

11226

I



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UMF #34 GUADALAJARA JALISCO

INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA
EN EL CONSULTORIO 21 TURNO VESPERTINO
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 34

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. JOAQUÍN LÓPEZ

UMF No. 34
ADMINISTRACION

GUADALAJARA JALISCO

2005

m 347628



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

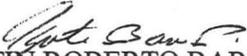
INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOAQUÍN LÓPEZ

AUTORIZACIONES:


DR. AGUSTÍN ROBERTO BARRERA PARRAGA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF # 34 EN GUADALAJARA JALISCO


DR. JUAN DE DIOS BRISEÑO MORALES
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR


DR. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION

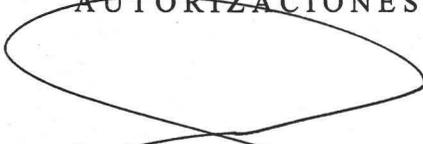

DR. HECTOR RAMON MARTÍNEZ RAMÍREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

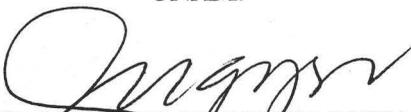
PRESENTA:

DR. JOAQUÍN LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.



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

INCIDENCIA EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES

CON VIDA SEXUAL ACTIVA

CONSULTORIO 21 TURNO VESPERTINO

UMF #34 GUADALAJARA JALISCO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
 POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ÍNDICE

Título.....	4
Índice general.....	5
Introducción.....	6
Marco teórico (marco de referencia o antecedente).....	7
Planteamiento del problema.....	37
Justificación.....	38
Objetivos.....	39
- General.....	39
- Específicos.....	39
Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	39
Metodología.....	40
- Tipo de estudio.....	40
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	40
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	40
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	40
- Información a recolectar (variables a recolectar).....	40
- Método o procedimiento para captar la información.....	41
- Consideraciones éticas.....	41
Resultados.....	45
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	45
- Tablas (cuadros) y graficas.....	45-53
Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	54-55
Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	56
Resumen.....	57
Referencias Bibliografías.....	59-60
Anexos.....	61-62

I.- INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos:

La primera descripción de la disfunción eréctil se encontró en un papiro egipcio de aproximadamente 2000 años antes de cristo. Se describieron dos tipos de disfunción: impotencia natural, en la cual el hombre era incapaz de culminar el acto sexual, y la impotencia sobrenatural, como resultado de acción del demonio y brujería. Posteriormente, *Hipócrates* describió la impotencia masculina en pacientes ricos de la ciudad y concluyó que la causa era el exceso de montar a caballo. A los pobres no les afectaba, pues ellos viajaban a pie. Aristóteles dijo que los nervios del pené llevaban espíritu y energía para la erección, y que ésta era debida a insuflación de aire. Su teoría fue bien aceptada hasta que en 1505, Leonardo da Vinci notó una gran cantidad de sangre en el pené erecto de un hombre ahorcado. Sin embargo, sus escritos fueron mantenidos en secreto hasta el inicio del siglo XX.

Marco teórico

Disfunción sexual

Secreto de alcoba.

Uno de los problemas de pareja que muchos callan es el de la disfunción eréctil. El secreto no sale de la alcoba hasta que la situación llega a ser insostenible y se empieza a hablar del divorcio.

Se estima que el 30% de la población masculina en México presenta algún problema de erección, de la cual no se habla, ni se recurre al médico por vergüenza y timidez.

Pero esta situación no es privativa de los mexicanos, en Estados Unidos hay alrededor de 30 millones de hombres que la padecen.

Estudios realizados en Europa, Asia, Australia y la Unión Americana establecen que el 50% de los casos se presentan por trastornos psicológicos, mientras que el resto obedecen a factores orgánicos. Donde lo único bueno es que en la mayoría de los casos, estos trastornos se pueden tratar. (1)

Otra alternativa para el tratamiento de la disfunción eréctil mal llamada impotencia, existe varias alternativas, siempre y cuando se recurra al urólogo cosa que muy pocos hacen.

El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos señala que solo el 10% de los varones acuden al medico en busca de una alternativa.

Durante la pasada convención anual de la Asociación Estadounidense de Urología en Atlanta, se presentaron los resultados de un estudio clínico que demuestra una tasa de respuesta del 81% con el polvo estéril alprostadil inyectable en hombres que anteriormente no habían obtenido los resultados deseados con otras terapias.

En este estudio participaron hombres a partir de los 18 años con un historial documentado de más de 4 meses de disfunción eréctil con una relación sexual estable que no habían respondido con tratamiento farmacológico.

La duración del estudio fue aproximadamente 10 semanas, la verificación de la falta de respuesta al tratamiento oral se limito a 2 semanas, mientras que la evaluación de la eficacia de la inyección y el periodo de titulación de las dosis fue de 3 semanas, los resultados según la investigación fueron que el 81% de los pacientes tratados respondieron a esta terapia.

Al menos ya existe otra alternativa para personas con disfunciones psicológicas y orgánicas, basta con que se acerquen al urólogo y empiecen su tratamiento si lo hacen la vida realmente les cambiara (1)

Salud sexual

Mucho se ha trabajado en la salud sexual tratando de darle la importancia que se merece como las otras áreas de la salud. Con frecuencia se vive la sexualidad como un capítulo aparte, como algo referente a las relaciones sexuales que deben cumplirse una o dos veces a la semana, al mes o incluso menos, otras veces se vive como un mal necesario. La sexualidad es una parte fundamental en la vida de los seres humanos, una parte que podemos darnos cuenta o no, pero la vivimos cotidianamente hombres y mujeres de todas las edades.

La salud sexual sin embargo cuando no es alcanzada por los individuos de una sociedad, repercute de muchas formas en la vida manifestándose con ansiedad, depresión, insatisfacción, frustración y violencia entre otras formas. Por estas razones un grupo de mujeres y hombre en México y otros países, y nosotros el día de hoy, trabajamos para darle la importancia que merece dentro del capítulo de la promoción de la salud. (2)

La salud sexual abarca mucho más que la ausencia de enfermedad en las áreas genital o reproductiva. En reuniones de organismos internacionales coincidieron en integrar a la salud sexual dentro del concepto de salud reproductiva. Haciendo un poco de historia, en 1975 la OMS definió a la salud sexual como: “La Integración de los Aspectos Somáticos, Emocionales, Intelectuales y Sociales del ser humano”, para 1994 la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, llevada a cabo en el Cairo, Egipto y en 1995 la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”, llevada a cabo en Beijing, China, fueron explícitamente reconocidos los derechos reproductivos de hombres y mujeres de todas las edades, razas y condición social, y fueron finalmente incluidos “como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”. “En estos documentos se señala que la salud sexual esta encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

En el mes de mayo del 2000 se reunieron en la ciudad de Guatemala la Organización Panamericana de la salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), en asociación con la organización mundial de sexología (WAS) para tener acuerdos sobre la promoción de la salud sexual con sus

recomendaciones y acciones. En esta reunión el término de salud sexual quedó definido así: “La salud sexual es la experiencia de un proceso progresivo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”. Se hace evidente la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que estimulan un equilibrio personal y social armonioso, que enriquece la vida individual y social. (2)

Pareja y alteraciones del erotismo.

Cuando se afecta el vértice del triángulo del amor, particularmente los elementos psicofisiológicos de la satisfacción del deseo, excitación y orgasmo, se altera uno de los aspectos más importantes del vínculo de la pareja: La vida erótica.

Si bien las alteraciones del erotismo no son el único daño que la salud sexual de la pareja puede sufrir, probablemente es el más importante, cualquier alteración del erotismo es por definición un problema de la pareja, aunque esta no sea estable, pues aunque sea una persona la portadora del trastorno del erotismo, invariablemente repercute en la dinámica de relación de pareja.

En 1994 los sexólogos William Masters, Virginia Johnson y Robert Kolodny alistaron algunas de las formas que suelen bloquear el erotismo:

1. - la costumbre de tener relaciones sexuales solo en el momento oportuno.
2. - la falta de privacidad.
3. - los límites que imponen el tiempo y el cansancio.
4. - la noción falsa de que el placer de la otra persona es mi responsabilidad.
5. - la idea de que el sexo es una cuestión seria.
6. - la convicción errónea de que solo el varón goza del acto sexual.
7. - falta de atención a la sensibilidad de la pareja.
8. - el mito de que la satisfacción sexual es solo para gente joven y atractiva.
9. - pensar, distraerse o preocuparse durante el acto sexual.
10. - enojo con la pareja sin expresarlo verbalmente

Los elementos bloqueadores del erotismo pueden evolucionar a situaciones de mayor severidad, instalándose entonces las disfunciones eróticas. Clínicamente, estas son síndromes persistentes que alteran negativamente el deseo, la excitación o el orgasmo/ eyaculación.

