



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL

COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 41 COLECTOR D.F.

**FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN
PROBLEMAS DE ERECCIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ISRAEL JOSUE CALVO ROMERO

ASESOR METODOLOGICO:

DR. MIGUEL NOGUEZ INIESTA

MEXICO D.F. 2012

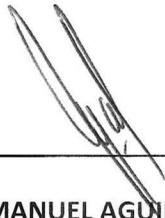
**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE
ERECCIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ISRAEL JOSUÉ CALVO ROMERO

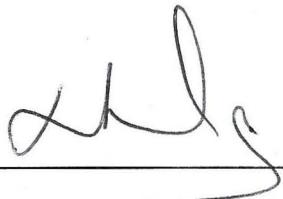
AUTORIZACIONES:



DR. VICTOR MANUEL AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DELEGACION 1 NORTE IMSS



DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL EN EDUCACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN 1 NORTE



DR. MIGUEL NOGUEZ INIESTA

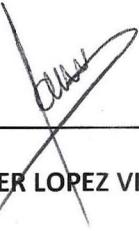
ASESOR METODOLOGICO



DRA. PERLA DIANA ARZATE PUERTAS

COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

UMF 41



DR. JAVIER LOPEZ VILLASANA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, UMF 41

MEXICO D.F. 2012

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN
PROBLEMAS DE ERECCIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ISRAEL JOSUÉ CALVO ROMERO

AUTORIZACIONES



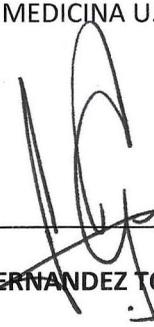
DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INYETIGACIÓN DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE

Resumen.....	7
Marco teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	19
Justificación.....	20
Objetivos generales.....	21
Objetivos específico.....	21
Sujeto, material y método.....	22
Lugar donde se realiza el estudio.....	22
Diseño.....	22
Tipo de estudio.....	22
grupo de estudio.....	22
Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	22
Descripción de variables.....	23
Descripción general de estudio.....	24
Definición con conceptual y operacional.....	24
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	25
Descripción de problema.....	25
Factibilidad y aspectos éticos.....	25
Recursos humanos, físicos y financieros.....	26
Recursos humanos, físicos y financieros.....	26
Análisis de datos.....	27
Discusión.....	47
Conclusión.....	48
Bibliografía.....	50

Anexos 1 Cronograma.....	53
Anexo 2 Diagnostico de Olso para subsistema conyugal.....	54
Anexo 3 Evaluación del Subsistema conyugal.....	55
Anexo 4 Cuestionario de índice internacional de función eréctil.....	56
Anexo 5 Consentimiento informado.....	57
Anexo 6 Frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de Erección en primer nivel de atención.....	58

RESUMEN

FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE ERECCION EN PRIMER NIVEL DE ATENCION.

1. Dr. Miguel Noguez Iniesta, 2. Dr. Josué Israel Calvo Romero.

1. Investigador principal, Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 41 2. Alumno del Curso de Especialización en Medicina.

Introducción: La disfunción eréctil es una patología poco diagnosticada pero es un padecimiento muy frecuente en la población. La disfunción familiar es de suma importancia ya que su principal motivo de consulta es de orden biológico, tal vez si acaso se detectan alteraciones psicosociales, por lo que el verdadero reto estriba en la competencia del médico familiar para qué a través del síntoma acceda a la interacción familiar. **Objetivo:** Identificar la Frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en el primer nivel de atención. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, que incluyó 265 pacientes masculinos de 40 a 60 años de edad con diagnóstico previo de disfunción eréctil el cual se corroboró con el índice internacional de disfunción eréctil, sin enfermedades crónicas agregadas que no tuvieran diagnóstico previo de disfunción familiar, tensión psíquica, depresión o ansiedad. **Resultados:** De 265 pacientes estudiados se encontró disfunción familiar severa en 38 pacientes (14.3%), disfunción moderada en 200 (75.4%) y en 27 pacientes (10.1%) no presentaron disfunción familiar. Se encontraron 57 pacientes con disfunción eréctil ligera (21.5%), 132 pacientes con disfunción eréctil media (49.8%) y 34 pacientes con disfunción eréctil grave (12.8%), 42 pacientes tuvieron función eréctil normal (15.8%). **Discusión:** En nuestro estudio encontramos una frecuencia de problemas de erección del 76.6%, siendo el grupo de edad más afectado el de 55 a 60 años en un 29%, cifras que superan a lo reportado en la literatura internacional como es el estudio de Massachusetts en 1987 y 1989 en el que se incluyeron 1,290 pacientes de entre 40 a 70 años de edad durante 10 años, en la que se reportó una frecuencia de 52% de disfunción eréctil. En México, la sociedad mexicana de urología realizó un estudio de opinión pública con 1,200 casos con edades de 40 a 70 años, reportando una frecuencia del 55% mostrando algún grado de disfunción eréctil siendo la calificación leve la más alta 37% **Conclusiones:** En el rango de edad de 55 a 60 años presentaron 33.6 % para disfunción eréctil. La funcionalidad de acuerdo a cohesión y adaptabilidad el tipo de familia que predominó fue rígida semirelacionada seguida de estructurada semirelacionada. En adaptabilidad y función eréctil se encontró que las familias rígidas sobresalieron con disfunción eréctil media, seguidas de familias estructuradas también con disfunción eréctil media. Dentro de la cohesión y función eréctil se encontraron familias semirelacionadas con disfunción eréctil media seguida de relacionadas también con disfunción eréctil media. Dentro de la funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (faces III) predominó la familia de rango medio

Palabras clave: Frecuencia Disfunción familiar Disfunción eréctil.

SUMMARY

FREQUENCY OF FAMILY DYSFUNCTION IN PATIENTS WHO HAVE PROBLEMS ERECTION ON THE FIRST LEVEL OF CAUTION

1. Dr. Miguel Noguez Iniesta, 2. Dr. Josué Israel Calvo Romero.

1. Investigador principal, Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF 41 2. Alumno del Curso de Especialización en Medicina.

Introduction: Erectile dysfunction is a disease but a condition underdiagnosed very common in the population. Family dysfunction is critical since their main complaint is of a biological, perhaps if anything psychosocial changes are detected, so the real challenge lies in the competence of family medical symptom for through access to the interaction family **Objective:** To identify the frequency of family dysfunction in patients with erection problems in primary care. **Methods:** We performed a cross-sectional study, which included 265 male patients 40 to 60 years old with a previous diagnosis of erectile dysfunction which was corroborated by the international index of erectile dysfunction without chronic diseases have added that previous diagnosis family dysfunction, mental stress, depression or anxiety **Results:** Of 265 patients studied family dysfunction was found in 38 patients (14.3%), moderate dysfunction in 200 (75.4%) and in 27 patients (10.1%) had no family dysfunction. We found 57 patients with mild erectile dysfunction (21.5%), 132 patients with erectile dysfunction average (49.8%) and 34 patients with severe erectile dysfunction (12.8%), 42 patients had normal erectile function (15.8%). **Discussion:** In our study we found a frequency of erection problems of 76.6%, the age group most affected 55 to 60 years by 29%, figures that exceed those reported in the international literature as is the study of Massachusetts in 1987 and 1989 which included 1,290 patients between 40.70 years of age for 10 years, in which it reported a 52% rate of erectile dysfunction. In Mexico, the Mexican Society of Urology in a study of public opinion with 1,200 cases aged 40 to 70 years reported a frequency of 55% showing some degree of erectile dysfunction being the highest grade mild 37%. **Conclusions:** In the age range of 55-60 years had 33.6% for ED. The functionality of cohesion and adaptability according to the type of family that dominance was followed rigidly structured semirelacionada semirelacionada. In adaptability and erectile function was found that families rigid half stood with erectile dysfunction, followed families also structured with half erectile dysfunction. Within the cohesion and erectile function families were found semirelacionadas erectile dysfunction related half followed also with half erectile dysfunction. Within functionality according to family cohesion and adaptability (FACES III) predominated midrange family

Key words: Frequency family dysfunction erectile dysfunction

MARCO TEÓRICO

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana, es la estructura social básica que a pesar de su constante transformación ha persistido a través del tiempo de la humanidad, quizás con diferente estructura, dinámica y funcionalidad, pero sigue siendo familia; es una entidad paradójica evasiva que asume muchas apariencias, sin embargo, es la misma en todas partes y en todos los tiempos, a pesar de que nunca a permanecido igual; su transformación constante es el resultado del incesante proceso de evolución de la humanidad, ya que su forma se amolda a las condiciones de vida que dominan en el lugar y el tiempo dado; es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de aprendizaje y desaprendizaje, es el laboratorio social por excelencia y es la unidad básica de la salud y de la enfermedad, ninguno de nosotros vive solo y aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos.¹

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Es frecuente que nosotros (e incluso los médicos) demos poco valor al papel que el entorno familiar juega en el proceso de la salud enfermedad. Recordemos algunas de las influencias de la familia sobre la salud:

1. La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud.
2. Las depresiones o tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden repercutir en la salud de sus miembros.
3. La familia y sus miembros pueden sufrir el déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas.

4. Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo sobre todo emocional para el adecuado tratamiento de la enfermedad cualquiera que esta sea incluyendo las enfermedades mencionadas en los últimos tiempos como trastornos emocionales dentro de los cuales se encuentra la depresión.²

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio.³

Antecedentes. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes con depresión.⁴

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja.

Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan *Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el *Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar* enero-abril 2006 Volumen 8 (1) México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen

COHESIÓN	Amplitud de clase
No relacionada	10 – 34
Semirelacionada	35 – 40
Relacionada	41 – 4
Aglutinada	46 – 50
ADAPTABILIDAD	Amplitud de clase
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

Evaluación del subsistema conyugal.

La funcionalidad de la pareja se considera que debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en el que se encuentra inmersa la pareja. Se abordan las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valor a una escala cuali-cuantitativa. I.- La comunicación, II.- Adjudicación y asuntos de roles, III.-Satisfacción sexual, IV- Afecto y V.- Toma de decisiones. Para la calificación de este instrumento se utiliza un valor numérico de 0 5 y 10 según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suma los puntos y se compara con una escala preestablecida en la cual se encuentran los siguientes valores:

Calificación 0 – 40: parejas severamente disfuncional, calificación de 41-70: parejas con disfunción moderada y calificación de 71-100: parejas funcionales.

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada conyugue ceder sin sentir que se a entregado o vencido. Tanto uno como el otro

deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo deben, desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, por ejemplo, cuando hay hijos deben poseer un territorio psicosocial propio.⁶

Al médico familiar le resulta difícil diagnosticar si estos trastornos corresponden a un cuadro nosológico o si se encuentran ante manifestaciones de otro tipo de problemas y por lo tanto existe la posibilidad de no brindar una atención adecuada. Este escenario puede ocasionar: a) insatisfacción de los pacientes; b) no resolución del problema de salud; c) sobrecarga de consultas para el médico; d) gasto excesivo de recursos. Con este tipo de atención se pierde la oportunidad de investigar sobre otros factores desencadenantes que podrían conducir al origen del problema de salud, este hecho es importante tomar en cuenta, ya que como indica Good y Reger referidos por De la Revilla, entre el 30 y 60 % de los motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis que repercuten en la funcionalidad familiar.

Existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos. En muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema familiar.⁷

Se define como Disfunción Eréctil (DE) a la incapacidad persistente para lograr y/o mantener una erección suficiente, para alcanzar una actividad sexual satisfactoria (Consenso de los Institutos Nacionales de Salud sobre Disfunción Eréctil 1994). El término "impotencia sexual" se ha dejado de utilizar debido a sus implicaciones peyorativas ya que quizá haya disuadido a un gran número de hombres a acudir en busca del tratamiento adecuado.⁸

Aún cuando se trata de una patología que no impone riesgos para la vida del paciente afectado por este trastorno, la DE es causa de importantes repercusiones negativas sobre varios aspectos de la salud física y psicosocial de los individuos. Es indudable la relación de este padecimiento con depresión, pérdida de

autoestima, problemas con la pareja sexual y alteraciones en la interacción familiar.⁹

Dado que es un problema que afecta a un número elevado de hombres en todo el mundo (se estima que 100 millones de varones sufren un cierto grado de DE), el conocimiento de la fisiopatología y el tratamiento de la misma, reviste gran importancia, en especial si tomamos en consideración que infinidad de patologías con frecuencia son factores de riesgo de DE.¹⁰

Con la comprensión de los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos de la erección, se ha demostrado que la DE no es un trastorno vinculado inevitablemente con la edad, sino que se encuentra asociado con una serie de trastornos cuya prevalencia es más elevada en los individuos de mayor edad.¹¹

Fue precisamente debido a la falta de conocimientos y de opciones óptimas de tratamiento que una gran proporción de hombres con DE no acuden en busca de ayuda por parte de un profesional de la medicina. Sin embargo, en años recientes se cuenta con un amplio y variado arsenal terapéutico que incluye elementos muy eficaces y no invasivos.¹²

La reciente aparición de fármacos orales altamente específicos, los cuales a la vez que son eficaces y seguros para el tratamiento de la DE, está causando un impacto aun más significativo sobre la manera de abordar esta patología tan frecuente, no sólo por los pacientes sino por la sociedad como un problema de salud pública.^{13,14}

Fisiología de la Erección

Una erección es básicamente un fenómeno neurovascular. Aún cuando puede dar inicio por medio de estímulos táctiles, olfatorios y visuales, a través de fantasías o inclusive en forma espontánea, como es el caso de las erecciones nocturnas, en el análisis final son los impulsos nerviosos los que dan lugar a una reducción en la resistencia cavernosa vascular y, en consecuencia, permiten un mayor flujo de sangre arterial, lo que resulta en el fenómeno de la erección.¹⁵

En estado flácido, los músculos lisos de las arteriolas y las trabéculas de los sinusoides permanecen contraídos por el tono adrenérgico del sistema nervioso simpático autónomo, a pesar de la liberación constante de noradrenalina. Esto

permite que se mantenga un pequeño flujo sanguíneo en el interior del tejido eréctil.¹⁶

Cuando las señales que se originan en el sistema nervioso central llegan al plexo sacro y viajan a lo largo de las fibras parasimpáticas de los nervios cavernosos con dirección al pene, se libera acetilcolina sobre las células endoteliales de los sinusoides. Este neurotransmisor fundamentalmente controla los siguientes dos fenómenos: 1. Estimula la liberación de óxido nítrico (ON) a través de estas células; y 2. La acetilcolina actúa sobre el sistema neuronal conocido como sistema no adrenérgico/no colinérgico (NANC), el cual también estimula la liberación de ON a nivel de los sinusoides.^{17,18}

El óxido nítrico es considerado como el mediador químico más importante en la inducción y mantenimiento de la erección. Estimula la relajación de los músculos lisos al reducir la disponibilidad de iones de calcio (Ca^{+2}) en las células musculares, actuando así para liberar la enzima guanilatociclasa (GC), presente en estas células. La GC facilita la síntesis de GMP cíclico (GMPc), que a su vez abre los canales de calcio entre los retículos sarcoplasmáticos de las células del músculo liso, impidiendo así la disponibilidad del ion para las proteínas constrictoras.¹⁹

Existe a su vez, un mecanismo que regula el proceso de la erección por medio de una isoenzima denominada Fosfodiesterasa tipo 5, la cual hidroliza al GMPc ocasionando la detumescencia del pene.²⁰

En consecuencia, el flujo sanguíneo dentro de los sinusoides aumenta en forma significativa y se llenan, lo que hace que el pene se torne rígido. A medida que la sangre llena los sinusoides, estos se expanden. En los cuerpos cavernosos, los cuales están rodeados por la túnica albugínea, aumenta la presión, causando que las venas emisarias se compriman contra una estructura no elástica y, de esta manera, la entrada de sangre dentro del pene exceda la cantidad que sale de él, lo que da por resultado una erección. Dado que en el cuerpo esponjoso no existe la túnica albugínea, este mecanismo, conocido, como proceso veno-oclusivo, no se presenta, haciendo que únicamente el glande permanezca turgente; esta es una característica interesante puesto que el glande sirve para amortiguar el impacto

del pene contra el cérvix del útero.²¹

Durante el acto sexual, con la contracción de los músculos isquio-cavernosos y bulbo cavernosos, aumenta aún más la presión en el interior del pene, lo que hace que el pene se torne más rígido, aún cuando esto ocurra por cortos periodos de tiempo, lo que también contribuye a la expulsión de semen durante la eyaculación.

22

Epidemiología

Si bien en la literatura internacional existe un número infinito de estudios epidemiológicos acerca de la disfunción eréctil, su comparación es en extremo difícil debido a que el muestreo y diseño de los estudios varían en forma considerable.

El Estudio Sobre Envejecimiento Masculino de Massachusetts (Massachusetts Male Aging Study - MMAS) fue llevado a cabo en Massachusetts entre 1987 y 1989, en el que se incluyeron 1,290 sujetos procedentes de comunidades en la región de Boston, con edades entre 40 y 70 años. Durante diez años, este estudio ha estado en fase de seguimiento y debido a su buen diseño y extenso universo de la muestra, ha sido utilizado como referencia para el análisis de la prevalencia de la DE en otros países. Se le considera un estudio “clásico” en este campo.

El MMAS mostró que hasta un 52% de los pacientes entrevistados informó un cierto grado de disfunción eréctil, el que posteriormente fue clasificado en tres niveles: 1. Leve, 2. Moderado, en el que el paciente logra alrededor de la mitad de las veces una buena erección suficiente para efectuar el coito; y 3. Severo, el paciente nunca logra obtener una erección suficiente para realizar el acto sexual. Según la información obtenida, se estima que 30 millones de hombres estadounidenses en el grupo de edades del estudio padecen de algún grado de DE.

