tener y mantener una erección, mostró un riesgo de 23.7 veces mayor, entre aquellos que se experimentaron como “incapaces”, o “poco capaces” para lograrla. A ello le siguió la capacidad para experimentar el orgasmo: de manera que cuando la respuesta fue “no se percibe” o en “pocas ocasiones”, el riesgo para padecer una disfuncionalidad eréctil fue 6.5 veces mayor.

Esto se suma a los resultados respecto a la relación de pareja y su calidad, pues se trata de variables importantes para entender la presencia o no de una disfunción, en cualquier fase de la respuesta sexual, debido a que la relación sexual es un comportamiento que depende en buena medida de la experiencia subjetiva de cada uno de los miembros de la pareja. Los datos apoyan esta aseveración, pues tanto la percepción de insatisfacción con la pareja y de la pareja plantean riesgos de 5.7 y 4.4 veces más de tener disfunción eréctil, así como cuando se percibe un diferente ritmo en el deseo de cualquiera de los miembros de la pareja, tuvo un riesgo de 1.8.

Los reactivos evalúan la satisfacción de la persona con respecto a la vida sexual y observamos que se vulnera a expensas de la experiencia de insatisfacción, por las diversas causas que pudieran

provocarlo, tal como frecuencia, calidad, ritmo o de la relación con la pareja desde una perspectiva de la calidad del vínculo.

En consecuencia y al considerar aquellos reactivos que indagan sobre la condición emocional, en cinco reactivos, que al agruparlos se logró obtener una variable dicotómica que denominó a un grupo como “eutímico” y el otro “depresivo”. De esta variable se obtuvo que el 7.7% de la muestra perteneció al grupo de “depresivos”, dato coherente con lo esperado para una población abierta. En las mismas circunstancias que con el otro instrumento, estas categorías no son diagnósticas, sino que se trata de reactivos dirigidos a evaluar algunas actitudes y/o afectos que tienen una carga emocional hacia uno u otro extremo del continuo. No obstante, se decidió analizarla de la misma manera que con la escala IIFE-5, para tratar de relacionar ambas condiciones con respecto a la experiencia sexual, partiendo del supuesto de que la experiencia sexual está íntimamente ligada a estados emocionales e inclusive su valoración es obligada en algunos trastornos mentales. De esta manera se encontraron relaciones y riesgos relativos para las preguntas que encuestan sobre la satisfacción sexual y la percepción que se tiene de su ejecución, así como de los que tienen que ver con la relación de pareja y su calidad. Evidentemente no se trató de realizar inferencias poco sostenibles, debido a que se trata de un estudio de tipo descriptivo, pero no se quiso dejar pasar la oportunidad para señalar los hallazgos que permitirán orientar investigaciones futuras que particularicen con un instrumental de mayor especificidad.

Es decir, estos hallazgos junto con la relación que existe entre disfunción eréctil y la presencia

del estado afectivo depresivo, orientan hacia la necesidad de establecer la conducta sexual como un fenómeno complejo, en el que intervienen factores de orden biológico, psicológico y social, siendo en extremo difícil la distinción de su participación en la etiología de la disfunción eréctil. No obstante, tal como lo refiere Ventegodt,⁷ en los jóvenes se piensa que los resultados se orientan más hacia la necesidad de explorar de manera exhaustiva la presencia y tipo de relación de pareja que tienen; se agregaría que, de forma global, la disfunción eréctil está claramente relacionada con las condiciones de insatisfacción referidas por los encuestados, incluyendo la manera en que perciben su eyaculación, pues en aquellos que la informaron como precoz, esta respuesta se relacionó con la presencia de disfunción eréctil.

Por lo tanto, los resultados aquí presentados, conducen a afirmar que la disfunción eréctil, en el grupo de edad estudiado, es producto de una amplia variedad de condiciones y que es un buen indicador sintomático de otros aspectos de la vida del individuo, por lo que en la práctica médica no sería suficiente con abordar sólo el síntoma, aunque desde luego puede constituir una parte importante del abordaje interdisciplinario del paciente que padece disfunción eréctil.

CONCLUSIONES

La DE es producto de una amplia variedad de condiciones. La prevalencia de DE en este grupo de edad es importante. El 9.7% de los varones entre 18 y 40 años presenta algún grado de DE. Predomina ampliamente la DE leve. Las alteraciones en la eyaculación se observan en el 19.8% de este grupo.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of erectile dysfunction in urban population from Mexico, in males between the 18 and the 40 years old.

Material and methods: This is an epidemiological, transversal and analytic study, it was carried out through a structured survey in homes applied 18 year-old and more, carried out by professional, and previously trained and standardized personal. The work was coordinated by the Chapter of Erectile Dysfunction of the Mexican Society of Urology and for the Unit of Medical Investigation of the investigation company Gallup Mexico. A randomized sample was selected in urban population of three cities (Mexico City, Guadalajara and Monterrey), taking like base the social and demographic data of the National Census, with an interviewed total of 1,513 subjects.

Results: The total prevalence of erectile dysfunction for this age group was of 9.7%: 7.9% corresponded to low erectile dysfunction, moderate 1.2% and severe 0.6%. In connection with the perception that the interviewees had about their ejaculation, it was found that 80.2% referred it as normal, 12.8% as precocious and 7.0% as slowed. Of the social and demographic variables, of comorbidity and life stylus factors, the basic education only showed a dependence, at the expense of people with primary education, in the categories of light and severe erectile dysfunction. The subjective answers about their capacity to have an erection and to experience orgasm, as well as on the evaluation of their emotional state, were variable that allowed to make a correct prediction.

Conclusions: The erectile dysfunction is product of a wide variety of conditions and it turned out to be a good symptomatic indicator of other aspects of the individual's life. The prevalence of this problem in this age group was important.

KEY WORDS: Erectile dysfunction, Mexico, young adults, sexuality.

REFERENCIAS

- Ugarte-y-Romano F, Barroso-Aguirre J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Rev Mex Urol* 2001; 61: 63-76
- Morley JE. Impotence in older men. *Hosp Practice* 1988; 23: 139-42.
- Laumann EO, Paik AMA, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
- Morillo L. V Reunión de la Sociedad Latinoamericana para el estudio de la impotencia (SLAI) Oct. 1999.
- NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence. *JAMA* 1993; 270: 83-90.
- Parazzini F, Menchini FF, Bortolotti, AC, Chatenoud EC. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Europ Urology* 2000; 37: 43-9.
- Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* 1998; 27: 295-307.
- Virag R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet* 1982; 2: 938.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G: International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-30.
- Méndez-Castellano H, de Mendez MC. Validaciones estadísticas del método Graffar-Méndez Castellano (VII). En: *Sociedad y Estratificación*. Editado y publicado por Fundacredesa. Caracas, Venezuela. 1994.
- Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina study. *J Urol* 2001;166: 569-75.