



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A  
39 AÑOS EN LA UMF N°20**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

**GUADARRAMA ATRIZCO LUIS ALBERTO**

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. MÓNICA ADRIANA PINEDA GUTIÉRREZ**

DIRECTORA METODOLÓGICA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



GENERACION:  
2020-2023

MÉXICO, CDMX 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39  
AÑOS EN LA UMF N°20**

**DIRECTORA DE TESIS:**



---

**DRA. MÓNICA ADRIANA PINEDA GUTIÉRREZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MÉDICO ADSCRITO EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20  
IMSS.**

**PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39  
AÑOS EN LA UMF N°20**

**DIRECTORA METODOLÓGICA:**



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Dra. Santa Vega Mendoza", written over a horizontal line.

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39  
AÑOS EN LA UMF N°20

Vo. Bo.



---

**DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ**  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

Vo. Bo.

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN**  
**SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**, por permitirme lograr este objetivo, día a día brindarme las fuerzas necesarias para continuar en el camino, por brindarme salud para poder así lograr mis objetivos, y por siempre a través de una oración, estar ahí.

**A Norberta Atrizco y Arturo Valderrama**, por qué sin ellos esto no sería posible, con sus sabios consejos, por su apoyo incondicional, por escucharme cuando más lo necesito y sobretodo por brindarme el amor más sincero, que sin duda me ha ayudado día a día para continuar en este camino.

**A todos mis hermanos, Martin, Hugo, Ricardo y David**, por enseñarme el camino a seguir, siendo un gran ejemplo tanto de superación como de fortaleza. Por qué sin las enseñanzas de cada uno de ellos, esto no podría ser posible. Y hasta el cielo **a mi abuela Leopolda y tía Magdalena**, por su confianza y enseñanzas.

**A mis amigos de residencia**, por brindarme apoyo emocional y académico, sus enseñanzas en todos los aspectos, muchas gracias por estar en mi camino.

**A la Dra. Mónica Pineda y la Dra. Santa Vega** por su paciencia, dedicación, motivación y conocimientos tanto para la realización de este trabajo, como para mi formación profesional.

**Al Instituto Mexicano del Seguro Social**, por permitir disponer de su personal docente, administrativo e instalaciones para formarme como especialista en medicina familiar.

**A la Universidad Autónoma de México**, máxima casa de estudios al brindarme los medios para obtener los conocimientos y obtener la especialidad en medicina familiar.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
TITULO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	24
HIPÓTESIS.....	25
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	26
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	55

## RESUMEN.

### PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39 AÑOS EN LA UMF N°20

Dra. Pineda-Gutiérrez Mónica Adriana<sup>1</sup> Dra. Vega-Mendoza Santa<sup>2</sup> Dr.  
Guadarrama-Atrizco Luis Alberto<sup>3</sup>

- 1.- Médico Familiar. Adscrito a UMF 20
- 2.- Maestra en Ciencias de la educación. Médico Familiar. Adscrito a UMF 20
- 3.- Residente de Medicina Familiar. Adscrito a UMF 20

**Introducción:** La disfunción eréctil (DE) es un trastorno sexual que su presencia disminuye la calidad de vida de quien lo padece, originando alteraciones psicosociales, de pareja e incluso si no es diagnosticado y tratado a tiempo, puede llevar a desenlaces fatales. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y causas de disfunción eréctil en hombres de 20 a 39 años de edad en la UMF N°20. **Material y métodos:** Estudio Observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo por muestreo no probabilístico de casos consecutivos, adultos de 20-39 años, adscritos a la UMF N°20, ambos turnos, previo consentimiento informado se aplicará cuestionario para la obtención de datos generales, clínicos, familiares, aplicación de instrumento internacional index of erectile function (IIEF-5) para función eréctil. Estadística descriptiva y  $\rho$  (rho) de Spearman e IC al 95% con  $p \leq 0.05$ . **RESULTADOS:** prevalencia de DE 67.3% en cualquiera de sus grados, un 50.4% presento DE leve, 12.5% leve a moderada, 3.1% moderada y 1.3% severa. Factores asociados a DE : crisis familiares (RM 2.670, IC95% 1.353-5.271;  $p=0.004$ ), presencia de comorbilidades (RM 2.449 IC95% 1.82-4.339;  $p=0.002$ ), y disminuye el riesgo con edad de 25-29 años (RM 0.456, IC95% 0.252-0.824;  $p: 0.007$ ) **CONCLUSIONES:** La DE tiene una alta prevalencia de grado leve la cual se asocia con factores socio-familiares con mayor representatividad los eventos de crisis familiares aumentando el riesgo en 2.67veces. Dentro de los factores biológicos las comorbilidades siguen teniendo un papel importante con 2.449 veces más riesgo de DE.