Si los datos proporcionados por el MMAS fueran aplicados a la población mundial, habría un contingente de 100 millones de hombres que padecen DE, aunque sólo el 10% de esta población acude en busca de atención médica.²²

En México se desconocía la prevalencia de DE hasta que recientemente se llevó a cabo una investigación con el aval y supervisión del Capítulo de Disfunción Eréctil

de la Sociedad Mexicana de Urología. El trabajo de campo fue realizado por Gallup (Agencia de Investigación de Mercados y Estudios de Opinión Pública).

El protocolo y la metodología fueron similares a los del estudio MMAS. Se hicieron entrevistas cara a cara, con la inclusión de 1,200 casos cuyas edades oscilaron entre 40 y 70 años de edad que firmaron el documento de consentimiento informado.

Los resultados permitieron conocer la incidencia de Disfunción Eréctil en México y factores de riesgo asociados, en la población urbana de las 3 principales ciudades de la República Mexicana: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México.

El 55% de la muestra estudiada mostró algún grado de DE, con calificación de 37% como leve; 10% moderada y 8%severa. ²³

En Bandolier se describió el índice internacional de disfunción eréctil (IIDE) por que fue un resultado final de los ensayos con sildenafil.

Se eligieron cinco preguntas en las que la máxima puntuación era 25 y la mínima 5. Los hombres sin disfunción eréctil tenían una puntuación media de 23, y los hombres con disfunción eréctil tenían una puntuación media de 11. Esto se evaluó de distintas maneras, pero sobretodo definiendo un punto de corte por encima del cual la disfunción eréctil sería muy improbable, y por debajo del cual sería bastante probable.

El punto de corte se decidió en 21. Esta puntuación tenía una sensibilidad del 98% y una especificidad del 88%, con un "likelihood ratio" para un resultado positivo de 8 y 0.02 para uno negativo.

Asumamos que de los hombres que consultan a su médico general por disfunción eréctil hay un 50% de probabilidad de que de verdad la tengan. Si un hombre tiene una puntuación de 21 o menos, entonces su probabilidad desciende a un 2% o menos.

Disfunción eréctil grave: de 05 a 10 puntos.

Disfunción eréctil media: de 11 a 15 puntos.

Disfunción eréctil ligera: de 16 a 20 puntos

Función eréctil normal. Igual o mayor de 21.

Las conclusiones de esta investigación fueron:

- La DE es un problema de salud pública en México.
- Es más frecuente de lo que se piensa.
- Se relaciona con múltiples factores de riesgo: patologías crónicas como diabetes mellitus; hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y prostáticas, así como con la edad.
- La DE severa es mas frecuente a mayor edad.
- Los datos de este estudio son comparables a los que existen en la literatura Mundial.²⁴

Entorno de la Disfunción eréctil:

Los pacientes que sufren de disfunción eréctil presentan frecuentemente ansiedad, depresión, problemas para relacionarse o angustia.

La ansiedad de actuación es especialmente común como causa de los problemas eréctiles y puede ser auto-perpetuada con las consiguientes tentativas en el acto sexual, cargadas de un “miedo a fallar” que sólo sirve para exacerbar el problema. Las preocupaciones por una erección adecuada y mantenida los lleva a ser “espectadores”, lo que sirve para inhibir las respuestas sexuales normales.

El impacto de la disfunción eréctil en la calidad de vida del paciente y de su pareja no debe menospreciarse. La disfunción eréctil disminuye el deseo de iniciar relaciones sexuales debido al miedo a la humillación, a un comportamiento sexual inadecuado o al rechazo.

Dado que los hombres se sienten seguros en un ámbito social ante las relaciones íntimas, la supresión de las relaciones sexuales puede provocar un impacto muy negativo en el disfrute de la vida y en su salud general. Esta enfermedad afecta al hombre y a su pareja y puede, equívocamente, confundirse con una falta de afecto o una transferencia de las relaciones sexuales hacia otro lado. El ocultar el problema no hace más que empeorarlo.²⁵

El médico debe procurar la comunicación con los pacientes y sus parejas, brindándoles la información más fidedigna, imparcial y realista acerca de la enfermedad, de una manera sensible. Un buen diagnóstico y una explicación amable hacen que los pacientes enfrenten de mejor forma el problema y se

decidan a empezar a superarlo.

De esta manera, el tratamiento debe conllevar tanto la opción terapéutica más viable para el paciente, así como un apoyo psicológico y de pareja, que permita una comprensión más profunda y un tratamiento de mayor éxito.

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción familiar²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la DE es una entidad muy frecuente, que va en aumento, sin embargo no se dispone aún de datos estadísticos precisos y se sigue viendo este trastorno como un problema leve y aun más mal diagnosticado.

En México se desconocía la prevalencia de DE hasta que recientemente se llevó a cabo una investigación con el aval y supervisión del Capítulo de Disfunción Eréctil de la Sociedad Mexicana de Urología. El trabajo de campo fue realizado por Gallup (Agencia de Investigación de Mercados y Estudios de Opinión Pública).

Los resultados permitieron conocer la incidencia de Disfunción Eréctil en México y factores de riesgo asociados, en la población urbana de las 3 principales ciudades de la República Mexicana: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México.

El 55% de la muestra estudiada mostró algún grado de DE, con calificación de 37% como leve; 10% moderada y 8%severa.

En la Unidad de Medicina Familiar N. 41 se encuentra mal diagnosticada la disfunción eréctil o simplemente no tiene la importancia. Dentro de la actividad del médico familia resta realizar el diagnostico de salud del paciente y su familia, que le ayuda no solo a atender los problemas actuales sino a prevenir problemas posteriores que pudiesen suscitarse si no son atendidos a tiempo. Por lo cual la importancia de realizar un diagnostico temprano de disfunción familiar.

La DE es un trastorno sexual más frecuente en el hombre y recientemente se han reconocido las múltiples causas orgánicas lo que afecta su autoestima, y la capacidad para mantener relaciones intimas, ya que estos manejan un elevado grado de frustración, desanimo, baja autoestima y sentimientos de desesperación lo cual afecta su calidad de vida, la relación con su pareja lo que tiene un impacto psico-biologico en la pareja. Afectando las relaciones intrafamiliares.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en primer nivel de atención?

JUSTIFICACIÓN

Las disfunciones sexuales son problemas en la respuesta sexual humana, que usualmente impiden el desarrollo de una vida sexual plena, afectan a la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.

La disfunción eréctil es enfermedad común la cual no es fácil enfrentar por parte del paciente y por consiguiente probablemente disfunción en el subsistema conyugal, repercutiendo en toda la dinámica familiar afectando muy negativamente a su calidad de vida.

Los trastornos sexuales, hasta épocas muy recientes, eran considerados como de etiología preferentemente psicológica, y se ha descrito hasta un 80% en síndromes depresivos severos. Sin embargo, con el paso de los años los trastornos orgánicos aumentan su frecuencia etiológica, de forma que envarones de más de 70 años comprenden el 80%, en oposición al 20% de los de origen psicológico.

Creemos que los trastornos en la relación de pareja han influido de forma determinante en el manejo de la disfunción sexual en nuestros pacientes. La razón subjetiva de la disfunción sexual es el deterioro en la relación de pareja,

Es importante realizar un diagnóstico oportuno de DE debido a que se ha observado que puede ocasionar alteraciones de la dinámica familiar lo que conlleva a una disfunción familiar.

Consideramos que del presente estudio podemos sacar importantes conclusiones para el manejo de la disfunción eréctil en los pacientes. La incidencia supera el 50%, la etiología está en función de la existencia de factores de riesgo de aterosclerosis, del tratamiento seguido y de alteraciones psicológicas. Es probable que una buena relación de pareja podría actuar de forma positiva en la solución del problema. Es fundamental que los profesionales médicos den información suficiente y buena.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Identificar la Frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

.1.- Identificar el grupo de edad en que se presentar con mayor frecuencia los problemas de erección-

2.- Identificar la disfunción familiar por medio de la Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar modelo de Olson y Escala de disfunción Familiar

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio será transversal, descriptivo, longitudinal y observacional.

POBLACION. Pacientes derechohabientes atendidos en el primer nivel de atención masculinos.

LUGAR. Unidad de medicina familiar No 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social .Delegación 1 norte del Distrito Federal.

TIEMPO DEL ESTUDIO. Se llevara a cabo de Marzo del 2011 al Mayo del 2012.

TIPO DE MUESTRA. Se tomaran pacientes atendidos en primer nivel de atención de casos consecutivos DE DISFUNCION ERECTIL

MUESTREO: Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra de pacientes determinada por la siguiente fórmula:

Descripción:

n: Tamaño de la muestra requerido.

t: Nivel de confianza (valor estándar de 95%= 1.96).

p: Poder del estudio. (80%=0.8).

m: Significancia. (Valor estándar de 0.05 o 0.049)

Por lo que se estudiaran 265 pacientes.