Las disfunciones de la vida erótica pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: por su presentación, en primarias y secundarias. Las primeras son las que están presentes desde el propio inicio de la vida erótica, las segundas, aquellas que se presentan después de un periodo de funcionamiento adecuado.

Por su etiología, las disfunciones eróticas pueden ser: orgánicas, psicológicas, socioculturales y mixtas, según tengan, respectivamente un origen físico, emocional, por influencia del aprendizaje y el entorno social o bien, cuando son el resultado de una combinación de etiologías. (3)

Algunos autores consideran una quinta etiología: problemas de la dinámica de la pareja, sin embargo, en mi experiencia los conflictos de pareja constituyen un autentico cocktail en el que participan factores socioculturales, psicológicos y orgánicos, así como el desequilibrio de uno o más de los vértices del triangulo del amor.

Por otro lado, las disfunciones eróticas pueden ser selectivas cuando se presentan con alguna(s) persona(s), y con otro no y otras situacionales, cuando su aparición depende de factores circunstanciales tales como lugar y tiempo.

Existen diversas clasificaciones de las disfunciones eróticas que atiende la fase de la curva de la respuesta sexual en la que surjan. Siguiendo mi experiencia clínica y un criterio didáctico para su mejor comprensión, ofrezco las siguientes clasificaciones:

Fase	Disfunciones
Deseo	Deseo hipoactivo/ inhibido Aversión/ fobia sexual Disrritmia sexual
Excitación	Hipo lubricación vaginal Disfunción eréctil
Excitación incrementada preorgasmia (Meseta)	Eyaculación retardada Eyaculación inhibitoria Eyaculación precoz
Orgasmo	Anorgasmia Orgasmo rápido

Clasificación y elementos para el diagnóstico.-

Desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, el Holón del erotismo se refiere a la capacidad humana para experimentar el placer sexual,

disfrutar subjetivamente del deseo la excitación y el orgasmo. Estoy de acuerdo con quienes dicen que el placer sexual es una experiencia única en la vida. Para experimentarlo requerimos un cuerpo más o menos sano sin grandes interferencias con los mecanismos fisiológicos del erotismo.

Etiología y clasificación

Las clasificaciones de los síndromes de disfunción sexual que maneja La Asociación Mexicana para la Salud Sexual a.c. (AMSSAC), que se hace con base en el modelo multidimensional propuesto por la Dra. Kaplan y modificada por Bancroft en 1983. Kaplan propone un modelo de respuesta sexual de tres fases: deseo, excitación y orgasmo, en cada una de las fases se presentan respuestas psicofisiológicas más o menos independientes.

La primera clasificación de las d.s. Es en la temporalidad:

Primarias cuando desde el inicio de la vida sexual han presentado alteraciones en un o varias de las fases de respuesta sexual o secundaria cuando después de haber tenido una respuesta sexual adecuada empieza a disfuncionar.

En la dimensión de la temporalidad: globalidad/ situacionalidad, los síndromes los podemos clasificar como:

Globales cuando se presentan en todas las circunstancias que vive el paciente
o Parciales cuando no hay disfunción en el autoerotismo pero sí en la relación
con la pareja.

También pueden ser selectivas cuando solo fallan con una pareja en particular
y con otras no. (4)

Etiología

Es difícil hablar de etiología en las disfunciones sexuales porque pueden
ser múltiples las causas que las originan, tanto biogénicas como psicógenas,
por eso se le ha denominado síndromes y no enfermedades, ya que en estas
últimas hay una etiología y una fisiopatología conocida.

Ante una disfunción sexual estudiamos no solo los aspectos biológicos
y de salud sino que incluimos el estudio de la identidad de género, la
construcción de vínculos afectivos y la conducta sexual de las personas.
Algunos de los requisitos para que la respuesta erótica se presente son la
integridad anatómica, neurológica, endocrina, cardiovascular y metabólica del
organismo y la ausencia de interferencia de fármacos, drogas, tabaco y
alcohol.

Entre las causas de origen psicógeno Kaplan propone:

Causas inmediatas: del aquí y el ahora, es decir en el momento mismo de la relación erótica y causas profundas que a su vez pueden ser: intrapsíquicas o del desarrollo: tiene que ver con la educación que se tuvo, el aprendizaje de la masculinidad y la feminidad, la identidad sexual, las experiencias traumáticas de la infancia, la orientación erótica, etc., y las diádicas: que se refieren al espacio de pareja como se relacionan, como viven la intimidad y el erotismo, ¿hay culpa?, ¿Hay agresión física o verbal etc.?

Disfunciones de la fase de excitación sexual

Síndrome de excitación sexual inhibida en hombres.

Con disfunción eréctil: desde hace tiempo sabemos el impacto que la pérdida de la capacidad eréctil tiene sobre los hombres y la virilidad. Actualmente este síndrome ya no se conoce como impotencia por lo devaluado del término, lo conocemos como disfunción eréctil. Esta se define como la incapacidad persistente para alcanzar y/o mantener una erección suficiente para lograr una actividad sexual satisfactoria. Hay que mencionar que una falla en la obtención de la erección no es una disfunción pero si cuando se presenta en un 25% de los intentos o mas (GINDIN). La prevalencia de la disfunción eréctil en México en varones entre 40 y 70 años

de edad se encontró en un 55% de los entrevistados, siendo la disfunción eréctil leve la más frecuente (capítulo de disfunción eréctil de La Sociedad Mexicana de Urología A.C., enero a abril del 2000) los factores de riesgo asociados fueron tabaquismo, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, ulcerosas y prostáticas. (4)

Actualmente sabemos que la etiología de la disfunción eréctil es en el 85% de los casos de origen biogénico (Kaplan) a diferencia de lo que se pensaba anteriormente por ello exige un estudio completo de los pacientes para descartar o confirmar alguno de estos problemas y ser tratados. Los pacientes que han sufrido fallas persistentes en la erección, frecuentemente presentan depresión, ansiedad, conflictos de pareja, sentimientos de minusvalía e inseguridad en su virilidad y masculinidad, por ello que se requiere un tratamiento integral y en pareja.

Disfunción de la fase del orgasmo.

Síndrome de eyaculación precoz

Es una de las más frecuentes entre los varones y consiste en la pérdida del control reflejo eyaculatorio. La etiología más frecuente, cuando es

Primaria es una falla en el desarrollo erótico en donde hay muy poco reconocimiento de las sensaciones corporales. La presencia de ansiedad o la prisa durante las primeras experiencias sexuales tanto en pareja como en autoerotismo, marca un mal aprendizaje de la respuesta erótica. Cuando la disfunción es secundaria orienta hacia la biogenidad como en los casos de problemas circulatorios arteriales, uretritis y epididimitis, el uso de algunos fármacos etc.

Síndrome de eyaculación retrógrada

Cuando el semen corre hacia la vejiga y no hacia el exterior se llama eyaculación retrógrada. La mayoría de las veces es de origen biogénico, se puede observar en pacientes diabéticos con el uso de algunos psicofármacos y posterior a una prostatectomía. Con frecuencia las sensaciones placenteras del orgasmo se mantienen. (4)

Abordaje y diagnóstico de la disfunción eréctil

La búsqueda de solución para el problema de la disfunción eréctil, tiene que enfrentarse a barreras de diversa índole que la dificultan, algunas de ellas son inherentes al propio paciente que tiene que enfrentarse a una situación en

La que siente perdida la imagen que el mismo ha construido de sí mismo y de su hombría, disminución de su autoestima, vergüenza para comentar algo tan íntimo a un desconocido y también de que alguien más se pueda enterar y se divulgue que existe un daño en esa imagen que intenta proyectar a los demás y finalmente ignorancia de que existen soluciones para la disfunción eréctil.

A pesar de su información el médico también pone barreras para el abordaje y diagnóstico de la disfunción eréctil, ya sea porque ver a un paciente le consume mucho tiempo, por falta de interés en el tema o no sentirse cómodo con el mismo o sienta que le falta información al respecto y en muchos de los casos por anteponer sus propios prejuicios sexuales a la problemática del paciente.