**Palabras clave:** Disfunción eréctil, Adulto joven

## ABSTRACT

### PREVALENCE AND CAUSES OF ERECTILE DYSFUNCTION IN ADULTS FROM 20 TO 39 YEARS OLD AT UMF N ° 20

Pineda-Gutiérrez Mónica Adriana<sup>1</sup> Vega-Mendoza Santa<sup>2</sup> Guadarrama-Atrizco  
Luis Alberto<sup>3</sup>

- 1.- Family Physician. Assigned to UMF 20
- 2.- M. in C. of education. Family Physician. Assigned to UMF 20
- 3.- Family Medicine Resident. Assigned to UMF 20

Erectile dysfunction (ED) is a sexual disorder whose presence decreases the quality of life of those who suffer from it, causing psychosocial and partner alterations and even if it is not diagnosed and treated in time, it can lead to fatal outcomes. Objective: To determine the prevalence and causes of erectile dysfunction in men between 20 and 39 years of age in UMF No. 20. **MATERIAL AND METHODS:** Observational, analytical, cross-sectional and prospective study by non-probabilistic sampling of consecutive cases, adults aged 20-39 years, assigned to UMF No. 20, both shifts, prior informed consent, a questionnaire will be applied to obtain information. general, clinical, family data, application of the instrument international index of erectile function (IIEF-5) for erectile function. Descriptive statistics and Spearman's  $\rho$  (rho) and 95% CI with  $p \leq .05$ . **RESULTS:** prevalence of ED 67.4% in any of its degrees, 50.4% presented mild ED, 12.5% mild to moderate, 3.1% moderate and 1.3% severe. Factors associated with ED: family crises (OR 2.670, CI95% 1.353-5.271;  $p = .004$ ), presence of comorbidities (OR 2.449 CI95% 1.82-4.339;  $p = 0.002$ ), and the risk decreases with age 25-29 years (OR 0.456, 95% CI 0.252-0.824;  $p = 0.007$ ) **CONCLUSIONS:** ED has a high prevalence of a mild degree which is associated with socio-family factors with greater representation of family crisis events increasing the risk in 2.67 times. Within the biological factors, comorbidities continue to play an important role with a 2,449 times greater risk of ED.

**KEYWORDS:** Erectile dysfunction, Young adult

**TITULO**

**PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A  
39 AÑOS EN LA UMF N°20**

**Registro ante el Comité de Investigación en Salud No. 3404 R-2021-3404-031**

## INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil es un problema de salud mundial en aumento que causa un impacto en el hombre disminuyendo autoestima, generando estados depresivos e incluso aparición de ideas suicidas, además de afectar a la pareja en el ámbito psicosocial, siendo de vital importancia el diagnóstico y la atención temprana para un tratamiento integral, es necesario el actuar del médico familiar en el primer nivel de atención, puesto que una gran cantidad de estos pacientes acuden de primer instancia a las unidades de medicina familiar.