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p)}{m^2}$$

VARIABLES DE ESTUDIO

DISFUNCION FAMILIAR

Definición conceptual. Alteración en las interacciones transacciones, pautas de conducta, expectativas y sentimiento, motivaciones en la familia que no permite el crecimiento de la misma.

Definición operacional. Se medirá a través del FACES III. Se operacionalizara con el modelo de Olson.

Al sumar las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del modelo circunflejo como: Extremas, de los rangos medios y balanceados.

COHESIÓN	Amplitud de clase	ADAPTABILIDAD	Amplitud de clase
No relacionada	10 – 34	Rígida	10 – 19
Semi relacionada	35 – 40	Estructurada	20 – 24
Relacionada	41 – 45	Flexible	25 – 28
Aglutinada	46 – 50	Caótica	29 – 50

Tipo de Variable: Cualitativa.

EDAD.

Definición conceptual. Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional .Se determina en años cumplidos.

Tipo de variable. Cuantitativa de razón.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizo en pacientes que acudieron al primer nivel de atención a la unidad de medicina familiar No 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el previo consentimiento informado y autorización de los mismos y de las autoridades de tal institución, se aplicaron los instrumentos de FACES III para la adaptabilidad y cohesión, se operacionalizaron con el Modelo Olson para la disfunción familiar en pacientes que ya tenían diagnóstico de disfunción eréctil el cual se corrobora con el instrumento de índice internacional de disfunción eréctil el cual consiste en 5 ítems el cual clasifica un una puntuación menor de 21 a pacientes con disfunción a la vez que se dividen en tres leve moderado y severa. Posteriormente se realizo análisis de resultados.

Método o procedimiento para captar la información

Se utilizaron dos escalas validadas y con una gran confiabilidad.

1.-El family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales FACES III para la evaluación de la dinámica familiar de los pacientes estudiados. Y faces II

Para la disfunción eréctil se utilizo el índice internacional de disfunción eréctil (IIDE) que consiste en 5 preguntas (sensibilidad 98 de y especificidad de 88).

CRITERIOS DE INCLUSION

Disposición para participar en el estudio

De entre 40 y 60 años de edad.

Pacientes con disfunción eréctil de por lo menos 6 meses de evolución.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que no deseen participar en el estudio

Pacientes con discapacidad.

Pacientes con diagnóstico de disfunción familiar previa.

Pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

Pacientes con diagnóstico de depresión ansiedad, trastorno, psíquico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Estudios incompletos

Presencia de respuestas incoherentes o incongruentes.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente estudio no comprometerá la integridad del paciente ni pondrá en riesgo la vida y no atenta contra los valores universales.

Respeto las normas de Helsinki de acuerdo a los artículos 13 Av, 14Av, y 23 Av de la ley general de salud

Se emplearan dos escalas validadas y con gran confiabilidad, útiles en múltiples investigaciones, las cuáles no tienen riesgo alguno en la integridad física y mental, de la vida privada de los pacientes participantes en el estudio.

Se solicitara la autorización de las autoridades directivas en la unidad de medicina familiar numero 41 por medio de un escrito dirigido al director de la unidad para la aplicación de los dos instrumentos de trabajo y participación de los pacientes.

Se utilizará carta de consentimiento informado tomando en cuenta la confidencialidad, participación voluntaria y capacidad de abandonar el estudio libremente si así lo desean.

En estudio cumple las normas del reglamento para la salud, México, publicada en el diario oficial de la federación el 7de Febrero, en los siguientes artículos:

Titulo primero, capitulo único, articulo 3° y 7°.

Titulo sexto, capitulo único, artículos 113°,114°,115° y 116°.

De acuerdo con los reglamentos de investigación se clasifica como el riesgo 1 de la investigación, según a lo indicado en el titulo segundo, capitulo 1° articulo 17° de investigación documental retrospectiva, aquellos en los que se realiza alguna investigación o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta .

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizo por medio de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión

RECURSOS

-FISICOS.

Papel, computadora, instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 41.

-HUMANOS.

Investigador, asesor especialista en medicina familiar, autoridades institucionales.

-FINANCIEROS.

Aportados por el investigador.

RESULTADOS

Se estudiaron 265 pacientes del sexo masculino, con diagnóstico de disfunción eréctil, atendidos en el primer nivel de atención, U.M.F. 41, del IMSS pertenecientes a la delegación 1 del Noroeste del Distrito Federal, en el periodo comprendido del mes de marzo del 2011 a Mayo 2012.

A los pacientes se le practicaron dos instrumentos de evaluación siendo Cuestionario de índice internacional de función eréctil también llamado test iEF-5 que permitió evaluar la disfunción eréctil a pacientes de 40 a 60 años y el faces III operacionalizada con Olson previa autorización por medio de consentimiento informado (anexo).

Se encontró una media y mediana de edad de 50 años y moda de 59.

En el grupo de edad para pacientes con disfunción eréctil se encuentra de 40 a 44 años tenemos 20.7 %, en el grupo de 45 a 49 años tenemos e 25.3%; en el grupo de 50 a 54 años tenemos 20.4 % y en el grupo de 55 a 60 años tenemos 33.6 %.

El grupo que más porcentaje fue el de 55 a 60 años. Con 89 pacientes.

Con un grado de disfunción mínimo de 1, máximo de 4 y una media 2.5. (Tabla No. 1).

Tabla No. 1. Frecuencia de edad en pacientes con problemas de erección (N=265).

Grupo de Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
40 – 44	55	20.7
45-49	67	25.3
50-54	54	20.4
55-60	89	33.6
Total	265	100.0

Cuestionario internacional de disfunción eréctil.

De acuerdo con el logro de erección durante las relaciones sexuales se encontró casi nunca o nunca tuvo una frecuencia de 19 (7.1%), menos de la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 72 (27.2%), la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 80 (30.2%), más de la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 53 (20%) y casi siempre o siempre tuvo una frecuencia de 41(15.5%).

Se observó que 80 personas respondieron la mitad de las veces que equivale a un 30.2% siendo el más alto, y el más pequeño solo 19 personas que equivale a un 7.2%. (Tabla No. 2)

Tabla No. 2. Distribución de pacientes que lograron erección durante las relaciones sexuales (N=256).

Logro de la erección	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casi nunca o nunca	19	7.2
Menos de la mitad de las veces	72	27.2
La mitad de las veces	80	30.2
Más de la mitad de las veces	53	20.0
Casi siempre o siempre	41	15.5
Total	265	100.0

Índice internacional de disfunción eréctil

En relación a la rigidez del pene, fue suficiente para la penetración casi nunca o nunca con una frecuencia de 15 (5.7%), la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 85 (32.1%), la mitad de las veces con una frecuencia de 80 (30.2%) más de la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 41 (15.5%), casi siempre o siempre tuvo una frecuencia de 40 (15.1%), no hubo estimulación sexual solo una frecuencia de 4 (1.5%). (Tabla No. 3)

Tabla No. 3. Frecuencia de la rigidez del pene para la penetración (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca o nunca	15	5.7
Menos de la mitad de las veces	85	32.1
La mitad de las veces	80	30.2
Más de la mitad de las veces	41	15.5
Casi siempre o siempre	40	15.1
No hubo estimulación sexual	4	1.5
Total	265	100.0

Índice internacional de disfunción eréctil

En relación para lograr mantener la erección después de la penetración se observó que en casi siempre o nunca en 11 pacientes (4.2%), menos de la mitad de las veces en 88 (33.2%), la mitad de las veces en 77 (29.1%), más de la mitad de las veces en 57 (21.5%), casi siempre o siempre en 32 (12.1%). (Tabla No. 4).

Tabla No. 4. Se logró mantener la erección después de la penetración (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca o nunca	11	4.2
Menos de la mitad de las veces	88	33.2
La mitad de las veces	77	29.1
Más de la mitad de las veces	57	21.5
Casi siempre o siempre	32	12.1
Total	265	100.0

Cuestionario internacional de disfunción eréctil.

En 8 pacientes (3%) fue extremadamente difícil mantener la erección hasta completar la relación sexual, muy difícil en 73 (27.5%) difícil en 66 (24.9%), un poco difícil en 86 (32.5%), no fue difícil en 32 (12.1%). (Tabla No. 5).

Tabla No. 5. Dificultad para mantener erección hasta completar la relación sexual (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Extremadamente difícil	8	3.0
Muy difícil	73	27.5
Difícil	66	24.9
Un poco difícil	86	32.5
No fue difícil	32	12.1
Total	265	100.0

Cuestionario internacional de disfunción eréctil.

Se observo que en 36 pacientes (13.6%), casi nunca o nunca tuvieron relaciones sexuales satisfactorias, 78 pacientes (29.4%) menos de la mitad de las veces 60 (22.6%) la mitad de las veces, más de la mitad de las veces tuvo una frecuencia de 50 (18.9%) y casi siempre o siempre tuvo una frecuencia de 41 (15.5%). (Tabla No. 6).