Por todo lo anterior es necesario desarrollar la sensibilidad de atender a este tipo de pacientes, hablar con naturalidad de este tema que también es natural, alentar el uso de un lenguaje coloquial para dar confianza al paciente y que sienta que en cualquier forma que se comunique podrá ser entendido, no convirtamos en jueces de la sexualidad de nuestros pacientes. Con frecuencia el paciente hace algún comentario esperando que el médico profundice y lo lleve a abordar el tema de la disfunción eréctil, por lo que hay que estar pendiente de captar estas indirectas. El paciente espera que algo tan delicado

para él sea tratado con seriedad y confidencialidad, hay que evitar las interrupciones telefónicas o entradas de otras personas al consultorio y con ello ayudar a que se genera un ambiente de confianza para establecer la comunicación necesaria.

Sin embargo la piedra angular del diagnóstico, igual que cualquier otro padecimiento, es la historia clínica completa en la que se tenga especial cuidado de consignar en el hospital, médico de existencia de aspectos cardiovasculares como: hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedad aórtica, hiperlipidemia, enfermedades arteriales periféricas oclusivas. Los aspectos metabólicos deben contemplar diabetes, hipogonadismo, insuficiencia renal, enfermedad hepática, patología tiroidea. En el área respiratoria es conveniente descartar la enfermedad obstructiva de vías aéreas y la apnea del sueño. Es indispensable investigar el aspecto neurológico investigando la existencia de esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, insuficiencia isquémica transitoria, Alzheimer, epilepsia, poli neuropatía, tumor cerebral, tumor medular.

Los padecimientos psiquiátricos tienen una represión directa con la sexualidad y por ello es necesario saber de la existencia de la esquizofrenia,

depresión, trastornos obsesivos / compulsivos, así como también el antecedente de trauma y de abuso sexual.

En ocasiones los traumatismos medulares, pélvicos, del perine o genitales también pueden llevar al paciente al desarrollo de la disfunción eréctil por lo que es necesario investigarlo. (5)

Es importante investigar no-solo lo que sucede con la erección, sino todo lo que rodea a la erección así que debemos incluir en nuestro interrogatorio respecto de la función eyaculatoria orgásmica, y conocer de la salud en general y sexual de la pareja, así como saber si el problema se presenta con otras relaciones ajenas a su pareja habitual etc.

Una herramienta útil, es el uso del Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), que es un cuestionario validado en los diversos países que consta de 15 preguntas y que evalúa además de la función eréctil la función orgásmica, el deseo sexual, la satisfacción de la actividad sexual global.

En ocasiones se opta por utilizar un cuestionario mas reducido que es El Inventario de Salud Sexual o (IIFE-5), que consta de solo 5 preguntas relativas a la capacidad de lograr y mantener la erección y que permiten otorgar una puntuación donde la calificación menor a 21 es considerada como diagnóstico

de disfunción eréctil. Por otra parte ambos cuestionarios permiten monitorear el resultado obtenido con el tratamiento y compararlo con el estado inicial.

La exploración física indispensable en la historia clínica debe contemplar obligadamente la toma de la presión arterial, auscultación cardiorrespiratoria, evaluación neurológica y vascular básicas, inspeccionar el área genital y evaluar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Los estudios de laboratorios que normalmente son solicitados incluyen glicemia, testosterona y prolactina sericas, así como perfil de lípidos.

Generalmente una vez realizada la historia clínica completa y evaluados estos estudios de laboratorio, se puede optar por realizar una prueba farmacológica con fármacos vasoactivos orales y mantener el tratamiento o escalar otras alternativas de acuerdo a resultados.

Los estudios especializados generalmente se contemplan en casos seleccionados y que incluyen fracaso al tratamiento, falta de respuesta posterior a una buena respuesta. , Solicitud del paciente, trastorno hormonal y neurológico, que pudieran llevar otra secuencia de tratamiento y entre ellas destacan una gran variedad de estudios que pudieran irse seleccionando de acuerdo a las características del problema y del paciente.

En algunas condiciones donde se determina un daño neurológico, puede indicarse un electro miografía, potenciales evocados y determinar la severidad del daño neurológico y su posibilidad de rehabilitación.

Es importante que la evaluación de la disfunción eréctil no se concluya terminantemente con nuestro primer abordaje, se define sobre la base del seguimiento de su evolución y a la evaluación de los resultados obtenidos con el tratamiento.

Finalmente es recomendable que insistamos que el paciente entienda antes de salir de nuestro consultorio que la disfunción eréctil es un problema muy frecuente, que tiene un impacto negativo en la calidad de vida y la relación de pareja que es corregible y que requiere una búsqueda de solución individualizada por lo que su actitud participativa es fundamental. (5)

Causas, incidencia y factores de riesgo

La disfunción sexual puede estar presente durante toda la vida o puede desarrollarse después de haber experimentado respuestas sexuales normales.

El deterioro puede desarrollarse de forma gradual con el tiempo o puede ser repentino y presentarse como una disfunción total o parcial en una o más etapas del ciclo de respuesta sexual. La causa de la disfunción sexual puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales engloban los problemas interpersonales como desarmoniza en la relación marital o falta de confianza y comunicación abierta en la pareja, y los problemas psicológicos propios del individuo como la depresión, miedos o culpas sexuales, trauma sexual previo, entre otros.

Los factores físicos son las drogas (alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, antihipertensivos, antihistamínicos, o la mayoría de las drogas psicoterapéuticas), un factor común en todas las edades, complicaciones relacionadas con una cirugía de la espalda, la próstata o vascular, problemas neurológicos causados por un trauma o enfermedades, los tumores y la sífilis terciaria, insuficiencia de diferentes sistemas de órganos, trastornos endocrinos y algunas anomalías fetales. (6)

Los trastornos de disfunción sexual tienden a ser clasificados en cuatro categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastorno del orgasmo y trastornos del dolor sexual.

Las disfunciones sexuales son más comunes en los primeros años de la vida adulta, cuando la mayoría de las personas se preocupan por dichas condiciones a finales de sus 20 años hasta principios de los 30. La incidencia aumenta de nuevo en la población geriátrica, cuando el inicio gradual de los

Síntomas tiende a estar asociado, mas comúnmente con las causas orgánicas de la disfunción sexual.

El incremento del riesgo esta asociado con antecedentes de diabetes mellitus, trastornos neurológicos degenerativos, problemas psicológicos crónicos, consumo de alcohol y abuso de drogas, dificultad para mantener una relación o una desarmonia crónica con la pareja sexual actual.

Prevención.

Una comunicación abierta, informativa y precisa sobre los problemas sexuales y la imagen corporal entre la pareja y sus hijos puede evitar que los niños desarrollen ansiedad o culpa por el sexo y lleven esas respuestas emocionales a su vida de adulto. (6)

Evitar el mal uso o abuso de drogas pueden prevenir la disfunción sexual relacionada con dichas actividades.

Pronóstico.

Él pronóstico depende de la disfunción sexual que se presente. En términos generales él pronóstico es bueno en los casos de disfunciones físicas (causa orgánica) que producen condiciones tratables o reversibles. Sin embargo se debe acotar que muchas de las causas orgánicas no responde a los

tratamientos médico o quirúrgico. Los problemas sexuales funcionales producto de problemas en la relación o de factores psicológicos, tienen pronósticos que pueden ser buenos temporalmente, una disfunción leve asociada con factores estresantes situacionales o falta de información precisa. No obstante los casos asociados con relaciones que experimentan un mal funcionamiento crónico o problemas psiquiátricos profundos no suelen tener resultados positivos. (6)

Los trastornos de disfunción sexual se clasifican por lo general en cuatro categorías, trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastorno del orgasmo y trastorno de dolor sexual.

Los trastornos del deseo sexual o disminución de la libido pueden tener una causa hormonal por una disminución en el nivel normal de estrógenos (en mujeres) o de testosterona (en hombre y mujeres) otras causas pueden ser la edad, la fatiga, un embarazo, medicamentos, es bien conocido que los antidepresivos entre los que están fluoxetina, sertralina y paroxetina reducen el deseo sexual en hombres y mujeres o condiciones siquiátricas como depresión y ansiedad (7)

En general los hombres se sienten avergonzados o se niegan a discutir problemas sexuales con su médico. Esto puede provocar una ansiedad innecesaria y una demora en el tratamiento.

Si un hombre no puede tener y mantener una erección con la rigidez necesaria para llevar a cabo el acto sexual se dice que es impotente. Todos los hombres sufren ocasionalmente de disfunción sexual, pero cuando se hace más frecuente o crónica la disfunción sexual se convierte en impotencia.