Es bien conocido que en población mayor de 40 años existe este problema, sin embargo, existen pocos estudios que hablen de una prevalencia en pacientes jóvenes, a fin de evitar consecuencias devastadoras, en población joven es necesario incidir promoviendo la atención del padecimiento a fin de determinar mejoras en el funcionamiento de la persona, en la actividad laboral, en las relaciones interpersonales, de pareja y familiares <sup>(1)</sup>

El creciente aumento de disfunción eréctil, dado por las características sociodemográficas, comorbilidades propias del paciente, hace imprescindible conocer la prevalencia de esta para determinar la magnitud del problema y así determinar un tratamiento integral en pro del derechohabiente. Sin embargo, el estudio de disfunción eréctil en hombres jóvenes ha sido poco documentado en la literatura internacional, existiendo un estudio realizado el cual reporta una prevalencia de disfunción eréctil de 18% en mayores de 18 años, en la cual existe una alta relación la ausencia de una pareja estable. <sup>(2)</sup>

El presente estudio promoverá la detección de pacientes con disfunción eréctil, mediante el cuestionario IIEF-5 por parte del médico familiar, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen disfunción eréctil, dada las múltiples complicaciones que existen tanto sociales, psicológicas, que pueden llevar a intentos suicidas en caso que no sean tratados a tiempo, el motivo de este trabajo es determinar la prevalencia que existe en la unidad de medicina familiar, como primer nivel de atención, con el fin de brindar un diagnóstico oportuno, derivación a otros especialistas en caso necesario o control por mismo médico familiar, a fin de mejorar la calidad de vida y atención en el derechohabiente.

## MARCO TEÓRICO.

La disfunción eréctil (DE) es un trastorno sexual y queda definida como la incapacidad para lograr un pene erecto suficiente para permitir un completo y satisfactorio acto sexual.<sup>(3) (4)</sup>

Se le considera el segundo problema más frecuente de disfunción sexual en los hombres, después de la eyaculación precoz, con una prevalencia aproximada de 30%. Tiene una particularidad de ser una enfermedad con un fuerte componente subjetivo, debido a que afecta la calidad de vida, la autoestima y la relación de pareja.<sup>(5)</sup>

La erección es el resultado de la interacción de factores hormonales, vasculares, neurológicos, sinusoidales, musculares y psicológicos que culmina con un aumento del flujo arterial dentro del lecho del pene, seguido de la activación del mecanismo venooclusivo de los cuerpos cavernosos. Su principal controlador es el sistema nervioso autónomo, siendo esto un fenómeno mediado por óxido nítrico.<sup>(6)</sup>

Dentro de las causas de disfunción eréctil, en un 46% esta se encuentra presente en pacientes con presencia de comorbilidades como hipertensión arterial sistémica y existe una asociación significativa entre aquellos que presentan dislipidemia, edad, hipertrofia prostática benigna y síndrome metabólico.<sup>(7)</sup>

Es importante recalcar que la disfunción eréctil es un estado de daño endotelial, no exclusivo solo de alteraciones en el acto sexual, en algunos casos se ha visto como predecesor de eventos cardiovasculares, y puede ser utilizado como indicador de alto riesgo de enfermedad cardiovascular mayor.<sup>(8)</sup>

El mayor número de casos de disfunción tiene un origen orgánico, principalmente por enfermedades vasculares, pero también está asociada a alteraciones estructurales, factores psicológicos, neurológicos y hormonales. Se ha asociado a enfermedades médicas y psicosociales.<sup>(5)</sup>

La gran mayoría de pacientes que sufren este padecimiento acuden al médico de familia, urólogo, internista, psiquiatra, por lo que se hace necesario establecer protocolos de

actuación para realizar el diagnóstico y prescribir un tratamiento a fin de evitar las alteraciones psicosociales que este padecimiento conlleva. <sup>(5)</sup>

Algunos pacientes que padecen disfunción eréctil. Son aquellos que tengan una lesión medular, repercutiendo de forma importante en su calidad de vida. Por lo que el manejo de esta disfunción sexual debe ser considerada prioritaria dentro del programa de rehabilitación, para lograr la integración del individuo dentro de su entorno biopsicosocial. <sup>(9)</sup>

Uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos es el papel de la prensa sobre la información del padecimiento, los medios de comunicación se limitan, en la mayoría de ocasiones, a difundir información que les proporciona la industria farmacéutica a través de los gabinetes de comunicación o los investigadores de los laboratorios, provocando que el tema de disfunción eréctil siga siendo un tabú en la población mexicana, llevando al que lo padece a no buscar atención a tiempo, y tener todas las complicaciones psicosociales que esto conlleva. <sup>(10)</sup>