Tabla No. 6 Las relaciones satisfactorias (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca o nunca	36	13.6
Menos de la mitad de las veces	78	29.4
La mitad de las veces	60	22.6
Más de la mitad de las veces	50	18.9
Casi siempre o siempre	41	15.5
Total	265	100.0

Cuestionario internacional de disfunción eréctil.

Análisis de cada pregunta del cuestionario del FACES III operacionalizada con Olson

El apoyo entre los miembros de la familia la frecuencia más alta corresponde a siempre con un 98 (37%), y la más baja a nunca con una frecuencia de 6(2.3%). (Tabla No. 7).

Tabla No.7 Apoyo entre los miembros de la familia (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2.3
Casi nunca	13	4.9
Algunas veces	65	24.5
Casi siempre	83	31.3
Siempre	98	37.0
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

En las sugerencias de los hijos para resolver los problemas la frecuencia más alta fue algunas veces con un 78 (29.4%) y la más bajas siempre con 37(14%). (Tabla No. 8).

Tabla No. 8 Sugerencias de los hijos para resolver los problemas (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	48	18.1
Casi nunca	51	19.2
Algunas veces	78	29.4
Casi siempre	51	19.2
Siempre	37	14.0
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La familia acepta las amistades de los miembros de la familia la frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 96 (36.2%) y la más baja a nunca con un 6 (2.3%). (Tabla No. 9).

Tabla No. 9. Aceptamos las amistades de los miembros de la familia (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2.3
Casi nunca	8	3.0
Algunas veces	93	35.1
Casi siempre	96	36.2
Siempre	62	23.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La opinión de los hijos en cuanto a su disciplina la frecuencia más alta fue solo de algunas veces con un 85 (32.1%) y la más baja a siempre con un 19 (7.2%). (Tabla No. 10).

Tabla No. 10. Opinión de los hijos en cuanto a su disciplina (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	62	23.4
Casi nunca	56	21.1
Algunas veces	85	32.1
Casi siempre	43	16.2
Siempre	19	7.2
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La convivencia con los familiares más cercanos la frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 94 (35.5%) y la más baja a nunca fue de 13 (4.9%). (Tabla No. 11).

Tabla No. 11. Convivencia con los familiares más cercanos (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	4.9
Casi nunca	14	5.3
Algunas veces	78	29.4
Casi siempre	94	35.5
Siempre	66	24.9
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Toma de autoridad dentro de los miembros de la familia la frecuencia más alta corresponde a nunca con un 93 (35.1%) y la frecuencia más baja corresponde a un siempre con un 8 (3%). (Tabla No. 12)

Tabla No. 12. Los miembros de la familia toman autoridad. (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	93	35.1
Casi nunca	70	26.4
Algunas veces	77	29.1
Casi siempre	17	6.4
Siempre	8	3.0
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La unión entre integrantes de la familia la frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 102 (38.5%) y la más baja a nunca con un 9 (3.4%). (Tabla No.13).

Tabla No. 13. Unión entre integrantes de la familia. (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	3.4
Casi nunca	13	4.9
Algunas veces	49	18.5
Casi siempre	102	38.5
Siempre	92	34.7
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Cambio de las actividades dentro de la familia la frecuencia más alta corresponde algunas veces con un 92 (34.7%) y la más baja a siempre con un 9 (3.4%). (Tabla No. 14).

Tabla No. 14. La familia cambia de modo de hacer las cosas (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	66	24.9
Casi nunca	70	26.4
Algunas veces	92	34.7
Casi siempre	28	10.6
Siempre	9	3.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

El tiempo libre en la familia la frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 104 (39.2%) y la más baja a nunca con un 10 (3.8%) (Tabla No. 15).

Tabla No. 15 Tiempo libre en familia (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	3.8
Casi nunca	22	8.3
Algunas veces	51	19.2
Casi siempre	104	39.2
Siempre	78	29.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Tanto los padres y los hijos se ponen de acuerdo con los castigos la frecuencia más alta corresponde a nunca con un 84 (31.7%) y la más baja a siempre con un 16 (6%). (Tabla No. 16).

Tabla No. 16. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos. (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	84	31.7
Casi nunca	74	27.9
Algunas veces	57	21.5
Casi siempre	34	12.8
Siempre	16	6.0
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La unión familiar tuvo una frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 95 (35.8%) y la más baja a nunca con un 12 (4.5%). (Tabla No. 17).

Tabla No. 17. Unión familiar (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	4.5
Casi nunca	16	6.0
Algunas veces	61	23.0
Casi siempre	95	35.8
Siempre	81	30.6
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Los hijos toman decisiones dentro del núcleo familiar la frecuencia más alta corresponde a algunas veces con un 71 (26.8 %) y la más baja a siempre con un 9 (3.4 %) (Tabla No. 18).

Tabla No. 18. Los hijos toman las decisiones (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	90	34.0
Casi nunca	70	26.4
Algunas veces	71	26.8
Casi siempre	25	9.4
Siempre	9	3.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Dentro de las decisiones importantes toda la familia esta presente, la frecuencia más alta corresponde a casi siempre con un 96 (36.2 %) y la más baja a casi nunca con un 19 (7.2 %). (Tabla No. 19).

Tabla No.19. En las decisión importante, toda la familia está presente (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	7.9
Casi nunca	19	7.2
Algunas veces	70	26.4
Casi siempre	96	36.2
Siempre	59	22.3
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Las reglas cambian dentro del núcleo familiar la frecuencia más alta corresponde algunas veces con un 93 (35.1 %) y la más baja a siempre con un 9 (3.4 %) (Tabla No. 20).

Tabla No. 20. Las reglas cambian (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	71	26.8
Casi nunca	67	25.3
Algunas veces	93	35.1
Casi siempre	25	9.4
Siempre	9	3.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La planeación de las actividades en la familia casi siempre se da en un 36.6%, algunas veces en un 28% y nunca en un 4.2%.

La frecuencia más alta corresponde a 97(36.6 %) y la más baja a 11 (4.2 %) (Tabla No. 21).

Tabla No. 21. Planear actividades en familia (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	4.2
Casi nunca	19	7.2
Algunas veces	76	28.7
Casi siempre	97	36.6
Siempre	62	23.4
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

El intercambio dentro de los quehaceres del hogar entre los miembros de la familia, frecuencia más alta corresponde a nunca con 86 personas (32.5 %) y la más baja a siempre con 21 personas (7.6 %). (Tabla No. 22).

Tabla No. 22. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	86	32.5
Casi nunca	59	22.3
Algunas veces	73	27.5
Casi siempre	26	9.8
Siempre	21	7.6
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La toma de decisiones entre los integrantes de la familia la frecuencia más alta corresponde algunas veces con 77 (29.1 %) y la más baja a nunca con 34 (12.8 %). (Tabla No. 23).

Tabla No. 23. Tomar decisiones entre integrantes de la familia (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	12.8
Casi nunca	52	19.6
Algunas veces	77	29.1
Casi siempre	61	23.0
Siempre	41	15.5
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Dentro de la familia el identificar quien tiene la autoridad la frecuencia más alta corresponde a nunca 147 (55.5 %) y la más baja a siempre y casi siempre con 20 personas (7.5 %) (Tabla No. 24).

Tabla No.24. Identificar quien tiene la autoridad. (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	147	55.5
Casi nunca	46	17.4
Algunas veces	32	12.1
Casi siempre	20	7.5
Siempre	20	7.5
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La importancia de la unión familiar la frecuencia más alta corresponde a siempre con 142 personas (53.6 %) y la más baja a nunca con 13 personas (4.9 %) (Tabla No. 25).

Tabla No.25. Importancia de la unión familiar (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	4.9
Casi nunca	14	5.3
Algunas veces	27	10.2
Casi siempre	69	26.0
Siempre	142	53.6
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

Dentro de la familia es difícil decir quien realiza las labores del hogar la frecuencia más alta corresponde a nunca con 152 personas (57.4 %) y la más baja a siempre con 8 personas (3 %). (Tabla No. 26).

Tabla No.26. Dificil decir quien hace las labores del hogar (N=265).

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	152	57.4
Casi nunca	66	24.9
Algunas veces	27	10.2
Casi siempre	12	4.5
Siempre	8	3.0
Total	265	100.0

FACE III operacionalizada con Olson

La frecuencia de la disfunción eréctil en 256 pacientes se encontró que si presentan 227 pacientes con un 85.7% y solo 38 pacientes no tiene disfunción eréctil que equivale a 14.3%. (Tabla No. 27).

Tabla No. 27 Frecuencia de disfunción eréctil (N=265).

	Frecuencia	Porcentaje
Si	227	85.7
No	38	14.3
Total	265	100.0

Indicé Internacional de disfunción eréctil

Se encontró que en la edad de 55 a 60 años, hubo un mayor porcentaje de disfunción eréctil con 89 pacientes que equivale a un 33.6%, seguido del grupo de 45 a 49 años con 67 personas un 25.3%. (Tabla No. 28).

Tabla No. 28. Grado de disfunción eréctil (N=256).