Muchos hombres sufren ocasionalmente impotencia. Esto se puede resolver modificando los hábitos de la vida. A medida que el hombre envejece, necesita una estimulación mayor para alcanzar la erección y más tiempo entre erecciones. Sin embargo la impotencia no es una consecuencia de la edad avanzada.

Las causas más comunes de la impotencia ocasional, variedad de razones entre las causas físicas figuran:

Enfermedades cardiovasculares

Hormonales

Diabetes

Lesiones en la médula

Esclerosis múltiple

Otras enfermedades neurológicas

Algunas operaciones de cáncer del recto, la próstata o vejiga.

Si la causa de la impotencia son algunos medicamentos, bastara con modificar la dosis o recetar otro. Algunas formas de impotencia no son curables. Una de ellas es la que resulta de los nervios y arterias lesionadas por la diabetes. La impotencia causada por lesión de nervios debidos a ciertas operaciones de próstata y vejiga también es reversible. En estos casos tal vez la mejor solución sea implantar un dispositivo en el pené que permita la erección. (8)

Tipos de disfunción sexual masculina

Líbido

Eyaculación

Disfunción eréctil

Una combinación de las anteriores.

La reducción de la libido puede tener causas orgánicas o psicológicas. A menudo se acompaña de niveles reducidos de testosterona y aumentados de prolactina que pueden ser primarios o secundarios. También se puede relacionar con problemas psicológicos, dificultades para las relaciones, enfermedades y uso de determinadas drogas.

Los problemas de eyaculación pueden ser prematuros, retrasados o retrógrados. La eyaculación precoz es más frecuente en varones jóvenes que en los mayores suele desaparecer o disminuir con la edad y la experiencia sexual. La definición de eyaculación es muy discutible pero se puede asumir como la eyaculación a los dos minutos de la penetración vaginal.

La eyaculación retrasada o aneyaculación se deben a causas psicológicas, neurológicas o médicas. La eyaculación retrógrada se produce en alteraciones neurológicas, especialmente en la neuropatía diabética o la complicación de la resección transuretral.

La disfunción eréctil es el problema sexual más común del varón: afecta del 80% al 85% de los varones que buscan ayuda sexual. La disfunción eréctil es la incapacidad para alcanzar y mantener la erección durante suficiente tiempo y con la firmeza adecuada para realizar el coito vaginal. En la disfunción Masters y Johnson incluyeron el hecho de que en el 25% de los intentos

Sexuales se fracasaron lo que significa que el varón puede fallar en la función eréctil sin que sea anormal. (9)

La viagra es un medicamento no un milagro.- la impotencia sexual o disfunción eréctil últimamente en boca de todos por la aparición de la viagra puede definirse como la incapacidad para conseguir una erección que posibilite el coito.

Esta disfunción es tan notable que repercute en la calidad de vida de muchas personas, afecta con severidad variable, al 15% de la población masculina de 40 a 70 años y al 52% de los mayores de 70 años. (10)

Abordaje psicoterapéutico de las disfunciones sexuales en el hombre

Desde épocas remotas el hombre ha mostrado preocupación por mejorar su funcionamiento sexual. La proliferación de remedios, dietas afrodisíacas, curas mágicas como científicas para este problema son muestra del interés por mantener esta función humana sin alteración.

Recordemos que al hacerse hombre sedentario se generó la necesidad de restringir su actividad sexual con una sola pareja ya que así tenía la certeza de

Quienes eran sus hijos asegurando con ello, el heredar o transmitir los bienes que hasta su muerte hubiese podido acumular.

Por ello el presentar o sufrir alteraciones en su funcionamiento se consideraba una verdadera tragedia así lo atestiguan los escritos antiguos de médicos griegos, islámicos, talmúdicos, chinos, hindúes, prehispánicos etc.

Como era de suponerse su conocimiento sobre las diversas causas de disfunción era muy escaso y la mayoría de las veces erróneas.

La psicoterapia sexual

Actualmente se ha podido identificar que las principales causas de disfunciones sexuales en general, como de disfunción eréctil en particular pueden ser tanto biológicas como psicológicas.

Aun cuando hayamos podido identificar claramente que la causa de una disfunción sexual es orgánica o biológica la persona y su pareja inevitablemente sufren el impacto psicológico o emocional que la disfunción conlleva sobre todo cuando han adquirido conciencia de su circunstancia.

El abordaje del impacto psicológico o emocional es un aspecto relevante ineludible en el tratamiento integral de quienes padecen alguna disfunción sexual.

Las principales repercusiones a nivel psicológico o emocional que podemos observar son:

Disminución de su autoestima

Afecta su auto imagen

Ansiedad de desempeño primaria o secundaria

Depresión

Menor satisfacción

Conflicto en sus relaciones

Éxito terapéutico.

El éxito que podemos alcanzar conjuntamente con nuestros pacientes dependerá de:

Se acepte la presencia de disfunción sexual

El tratamiento es en pareja

Co-responsabilidad y disposición para el tratamiento

Siempre hay una opción de solución. (11)

Cuando el sexo no funciona

Disfunción sexual masculina.

Podemos definir el trastorno de la erección en el hombre como la incapacidad para obtener o mantener una erección suficiente para llevar a cabo

El coito. Esta es de todas maneras una definición arbitraria y a todas luces insuficientes. En realidad las situaciones susceptibles de ser englobadas dentro de un problema erectivo son tantas y tan variadas que hacen imposible una definición que las contemple a todas. Así puede darse una falta de erección parcial pero que permita el coito o puede ocurrir una falta completa de erección que no permita el coito pero que solo sea en una ocasión y que en todas las demás la erección sea correcta. El problema puede presentarse de forma recurrente a temporadas o bien persistir en el tiempo.

También puede ocurrir que aparezca solo en unas situaciones concretas y no en otras: por ejemplo algunos hombres pueden lograr buenas erecciones durante la masturbación pero no en las actividades sexuales con la pareja, otros con buen funcionamiento sexual con su esposa o pareja habitual pueden tener problemas en las relaciones sexuales extramatrimoniales.

Si el problema es global en cambio afecta de igual forma a las erecciones matutinas, las obtenidas a través de una masturbación y las de una actividad sexual de pareja, nos vemos pues obligados a poner un apellido al problema. Hemos de hablar de disfunción eréctil parcial o total recurrente o persistente, situacional o global etc. Etc.

Otro calificativo frecuentemente usado es el de primaria cuando el trastorno erectivo se da desde siempre y secundaria cuando aparece tras un periodo previo de buen funcionamiento sexual. Este segundo caso es mucho más frecuente.

Esta diversidad de situaciones y la dificultad de establecer criterios unificados ha comportado que los estudios sobre la incidencia del problema arrojen unos resultados muy dispares. Además el porcentaje también varía según el grupo de edad estudiado. Tomando datos de todos los grupos de edad y como criterio las dificultades erectivas en al menos el cincuenta por ciento de las ocasiones sexuales el porcentaje de incidencia en la población general más admitido es de un siete por ciento aunque si consideramos el porcentaje de hombres que han tenido alguna dificultad erectiva alguna vez en su vida, esa cifra alcanza casi el noventa por ciento.

Esta alta incidencia unida al significado tan peyorativo que representa el término impotencia han hecho de tal disfunción una de las más populares. La popularidad de todas maneras se ha visto apoyadas por una gran cantidad de mitos heredados de diversas épocas y culturas, basados en el culto al pené erecto. Estos mitos quedan reflejados en las numerosas creencias que dan por sentado que la masculinidad de un hombre reside en su capacidad y que el

Fallo de esta constituye un signo inequívoco de debilidad. Por todo ello la disfunción erectiva es posiblemente una de las disfunciones sexuales más difíciles de sobrellevar por los hombres que la padecen a quienes frecuentemente provoca frustrantes sentimientos de pérdida de su masculinidad.

Para entender mejor las causas del problema debemos comprender primero los mecanismos más íntimos que dan lugar al fenómeno erectivo.

A la búsqueda de los orígenes.