Edad (Años)	Función eréctil normal	Disfunción eréctil ligera	Disfunción eréctil media	Disfunción eréctil grave	Total	Porcentaje (%)
40 -44	41	55	20	6	55	20.7
45-49	64	67	33	8	67	25.3
50-54	45	54	24	9	54	20.4
55-60	77	89	55	11	89	33.6
Total	42	57	132	34	265	100.0

Índice internacional de Disfunción Eréctil

Problemas de erección y edad del paciente:

En esta tabla nos habla que 227 pacientes si tuvieron problemas de erección que representa un 85.6% y solo 78 paciente no la tuvieron, con 29.4 % siendo el grupo que más problemas tuvieron fue el grupo de 55 a 60 años de edad con un 33% y el que menos tuvo fue el de 40 a 44 años de edad con un 20.6%. (Tabla No. 29).

Tabla No. 29.. Problemas de erección y edad del paciente (N=256).

Edad (Años)	Con problemas de erección	Sin problemas de erección	Total	Porcentaje (%)
40 – 44	41	55	55	20.6
45-49	64	67	67	25.1
50-54	45	54	54	21.0
55-60	77	89	89	33.3
Total	227	265	265	100.0

Índice internacional de Disfunción Eréctil

Clasificación de la disfunción del subsistema conyugal

De 265 pacientes se encontró que el 89.8% presenta algún grado de disfunción familiar. El 14.3% corresponde a parejas severamente disfuncional, un 75.5% parejas con disfunción moderada y solo 10.2% parejas funcionales (Tabla No. 30).

Tabla No. 30. Frecuencia de edad en pacientes con problemas de erección (N=265)

	Frecuencia	Porcentaje
Pareja severamente disfuncional	38	14.3
Pareja con disfunción moderada	200	75.5
Pareja funcional	27	10.2
Total	265	100.0

Índice internacional de Disfunción Erétil

En relación con la cohesión y adaptabilidad familiar se obtuvieron los siguientes resultados: rígida no relacionada 17 (6.4%), rígida semirelacionada 55 (20.7%), rígida relacionada 26 (9.8%), rígida aglutinada 1(0.3%), estructurada relacionad 16 (6.0%), estructurada semirelacionada 29(10.9%), estructurada relacionada 11(4.1%), estructurada aglutinada 2(0.7%), flexible no relacionada 9(3.3%), flexible relacionada 17(6.4%), flexible relacionada 11(4.1%), flexible aglutinada 3(1.1%), caótica relacionada 9(3.3%) caótica semirelacionada 21(7.9%), caótica no relacionada 14(5.2%) y caótica aglutinada 6 (2.2%). De todas ellas la más frecuente fue la rígida semirrelacionada en 55 familias con un 20.7 %.

Se encontró que 222 (83.7%) pacientes presentaron disfunción familiar y problemas de erección.

Se encontró una frecuencia de problemas de erección en 227 pacientes (85.6%). (Tabla No. 31).

Tabla No.31 Disfunción familiar y Problema de erección (N=265)

		Problema de erección		Total
		Si	No	
Disfunción familiar	Si	222	17	239
	No	5	21	26
Total		227	38	265

Índice internacional de Disfunción Eréctil

En relación con la cohesión y la adaptabilidad familiar se obtuvo que las familias rígidas semirelacionadas con 55 familias fueron las que más sobresalieron. Seguidas de las familias estructuradas semirelacionadas con 29 familias. (Tabla No. 32).

Tabla No. 32. Cohesión y adaptabilidad familiar (N=265)

Adaptabilidad familiar	Cohesión familiar				Total
	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	
Rígida	17	55	26	1	99
Estructurada	16	29	22	2	69
Flexible	16	17	11	3	47
Caótica	9	21	14	6	50
Total	58	122	73	12	265

FACE III operacionalizada con Olson

En la relación con la adaptabilidad familiar y la función eréctil de los pacientes de las familias rígidas se encontraron 19 (7.1%) familias con disfunción eréctil grave, 69(26%) familias con disfunción eréctil media, 9(3.3%) familias con disfunción eréctil ligera, 2(0.7%) familias con función eréctil normal. En las familias estructuradas 10(3.7%) fueron con disfunción eréctil grave, 42(15.8%) con disfunción eréctil media, 9(3.3%) con disfunción eréctil ligera y 8(3.0%) con función eréctil normal. En las familias flexibles se encontró: 4(1.5%) familias con disfunción eréctil grave, 13(4.9%) familias con disfunción eréctil media, 14(5.2%) familias con

disfunción eréctil ligera y solo 16(6.0%) familias función eréctil normal. En las familias caóticas se encontró 1(0.3%) familia con disfunción eréctil grave, 8(3.0%) familias con disfunción eréctil media, 25(9.4%) familias con disfunción eréctil ligera y 16(6.0%) familias con función eréctil normal.

Se aprecia mayor disfunción eréctil media y grave en pacientes de familias rígidas con un 26 y 19% respectivamente. La función eréctil normal se encuentra más frecuente en familias flexibles en un 6%. (Tabla No. 33).

Tabla No. 33. Adaptabilidad familiar y función eréctil (N=265).

Adaptabilidad familiar	Función eréctil				Total
	Función eréctil normal	Disfunción eréctil ligera	Disfunción eréctil media	Disfunción eréctil grave	
	Rígida	2	9	69	
Estructurada	8	9	42	10	69
Flexible	16	14	13	4	47
Caótica	16	25	8	1	50
Total	42	57	132	34	265

De los 265 pacientes se obtuvo la relación de cohesión familiar con grado de disfunción eréctil obteniendo lo siguiente:

De 58(21.8%) familias No relacionada 21(7.9%) familias con disfunción eréctil media, 19(0.7%) familias con disfunción eréctil ligera, 10(3.7%) normales y 8(3.0%) familias con disfunción eréctil grave.

De 122(46.3%) familias Semirelacionada 67(25.2%) con disfunción eréctil media, 269.8%) con disfunción eréctil ligera, 15(5.6%) con disfunción eréctil media y 14(5.2%) normales.

De 73(27.5%) familias Relacionada 41(15.4%) con disfunción eréctil media, 15(5.6%) normales, 11(4.1 %) en disfunción eréctil grave, y 14(5.2%) normales.

De 12(4.5%) familias Aglutinadas 0(0%) familias con disfunción eréctil grave, 3(1.1%) con disfunción eréctil media, 6(2.2%) con disfunción eréctil ligera, 3(1.1%) que corresponden a normal. Concluyendo que el 67(25.2%) familias con disfunción eréctil media siendo la más alta corresponde a familias semirrelacionadas. (Tabla No. 34).

Tabla No.34. Función eréctil y cohesión familiar (N=265)

Cohesión Familiar	Función eréctil				Total
	Función eréctil normal	Disfunción eréctil ligera	Disfunción eréctil media	Disfunción eréctil grave	
No relacionada	10	19	21	8	58
Semirrelacionada	14	26	67	15	122
Relacionada	15	6	41	11	73
Aglutinada	3	6	3	0	12
Total	42	57	132	34	265

FACE III operacionalizada con Olson

De las 265 familias se obtuvo un total de 38(14.3 %) familias con parejas severamente disfuncional con 27(10.1%) casos con disfunción eréctil grave, 8(3.0%) con disfunción eréctil media y 1(0.3%) con disfunción eréctil ligera, 2(0.7%) normales

Parejas con disfunción familiar moderada 200(75.4%) casos de los cuales 121(45.6%) corresponden a disfunción eréctil media, 54(20.3%) a disfunción eréctil ligera, 18(6.7%) normales y 7(2.6%) con disfunción eréctil grave.

Parejas funcionales 27(10.1%) en total 42(15.8%) con disfunción eréctil normal, 2(0.7%) casos con disfunción eréctil ligera y 3(1.1%) con disfunción eréctil media.

Concluyendo que las parejas con mas disfunción eréctil se encuentra en la calificación de parejas disfuncionales moderadas con 121(45.6%) familias. (Tabla No. 35).

Tabla No. 35 Clasificación de la disfunción del subsistema conyugal y función eréctil (N=265)

Clasificación de la disfunción del subsistema conyugal	función eréctil				Total
	función eréctil normal	disfunción eréctil ligera	disfunción eréctil media	disfunción eréctil grave	
	Pareja severamente disfuncional	2	1	8	
Pareja con disfunción moderada	18	54	121	7	200
Pareja funcional	22	2	3	0	27
Total	42	57	132	34	265

FACE III operacionalizada con Olson

DISCUSION

En nuestro estudio encontramos una frecuencia de problemas de erección del 76.6%, siendo el grupo de edad más afectado el de 55 a 60 años en un 29%, cifras que superan a lo reportado en la literatura internacional como es el estudio de Massachusetts en 1987 y 1989 en el que se incluyeron 1,290 pacientes de entre 40 a 70 años de edad durante 10 años, en la que se reporto una frecuencia de 52% de disfunción eréctil. En México, la sociedad mexicana de urología en realizó un estudio de opinión pública con 1,200 casos con edades de 40 a 70 años, reportando una frecuencia del 55% mostrando algún grado de disfunción eréctil siendo la calificación leve la más alta 37%

El presente estudio demostró que no hay asociación entre problemas de erección y disfunción familiar. Aunque pudieran existir otros factores que influyan para el desarrollo de la misma, como problemas psicológicos, enfermedades crónico degenerativas, etc.

Ricardo León Anzures Carro menciona en su libro que la familia es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana, es la estructura social básica que a pesar de su constante transformación ha persistido a través del tiempo de la humanidad, quizás con diferente estructura, dinámica y funcionalidad, pero sigue siendo familia; es una entidad paradójica evasiva que asuma muchas apariencias, pero sin embargo es la misma en todas partes y en todos los tiempos, a pesar de que nunca ha permanecido igual; su transformación constante es el resultado del incesante proceso de evolución de la humanidad, ya que su forma se amolda a las condiciones de vida que dominan en el lugar y el tiempo dado.¹

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada conyugue ceder sin sentir que se ha entregado o vencido.⁹

CONCLUSIONES

En el presente estudio se demostró lo siguiente:

Se observó en el rango de edad 55 a 60 años presentaron 33.6 % para disfunción eréctil, con 89 pacientes, y de este grupo la mayoría con disfunción eréctil media.

Dentro de la funcionalidad de acuerdo a cohesión y adaptabilidad el tipo de familia que predominó fue rígida semirelacionada seguida de estructurada semirelacionada.

Dentro de la adaptabilidad y función eréctil se encontró que las familias rígidas sobresalieron con disfunción eréctil media, seguidas de familias estructuradas también con disfunción eréctil media.

Dentro de la cohesión y función eréctil se encontró familias semirelacionadas con una disfunción eréctil media seguida de relacionadas también con disfunción eréctil media.

Dentro de la funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (fases III) predominó la familia de rango medio.

Es necesario que los médicos familiares identifiquen oportunamente la disfunción familiar. Deben estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de éstas desde una perspectiva integradora. Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad, que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacionen con ella o reflejen una alteración en la dinámica de la misma.

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a

consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción familiar

Se consideró necesario que todos los pacientes recibieran orientación y educación sexual, toda vez que exista en los pacientes desconocimiento sobre la sexualidad y porque se consideró que cuando por cualquier motivo fallen los mecanismos de erección, el hacer fijación sobre este hecho puede llegar a convertirse de una situación pasajera, en una enfermedad con todos los síntomas clínicos que ello implica de la causa que la produce, ya sea aislada o multifactorial, y para adoptar las medidas terapéuticas que de forma individual requiere cada paciente. Con lo que se incrementa la calidad de la atención y por tanto, calidad de vida en estos pacientes.

En la anamnesis inicial de pacientes con disfunción eréctil es fundamental establecer un clima de confianza para poder detectar todos aquellos factores psicológicos y sociales que hayan podido contribuir en la alteración de la función eréctil.

BIBLIOGRAFIA

1. León AR. Medicina Familiar. 3ª edición, México: editorial Corinter, 2008; pág. 34-66
2. Campbell SD, Seaburn DB. Orientación familiar en atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1ª. Edición, Barcelona: editorial Springer, 1998; pag.
- 3.- Fentanes BB, La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6 (3):61-6.
- 4.- Mendoza SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Pérez HC. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8(1)27-32.
- 5.- Huerta GJ. Medicina Familiar .La familia en el proceso salud enfermedad. 3ª edición, México. Editorial. Alfil 2006,p.p.1-6
- 6.- Salazar CE, Boschetti-FB, Monroy CC, Ponce RR, Irigoyen CA, Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Arch Med Fam.2005;7 (2)45-48.
- 7.- Cabrera PC,Rodriguez PI, Gonzalez PG, Ocampo BP,Amaya LC, Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidad de medicina familiar de Guadalajara México, salud mental, 2006; 29(4) No. 40-46
- 8.-. Tscholl R; Largo M; Poppinghaus E. Incidence of erectile impotence secondary to transurethral resection of benign prostatic hyperplasia,assessed by preoperative and postoperative snap gauge test. J Urol 1995;153: 1491-3.
9. - Lue, T.F.: Erectile Dysfunction. N Engl J Med 2000; 342(24): 1802-13.
10. Linthicum MD, NIH Consensus development panel on impotence. JAMA

1993;ju 7;270(1):83-90

- 11 Padma-Nathan H. Neurologic evaluation of erectil dysfunction. Urol Clin North Am 1988; 15: 77.
12. Rosen, R.C.; Riley, A.; Wagner, G., et al. The Internacional Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49(6): 822-30.
13. Cappelleri J.C; Rosen, R.C; Smith, M.D; et al. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the Internacional Index of Erectile Function. Urology 1999; 54(2): 346-51.
14. Rosen RC,Cappelleri JC, Smith MD, *et al.* Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the Internacional Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999; 11(6):319-26.b
15. Parazzini F, Menchini FF, Bortolotti A. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur Urol 2000; 37(1):43-49
- 17 NIH Consensus development panel on impotence. JAMA 1993; 279 (2): 83-90.
18. Lue TF. Erectile Dysfunction. N Engl J Med 2000; 342(24): 1802-13.
19. Rosen RC, Riley A, Wagner G. *et al.* The Internacional Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49(6): 822-30.
20. Cappelleri, JC, Rosen R.C, Smith MD. *et al.* Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the Internacional Index of Erectile Function. Urology 1999; 54(2): 346-51.
21. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, *et al.* Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the Internacional Index of Erectile Function (IIEF-5) As a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Import Res 1999; 11(6):319-26
- .22. Parazzini F, Menchini FF, Bortolotti A. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur Urol2000; 37(1):43-9.

23.- Borroso AJ, Ugarte y RF, Pimentel NP. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados Perinatal, *Reprod. Hum.*2001,15(3): 254- 261

24.-Melman A. Gene transfer for the therapy of erectile dysfunction progress in the 21 st century *int j. importres* , November (2006) 18,19-25

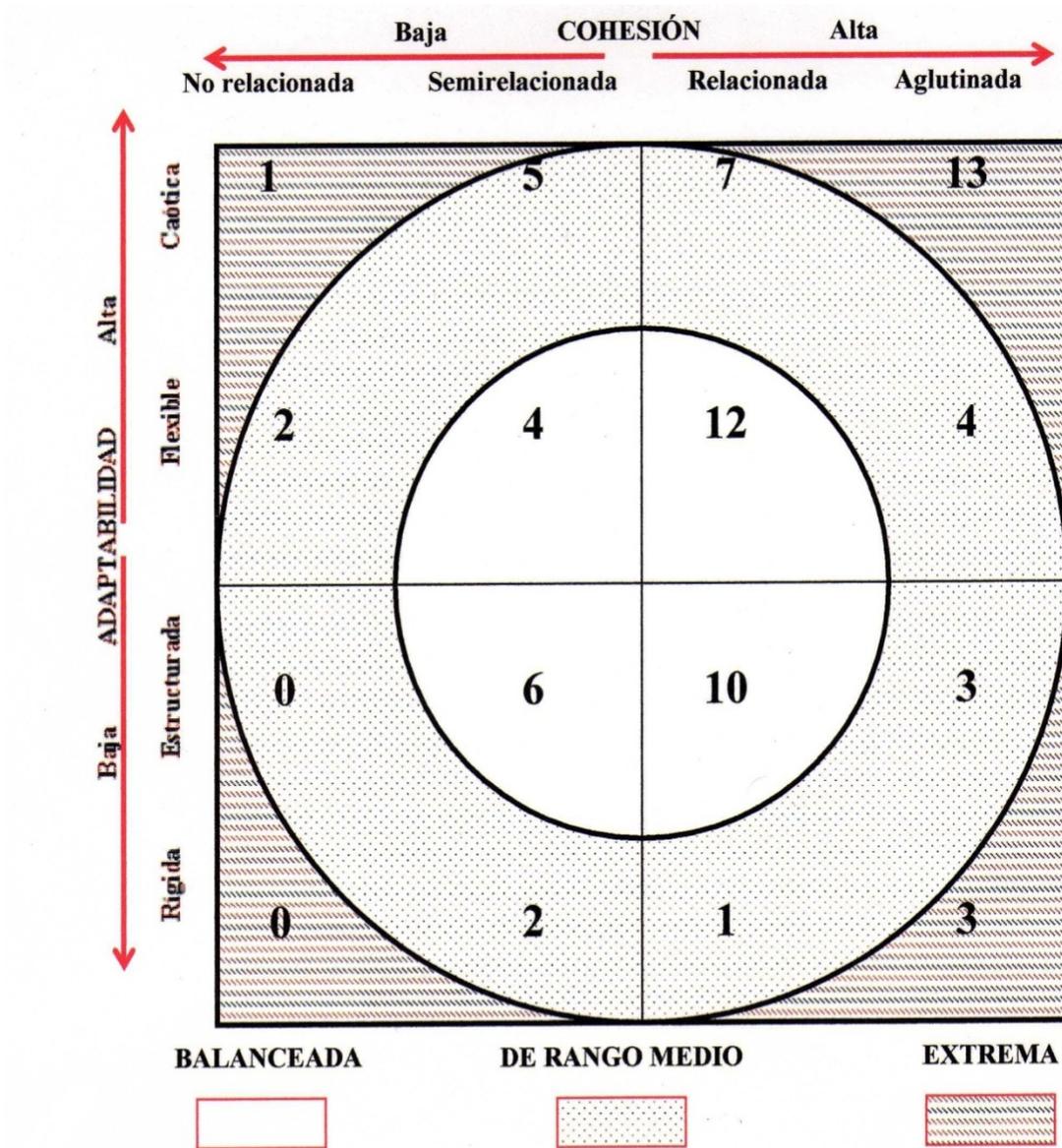
25.- Cajoto IV. Disfunción eréctil: un problema poco valordo en medicina interna. Estudio de pacientes y medicación relacionada. *Med. Interna* 2006, Madril, v.23 n.3 pp115-118.