Ante un problema erectivo se impone llevar a cabo un repaso de la historia sexual, de cara a descubrir todos aquellos factores que han podido intervenir en la génesis de la disfunción. También habrá que comprobar que no haya ningún trastorno psíquico que esté manteniendo el problema, así como llevar a cabo una exploración orgánica básica que descarte una enfermedad importante. A partir de aquí el diagnóstico se centrará en discriminar hasta que punto el problema responde a causas orgánicas o psicógenas y para ello se dispone de numerosas pruebas específicas. El objetivo de todas ellas es mostrar, de forma objetiva la presencia de erecciones, ya que ello nos indicara que el aparato genital esta a nivel orgánico capacitado para tenerlas. Una de las exploraciones más usuales es la (12)

Determinación de la existencia de erecciones durante las fases del sueño. Esta prueba es útil dado que durante el sueño la mente no controla consciente la respuesta, con lo que se elimina el factor psicógeno. Por otra parte la erección ocurre de forma refleja de unas 5 a 6 veces por noche con una duración aproximada de 20 min. Cada erección. Para esta prueba se usan complejos aparatos que registran el número, la duración y la calidad de estas erecciones durante 2 o 3 noches seguidas. (12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de mis actividades médicas en el consultorio me llamo la atención que dentro de la consulta de varones con vida sexual activa (entendiéndose como vida sexual activa todo varón que haya iniciado con relaciones sexuales), un alto numero acudían solicitando atención sobre disfunción eréctil o cualquier otro tipo de disfunción sexual, por lo que me di a la tarea de investigar sobre este tema descubriendo que existe poca información científica sobre disfunción sexual en nuestro país siendo menor en el estado, ocasionándome problemas para asesorar y tratar a mis pacientes, por lo cual hice esta investigación para conocer la incidencia sobre dicha disfunción; basándome en la siguiente pregunta:

¿Conocer la incidencia de disfunción eréctil en pacientes con vida sexual activa en el consultorio 21 turno vespertino en la clínica 34 aplicando el cuestionario IIFE-5?

Justificación

Se estima que el 30% de la población masculina en México presenta algún problema de erección, de la cual no se habla, ni se recurre al médico por vergüenza y timidez.

Pero esta situación no es privativa de los mexicanos, en Estados Unidos hay alrededor de 30 millones de hombres que la padecen.

Estudios realizados en Europa, Asia, Australia y la Unión Americana establecen que el 50% de los casos se presentan por trastornos psicológicos, mientras que el resto obedecen a factores orgánicos.

Actualmente se ha podido identificar que las principales causas de disfunciones sexuales en general, como de disfunción eréctil en particular pueden ser tanto biológicas como psicológicas.

Aun cuando hayamos podido identificar claramente que la causa de una disfunción sexual es orgánica o biológica la persona y su pareja inevitablemente sufren el impacto psicológico o emocional que la disfunción conlleva sobre todo cuando han adquirido conciencia de su circunstancia.

El abordaje del impacto psicológico o emocional es un aspecto relevante ineludible en el tratamiento integral de quienes padecen alguna disfunción sexual.

II.- EXPOSICIÓN GENERAL

Objetivos.

General: Determinar la incidencia de disfunción sexual eréctil en los pacientes con vida sexual activa del consultorio 21 turno vespertino en la clínica 34 del Instituto mexicano del seguro social.

Específicos:

A.- determinar la incidencia de disfunción sexual eréctil por grupos específicos de edad en los pacientes con vida sexual activa del consultorio 21 turno vespertino en la clínica 34 del instituto mexicano del seguro social.

B.- Comparar la incidencia de disfunción sexual eréctil encontrada en este estudio contra la reportada.

Hipótesis.- No se requiere

III.- METODOLOGÍA

Tipo de estudio.- Observacional, descriptivo de intervención poblacional.

Universo de trabajo.- Todos los hombres que acudan a consulta con vida sexual activa entendiéndose como todo varón que haya iniciado con relaciones sexuales atendidos en el consultorio 21 Turno Vespertino de la UMF 34 del IMSS. Excluyéndose los varones con patología como ser diabético, hipertenso y con tratamientos antidepresivos, ya que dichas enfermedades y tratamientos son factores que influyen sobre la calidad de la erección ocasionando sesgo en los resultados.

Técnicas para controlar las diferencias entre los sujetos de estudio y situacionales. Se incluyeron todos los hombres con relaciones sexuales que acudieron al consultorio 21 Turno Vespertino de la UMF 34 del IMSS, hasta concluir el estudio.

Criterios de inclusión:

Hombres con vida sexual activa

Que acuden por cualquier motivo en el período de enero a octubre del 2004.

Que tengan o no-disfunción sexual eréctil.

Criterios de exclusión:

Hombres en tratamiento con antidepresivos

Hombres con diabetes mellitus

Hombres en tratamiento con antihipertensivos

Hombres que no deseen se les aplique el cuestionario IIFE-5

Aspectos Éticos:

El presente estudio aborda rasgos específicos de la intimidad, previamente se le explicar los beneficios, su capacidad de negarse a participar y la confidencialidad de la misma por lo tanto cumple con la Ley General de Salud en materia de investigación, al considerarse una intervención de riesgo mínimo, además se apega a la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y por lo tanto no requiere de hoja de consentimiento informado.

IV.- TRATAMIENTO ESTADÍSTICO Y VARIABLES

Procedimiento para obtener la muestra

Se les aplico el cuestionario IIFE-5 a todos los hombres con vida sexual activa que acudieron a consulta al consultorio 21 Turno Vespertino de la Unidad de Medicina Familiar numero 34 del IMSS.

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

Determinación estadística del tamaño de la muestra

Tamaño del Universo	error máximo aceptable	porcentaje estimado De la Muestra	nivel deseado de confianza	tamaño de la muestra
1200	5%	10%	95%	132

Sistema de captación de la información:

Se anexa formato.

Análisis estadístico de la información obtenida.

Los resultados se presentaron como porcentaje de respuesta en cada grupo.

Se analizaron entre los grupos de encuestados las diferencias de los porcentajes de respuestas cercanas a los conocimientos biomédicos actuales, con análisis no paramétricos para muestras independientes.

Ámbito geográfico en que se desarrolla la investigación

En la consulta externa del consultorio 21 T/V de la UMF 34 del IMSS

Recursos humanos que se utilizan.

Un médico familiar del consultorio 21 T/V de la UMF 34 del IMSS

Recursos materiales que se utilizan.

El consultorio 21 de consulta externa de la UMF 34 del IMSS

Cuestionarios IIFE-5

Papelería: hojas blancas, plumas, lápices, cartucho de tinta para la impresora.

Una computadora e impresora con línea a Internet

Limite de tiempo en la investigación.

De enero a octubre del 2004.

Descripción del programa de trabajo.

El investigador responsable del estudio incluye a todos los pacientes varones con vida sexual activa que acudieron a consulta por cualquier motivo y que aceptaron participar en el estudio aplicándoles el cuestionario IIFE-5 a través de una entrevista.

Especificación de variables:

Variable independiente –edad en años	Variable dependiente
Confianza de mantener una erección	disfunción eréctil
Dureza del pené para penetrar	
Tiempo de mantener una erección	
Tiempo de erección para finalizar el coito	
Satisfacción al realizar el coito	

Así mismo se considera que hubo sesgo ya que varios pacientes al mirar un póster sobre Disfunción Eréctil solicitaron la información y el cuestionario para conocer si tenían o no el problema.

Variable independiente: Edad en años

Variable dependiente:

Disfunción eréctil	Dificultad de lograr y mantener una erección para realizar el acto sexual
Confianza de mantener una erección	Seguridad de lograr y mantener una erección
Dureza del pené para penetrar	Firmeza del pené para penetrar
Tiempo de mantener una erección	Minutos que mantuvo la erección
Tiempo de erección para finalizar el coito	Tiempo que le permitió finalizar el acto sexual
Satisfacción al realizar el coito	Que tan de su agrado fue el intentar el acto sexual

Según el cuestionario: IIF-5

Leve	17 a 21 puntos
Moderada	8 a 16 puntos
Severa	menos de 7 puntos

NARRACIÓN DE CAMBIOS E INCIDENTES

Ninguno

VI.- RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Se encuestaron 132 pacientes con vida sexual activa. Encontrando lo siguiente:

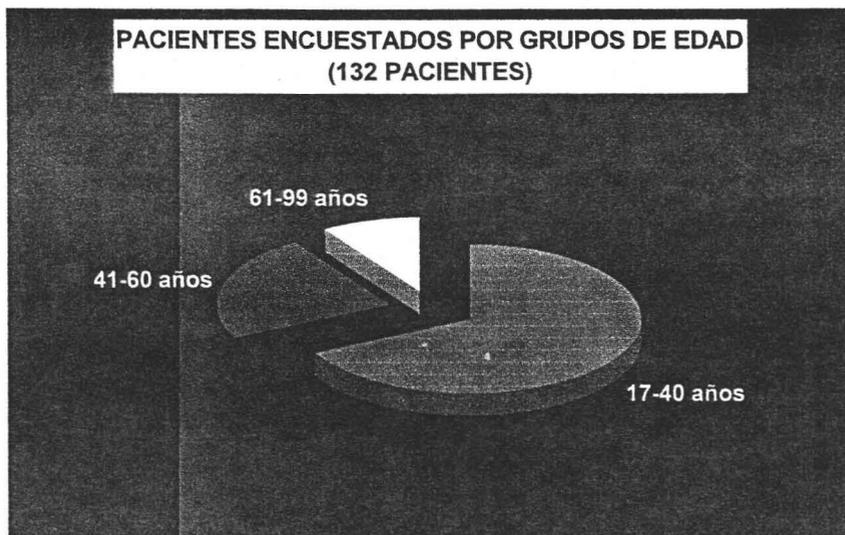
1. - Por grupos de edad se agruparon como sigue:

A) De 17- 40 años, 91 pacientes que equivalen al 67.4%

B) De 41 a 60 años, 27 pacientes que equivalen al 23.6%

C) De 61 y más años, 14 pacientes que equivalen al 9.0%

GRAFICO 1

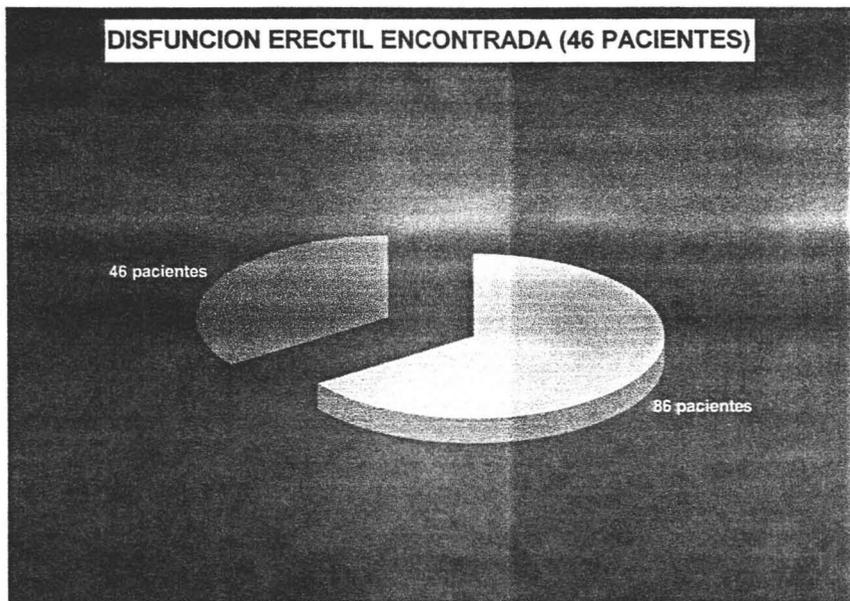


2. - Con una incidencia de:

A) 86 pacientes encuestados no presentaron ningún tipo de disfunción eréctil, que equivale a un 65.2% del total.

B) 46 pacientes encuestados con un 34% del total, presentaron algún tipo de disfunción eréctil siendo los siguientes:

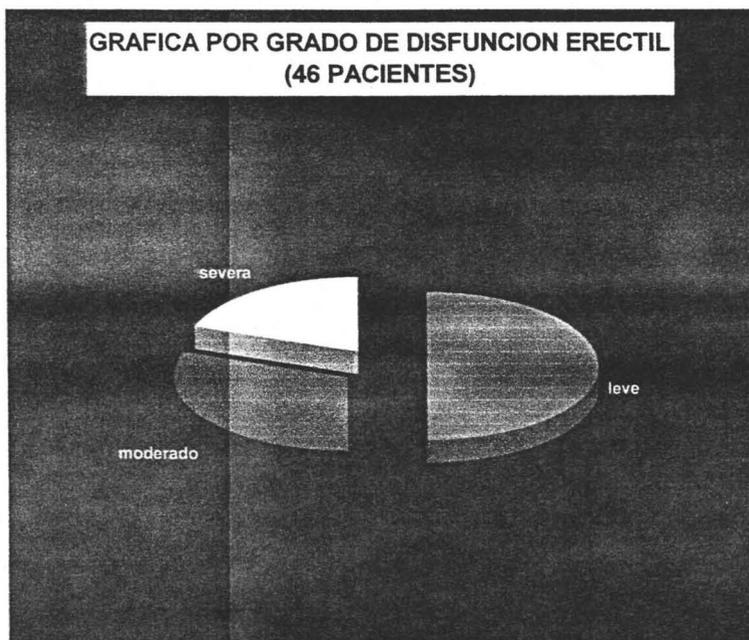
GRAFICO 2



De los 46 pacientes encuestados que mostraron disfunción eréctil, se encontró:

1. – Disfunción eréctil leve con 22 pacientes
2. – Disfunción eréctil moderada con 14 pacientes
3. – Disfunción eréctil severa con 10 pacientes

GRAFICO 3

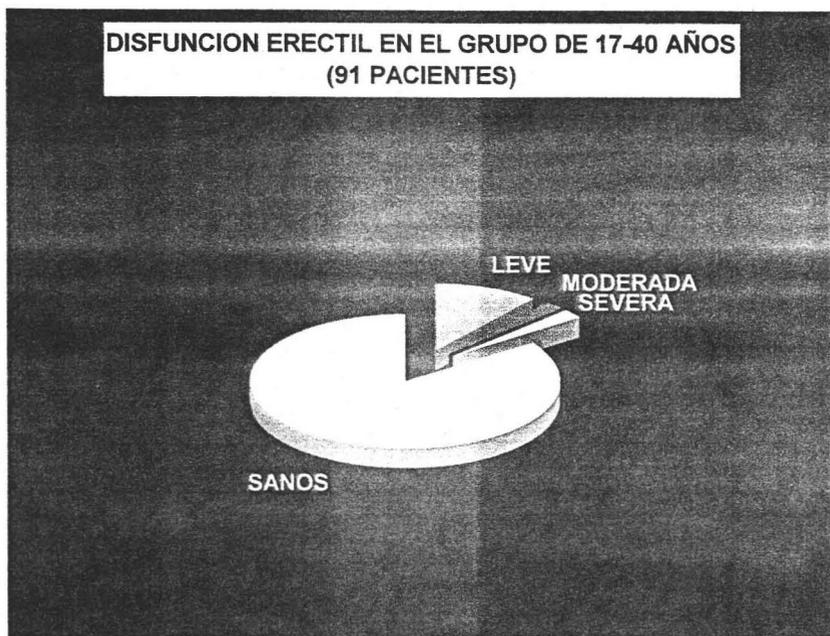


Con 132 encuestas contestadas con un valor máximo de 5 puntos en

Cada una de las variables tenemos:

Confianza de atener una erección	467 puntos	79.5%
Dureza del pené para penetrar	539 puntos	81.6%
Tiempo de mantener una erección	541 puntos	81.9%
Tiempo de erección p/ finalizar el coito	554 puntos	83.9%
Satisfacción al realizar el coito	568 puntos	86.0%

GRAFICO 4



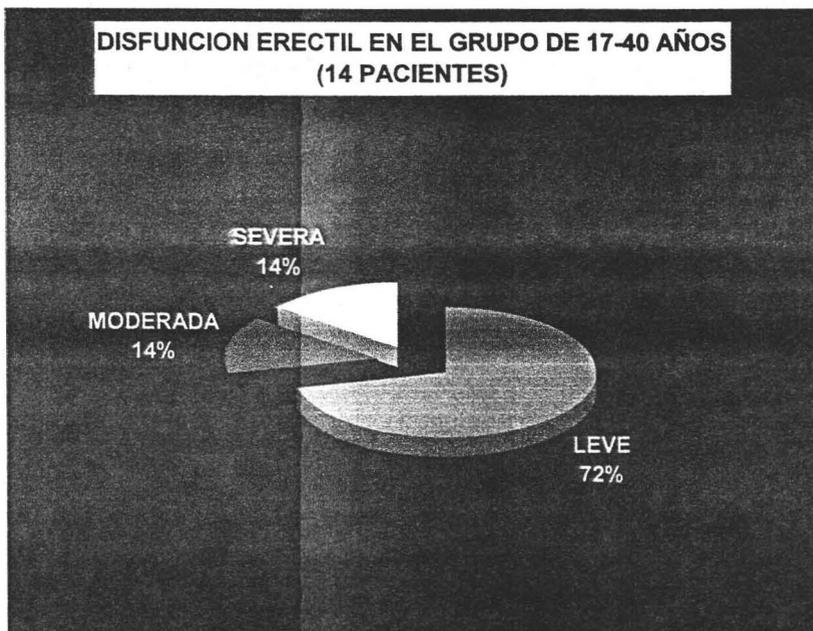
En el grupo de 17-40 años (91 pacientes) se encontraron 14 con disfunción eréctil clasificándose:

10 con disfunción eréctil leve que equivale al 10.9%

2 con disfunción eréctil moderada que equivale al 2.2%

2 con disfunción eréctil severa que equivale al 2.2%

GRAFICO 5



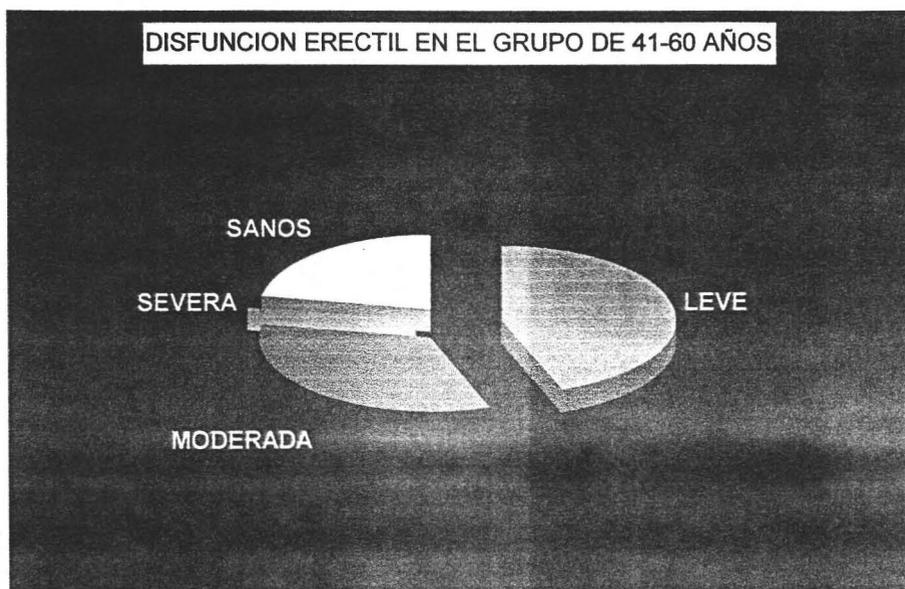
En el grupo de 17-40 años 14 pacientes con disfunción eréctil clasificándose:

Leve con 10 pacientes que equivalen al 72%

Moderada con 2 pacientes que equivalen al 14%

Severa con 2 pacientes que equivalen al 14%

GRAFICO 6



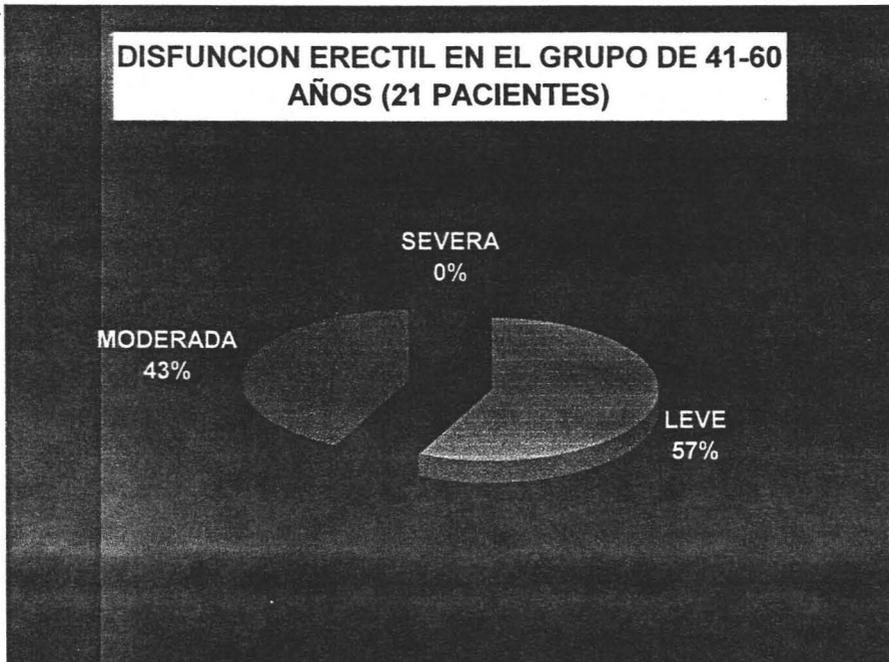
En el grupo de 41-60 años con 27 pacientes se encontraron:

12 con disfunción eréctil leve que equivale al 44.5%

9 con disfunción eréctil moderada que equivale al 33.5%

0 con disfunción eréctil severa que equivale al 0%

GRAFICO 7



En el grupo de 41-60 años se encontraron 21 pacientes con disfunción eréctil

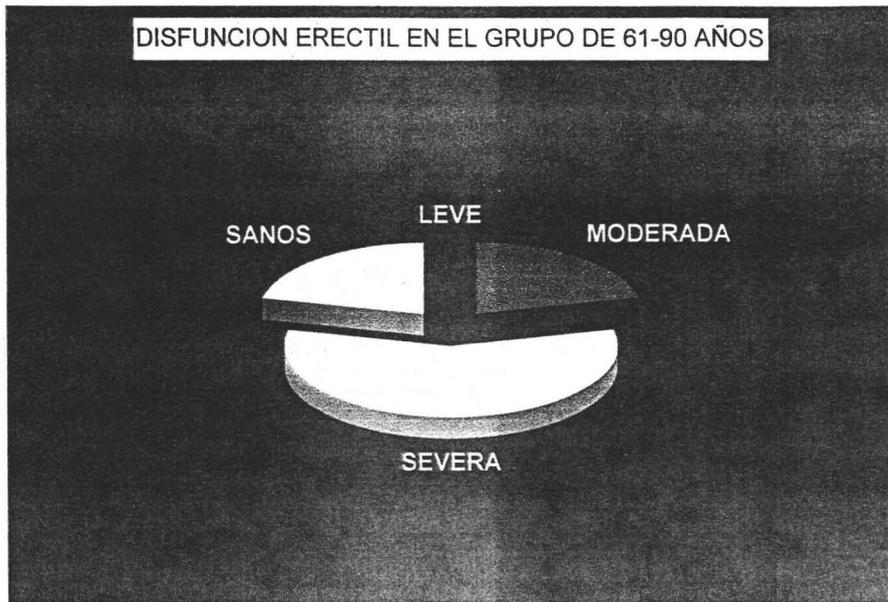
Clasificándose:

Disfunción eréctil leve 12 que equivale al 57%

Disfunción eréctil moderada 9 que equivale al 43%

Disfunción eréctil severa 0 que equivale al 0%

GRAFICO 8



En el grupo de 61 a 90 años se encontraron:

Disfunción eréctil leve 0 que equivale al 0%

Disfunción eréctil moderada 3 que equivale al 21.4%

Disfunción eréctil severa 8 que equivale al 57.1%

GRAFICO 9



En el grupo de 61 a 90 años se encontraron los siguientes:

Disfunción eréctil leve 0 que equivale al 0%

Disfunción eréctil moderada 3 que equivale al 27%

Disfunción eréctil severa 8 que equivale al 73%

VII.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La disfunción eréctil en el grupo de 18-40 años es producto de una amplia variedad de condiciones y resulto ser un buen indicador sintomático de otros aspectos del individuo. (13)

El estudio clásico ha sido el de Massachussets en los Estados Unidos sobre el envejecimiento masculino, el cual reporta un 52% de incidencia de algún grado de disfunción eréctil en la población estudiada de 1990 varones entre 40-70 años. (14)

La disfunción eréctil es producto de una amplia variedad de condiciones y es un buen indicador sintomático de otros aspectos de la vida de los individuos. La incidencia en este grupo de edad es muy importante. (15)

Por lo que se concluye que de cada 10 pacientes con vida sexual activa 3.5 presentaron algún grado de disfunción eréctil. Encontrando que a mayor edad mayor grado de disfunción eréctil, a excepción de dos pacientes menores de 40 años con disfunción eréctil severa, siendo con ello un problema de salud publica en nuestro medio.