26.-. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005; 294(23): 2996

ANEXO I. CRONOGRAMA

	Mar	abril	May	Jun	Jul	Agos	sep	Oct	Nov	Dic.	ene	Feb.	mar	abril	may
Elección del tema	X														
Recopilación de datos (O.Harris & Garcia, 2005)		x													
Elaboración del marco teórico			X	X	X	x	x	x	x	x					
Presentación ante el comité local.											x				
Aplicación de encuestas												x	X	X	x
Análisis de resultados															x
Presentación del cartel															x

ANEXO 2. DIAGRAMA DE OLSON PARA SUBSISTEMA CONYUGAL



Olson DH, Portener J, Lavee Y
 Versión en español: Gómez C. Irigoyen C.

ANEXO 3. EVALUACION DEL SUBSISTEMA COYUGAL

1.-COMUNICACIÓN

A) SE COMUNICA DIRECTAMENTE CON SU PAREJA	0	5	10
B) LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MANSAJES QUE INTERCAMBIA	0	5	10
C) EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y LA ANALOGA	0	5	10

2.- ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES:

A) LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN	0	2.5	5
B) SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUMEN LA PAREJA	0	2.5	5
C) SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA	0	2.5	5

3.- SATISFACCION SEXUAL:

A) ES SATISFACTORIA LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES	0	5	10
B) ES SATISFACTORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	0	5	10

4.- AFECTO:

A) EXISTE MANIFESTACIONES FISICAS DE AFECTO EN LA PAREJA	0	2.5	5
B) EL TIEMPO QUE SE DEDICA LA PAREJA ES GRATIFICANTE	0	2.5	5
C) SE INTERESA POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PAREJA	0	2.5	5
D)PERECIBE QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA	0	2.5	5

5.- TOMA DE DECISIONES:

_A) LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA AREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE	0	7.5	15
--	----------	------------	-----------

CLASIFICACION DE LA DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

0 – 40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 | - 70 PAREJA CON DISFUNCION MODERADA

71 – 100 PAREJA FUNCIONAL

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL, TAMBIÉN LLAMADO TEST IIEF-5, PERMITE EVALUAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Pregunta 1

Durante los últimos 6 meses:

¿Con qué frecuencia logró una erección durante las relaciones sexuales?

1. Casi nunca o nunca.
2. Menos de la mitad de las veces.
3. La mitad de las veces.
4. Más de la mitad de las veces.
5. Casi siempre o siempre.

Pregunta 2

Cuándo tuvo relaciones con estimulación sexual ¿con qué frecuencia la rigidez del pene fue suficiente para la penetración?

1. Casi nunca o nunca.
 2. Menos de la mitad de las veces.
 3. La mitad de las veces.
 4. Más de la mitad de las veces.
 5. Casi siempre o siempre.
- _ No hubo estimulación sexual.

Pregunta 3

¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?

1. Casi nunca o nunca.
2. Menos de la mitad de las veces.
3. La mitad de las veces.
4. Más de la mitad de las veces.
5. Casi siempre o siempre.

Pregunta 4

¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?

1. Extremadamente difícil.
2. Muy difícil.
3. Difícil.
4. Un poco difícil.
5. No fue difícil.

Pregunta 5

¿Las relaciones sexuales que ha tenido durante este tiempo resultaron satisfactorias para usted?

1. Casi nunca o nunca.
2. Menos de la mitad de las veces.
3. La mitad de las veces.
4. Más de la mitad de las veces.
5. Casi siempre o siempre.

Resultados del test

Disfunción eréctil grave: de 5 a 10 puntos.

Disfunción eréctil media: de 11 a 15 puntos.

Disfunción eréctil ligera: de 16 a 20 puntos

Función eréctil normal

RC Rosen et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research 1999; 11

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **Frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en primer nivel de atención.**

Patrocinador externo (si aplica): _____
Lugar y fecha: México D.F. a _____ de 2011

Número de registro: _____
Justificación y objetivo del estudio: **Identificar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en primer nivel de atención.**

Procedimientos: Solo se aplicaran cuestionario de disfunción eréctil y estudio de familia.

Posibles riesgos y molestias: No implica ninguna molestia y el riesgo es mínimo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ser tratado en sus problemas de salud con anticipación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se Publicaran en forma y tiempo en los medios de difusión permitidos. (foros , congresos, publicaciones mensuales)

Participación o retiro: Es su decisión voluntaria de participar o retirarse en el momento que usted decida.

Privacidad y confidencialidad: El presente trabajo queda resguardado por las consideraciones éticas de la ley general de salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Iniciar un manejo terapeutico para estas pacientes con disfunción.

Investigador Responsable: DR. MIGUEL NOGUEZ INIESTA MAT. 10075852, TEL. 57473500 EXT. 26°35

Colaboradores: En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 6. FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE ERECCIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

De marzo 2011 a mayo de 2012

ANEXOS: Instrumento de evaluación. ESCALA DE FACES III

Edad: _____

FACES III versión familiar. Familia percibida.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted

Elija según el número indicado

NUNCA. { CASI NUNCA. ALGUNAS VECES. CASI SIEMPRE. SIEMPRE.
1 2 3 4 5

- ___1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- ___2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ___3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- ___4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- ___5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- ___6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- ___7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.
- ___8. La familia cambia de modo de hacer las cosas.
- ___9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- ___10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- ___11. Nos sentimos muy unidos.
- ___12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- ___13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- ___14. En nuestra familia las reglas cambian.
- ___15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- ___16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- ___17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- ___18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- ___19. La unión familiar es muy importante.
- ___20. Es difícil decir quien hace que las labores del hogar.

EN COHESION FAMILIAR

- a) Unión emocional: 11,19
- b) Apoyo o soporte: 1,17
- c) Límites familiares: 7, 5
- d) Tiempo y amigos: 9,3
- e) Interés y recreación: 13,15

EN ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

- a) Liderazgo: 6,18
- b) Control: 12, 2
- c) Disciplina: 4,10
- d) Roles y reglas: 8, 16, 20, 14

FACTORES FAMILIARE

- ◆ La calificación en COHESIÓN es igual a la suma de los

- ◆ **Puntajes obtenidos en los ítems NONES**
- ◆ **La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems PARES**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
"CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL"**

EL OBJETIVO DE ESTA CÉDULA, ES HACERLE LLEGAR A USTED LOS COMENTARIOS DE SU INVESTIGACIÓN FINAL, PARA LA APROBACIÓN DE ÉSTE, ES INDISPENSABLE EFECTUAR LOS Cambios que le sugiero finalmente.

Nombre del alumno: ISRAEL JOSUÉ CALVO ROJERO.

Sede Académica: UMF # 41 Colector DF

Fecha de revisión: 11-01-2013

No. de revisión: 2

Nombre del profesor que revisó el trabajo: Dr. Tomás Chapa Luque

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes que presentan problemas de erección en primer nivel de atención.

HOJAS FRONTALES: Bien

TÍTULO: Bien

INDICE: Bien

MARCO TEÓRICO: Bien.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Bien

JUSTIFICACIÓN: Bien

OBJETIVOS: Bien

Hipótesis: NO necesaria por ser un trabajo descriptivo.

METODOLOGÍA: Bien

Tipo de estudio: Bien

Población, lugar y tiempo: Bien

Tamaño de la muestra: Bien

Criterios de inclusión: Bien

Criterios de exclusión: Bien

Criterios de Eliminación: Bien

Información a recolectar (variables): Bien

Método o procedimiento para captar la información: Bien

Consideraciones éticas: Bien

RESULTADOS: Bien.

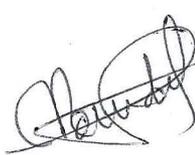
DISCUSIÓN: Bien

CONCLUSIONES: Bien

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bien

ANEXOS: Bien

OBSERVACIONES: Tesis aceptada, felicidades.

 11-01-2013