Grupo de edad	Leve	Moderada	Severa	Total
17 a 40 años	10	2	2	14
41 a 60 años	12	9	0	21
Más de 61 años	0	3	8	11
Total	22	14	10	46

Siendo a la par los resultados encontrados a las reportadas en México y en otros países donde se especifica que a mayor edad mayor grado de disfunción eréctil, siendo producto de una gran variedad de condiciones y factores, lo que resulta ser un buen indicador sintomático de otros aspectos de la vida del individuo. (13, 14, 15,16)

Predominando ampliamente la disfunción eréctil leve, siendo mucho más frecuente de lo que se esperaría.

Es importante resaltar que las preguntas que mayormente contribuyeron a la catalogación de disfunción eréctil fueron de carácter subjetivo.

VIII.- CONCLUSIONES

Concluyendo que es alta la incidencia encontrada de Disfunción Eréctil en la población masculina con vida sexual activa del consultorio 21 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar # 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Siendo la más común la Disfunción Eréctil Leve, siguiéndole en orden de importancia la Disfunción Eréctil Moderada y por ultimo la Disfunción Eréctil Severa.

Predominando ampliamente la Disfunción Eréctil Leve siendo mucho más frecuente de lo que se esperaría.

Encontrando que a mayor edad, mayor es el grado de disfunción eréctil. Por lo que valdría la pena que el Instituto Mexicano del Seguro Social tome cartas en el asunto como seria un modulo de orientación, diagnostico y tratamiento para estos pacientes ya que sin tratamiento continuamente están en consulta tanto la esposa como ellos mismos, con cuadros depresivos o con trastornos de somatizaciones, generando un mayor gasto para el Instituto y una mayor insatisfacción en los usuarios y sus parejas.

IX.- RESUMEN

El capítulo de las disfunciones, tanto en el hombre como en la mujer, es tal vez el que plantea más problemas de definición y de diagnóstico. Las principales causas de esta dificultad se pueden resumir en dos: el hecho de tratarse de un tema que ha sido tabú durante muchos siglos, especialmente en la sociedad occidental y el problema derivado de la importancia que adquieren los factores psicógenos al sumarse a los puramente orgánicos en las alteraciones de lo que se podría llamar un funcionamiento normal de la sexualidad (entendiendo por normal lo que es satisfactorio para ambos). Este funcionamiento se ve alterado en el varón, esencialmente por la impotencia para la erección, definiendo como disfunción eréctil la incapacidad de obtener o mantener una erección suficiente para llevar a cabo el coito en más de la mitad de las veces que se intente.

Por lo que el siguiente estudio comprendió en realizar un cuestionario IIFE-5 a todos los varones con vida sexual activa del consultorio 21 T/V de la clínica 34 del IMSS encontrando lo siguiente: 86 pacientes no presentaron ningún

tipo de disfunción eréctil, 46 pacientes presentaron disfunción eréctil leve en el 47.9%, disfunción sexual moderada en el 30.4% y disfunción sexual severa en el 21.7% por lo que se concluye que de cada 10 pacientes con vida sexual activa 3.5 presentara algún grado de disfunción eréctil, encontrando que a mayor edad mayor grado de disfunción eréctil.

Por lo que es importante realizar más investigaciones sobre este problema y así tomar las terapias mas adecuadas a cada caso.

X.- BIBLIOGRAFÍA

1. - Disfunción Secreto de Alcoba, Fuente revista libro web X otra ,
<http://www.tusalud.com.mx/120507>
2. - Dra. Marina García Bravo, Salud Sexual, Diplomado en Sexualidad Humana, material del modulo I, 2001. 6-12
3. - David Barrios Martínez, Pareja y Alteraciones del Erotismo, Diplomado en Sexualidad Humana, material del modulo 2, 2001, 9-12
4. - Dra. Marina García Bravo, Clasificación y Elementos para el Diagnostico, Diplomado en Sexualidad humana en el modulo 2, 2001, 9-12
5. - Dr. Jorge Jaspersen Gastelum, Abordaje y diagnostico de la Disfunción Eréctil, Diplomado en Sexualidad Humana, material del modulo 7, 2001, 1-4
6. - Disfunción Sexual, fuente Revista, Libro, web X otra,
<http://pcs.adams.com/ency/article/001951.htm>
7. - Disfunciones Sexuales, fuente revista, Libro, web X otra Programación y Diseño por Educación Medica Continua S.A. de C.V reservado todos los derechos México DF 2003
8. - Impotencia, Fuente Revista, libra, Web X otra, Programación y Diseño por Educación Continua S.A. de C.V., reservado todos los derechos México DF 2003
9. - Disfunción Sexual masculina: Tipos, Fuente, Revista, Libro Web X, otra,
<http://www.unizar.es/gine/5s003.htm>, última revisión 16/06/2001
10. - La Viagra es un Medicamento no un milagro, Fuente, Revista, Libro, Web X, otra, <http://www.revista.consumer.es/web/es19990101/salud>.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

11. - Dr. Juan Carlos Rueda García, Abordaje Psicoterapéutico de las mas Disfunciones Sexuales en el Hombre, Diplomado en Sexualidad Humana, material del modulo 4, 2001, 7-10
12. - Psicóloga clínica Noemí Barajas Martínez y otros autores Enciclopedia de la Sexualidad, 1993 Vol.2 cap. 10, 115-131
13. - Dr. Javier Barroso, Aguirre, Fernando Ugarte y Romano, Diana Pimentel-Nieto Prevalencia de Disfunción Eréctil en hombres de 18- 40 años en México y factores de riesgo asociados, Vol.15 num.4; Octubre/ Diciembre 2001
- 14.- Laumann EO, Paik AMA, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281:537-44.
- 15.- Parazzini F, Menchini FF, Bortolotti, AC, Chatenoud EC. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Europ urology 2000; 37: 43-9
16. - Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the epidemiologia de la Disfunción Eréctil Masculina study. J Urol 2001; 166: 569-75

XI.- ANEXOS

Cuestionario IIFE-5

Hoja informativa

HOJA INFORMATIVA

ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL

1. - Es confidencial ya que solo se utilizara con fines de investigación y no Aparece su nombre en ninguna hoja.
2. - Es voluntario ya que si usted no desea contestarlo se respetara su decisión.
3. - No habrá represalias de ningún tipo si no desea contestar el cuestionario.
4. - Tiene beneficios para usted ya que si tiene algún tipo de disfunción sé Canalizara a la especialidad correspondiente para su estudio integral.
5. - Sea honesto con sus respuestas ya que de ello dependerá la ayuda que se le Puede brindar ante este problema que nos afecta a los hombres.

CUESTIONARIO IIFE-5

1.- ¿CÓMO CALIFICA SU CONFIANZA DE PODER LOGRAR Y MANTENER UNA ERECCIÓN?

SIN ACTIVIDAD SEXUAL	MUY BAJA	BAJA	REGULAR	ALTA	MUY ALTA
0	1	2	3	4	5

2.- ¿CUÁNDO TIENE ERECCIONES CON ESTIMULACIÓN SEXUAL CON QUE FRECUENCIA FUERON LO SUFICIENTEMENTE DURAS PARA REALIZAR LA PENETRACIÓN?.

NO INTENTE REALIZAR EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

3. - ¿DURANTE EL ACTO SEXUAL CON QUE FRECUENCIA FUE USTED CAPAZ DE MANTENER UNA ERECCIÓN DESPUÉS DE HABER PENETRADO A SU PAREJA?

NO INTENTE REALIZAR EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

4. - ¿DURANTE EL ACTO SEXUAL QUE TAN DIFÍCIL FUE MANTENER LA ERECCIÓN HASTA EL FINAL DEL ACTO SEXUAL O COITO?

NO INTENTE REALIZAR EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

5.- ¿CUÁNDO INTENTO REALIZAR EL ACTO SEXUAL QUE TAN SEGUIDO FUE SATISFACTORIO PARA USTED?

NO INTENTE REALIZAR EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

SUMAR EL NUMERO DE RESPUESTA DE CADA PREGUNTA Y ANOTAR EL RESULTADO EN PUNTUACIÓN TOTAL. SI LA PUNTUACIÓN ES 21 O MENOR EL PACIENTE MUESTRA SIGNOS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL

CLASIFICACIÓN	LEVE	17 A 21 PUNTOS
	MODERADA	8 A 16 PUNTOS
	SEVERA	MENOS DE 7 PUNTOS