El impacto en la calidad de vida es de suma importancia, puesto que, como muchas enfermedades, esta debe tratarse de manera integral, debido a que no solo causa alteraciones a nivel individual, sino también a diferentes esferas (psicosocial, sexual, mental, relación con la pareja) en la vida de los pacientes. <sup>(11)</sup>

A nivel individual, se observa deterioro en el desempeño sexual, los hombres pierden la confianza y presentan síntomas depresivos, de ansiedad, angustia y temores, llegando al punto de evitar relaciones sexuales. Aproximadamente un 69% de los pacientes niegan padecer disfunción sexual, se demoran en promedio dos años para buscar atención médica, y se ha visto que 50-80% interrumpen el tratamiento. <sup>(11)</sup>

## **MARCO EPIDEMIOLÓGICO.**

La disfunción eréctil representa un problema de salud en aumento que causa un impacto significativo en la calidad de vida de los hombres en todo el mundo, se estima que 322 millones de hombres en todo el mundo se verán afectados por la disfunción eréctil en 2025. <sup>(12)</sup>

Se estima que en el 2025 se verán afectados 322 millones de hombres. Se estima que la prevalencia de disfunción eréctil global fue de 13.1 a 71.2 %, siendo en América del Norte del 20.7 %, mostrando una mayor tendencia estimada de 50.6 % en adultos mayores de 60 años. En México, solo existen estudios poblacionales donde se reporta una prevalencia de 9.7% en hombres jóvenes de 18-40 años. <sup>(12)</sup>

Los primeros estudios epidemiológicos completos sobre la disfunción sexual eréctil fueron publicados por Kinsey (1948) en los Estados Unidos, con un estudio de 15781 varones de 10 a 80 años. Otro estudio epidemiológico sobre este tema fue público por Massachusetts Male Aging Study (MMAS), realizado entre 1987 y 1989 en Estados Unidos donde se entrevistaron a 1290 varones entre 40 y 70 años. <sup>(13)</sup>

Los datos epidemiológicos, han revelado una prevalencia de DE conforme aumenta de edad, el estudio MMAS, un estudio sobre envejecimiento masculino fue el primer estudio comunitario a gran escala de DE, el cual incluyó a 1290 hombres y reportó una prevalencia de 52% en varones entre 40-70 años, <sup>(14)</sup>

Sin embargo, en los países de Latinoamérica existe poca información sobre la prevalencia de disfunción eréctil, siendo el mayor número de estudios en pacientes adultos y ancianos, sin tener un enfoque sobre la actividad sexual de estas personas. <sup>(13)</sup>

Se desconoce la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes jóvenes a nivel mundial, sin embargo, se cuenta con un estudio en pacientes diabéticos en los rangos de edad de 30 a 34 años en un 15%. <sup>(15)</sup> Se estima que del 5 al 47% de la población adulta presenta o manifiesta disfunción eréctil de moderada a severa. Esta proporción aumenta en relación directa con la edad. <sup>(16)</sup>

La prevalencia de disfunción eréctil en México es del 55%, incrementándose con la edad, con mayor incidencia en forma leve (37%), siendo los principales factores de riesgo tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, variables sociodemográficas como la edad, nivel socioeconómico bajo, menor escolaridad, no tener empleo, estado civil soltero, según estudios realizados en Guadalajara, Monterrey y la Cd. De México. <sup>(17)</sup>

En México, se reporta una prevalencia del 18% en la población de 18 a 40 años y un 55% en masculinos mayores a 40 años. <sup>(18)</sup>

## **MARCO REFERENCIAL.**

La disfunción eréctil puede clasificarse de la siguiente manera <sup>(16)</sup>:

1. Orgánica
  - I. Vasculogénica.
    - a) Arteriogénica.
    - b) Cavernosa.
    - c) Mixta.
  - II. Neurogénica
  - III. Anatómica
  - IV. Endocrinológica.
2. Psicógena.
  - I. Generalizada
  - II. Situacional

## **FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA.**

La disfunción eréctil puede ser de causa multifactorial, encontrándose causas orgánicas en el 25%, psicógenas en el 25% y mixtas en 45%. <sup>(18)</sup>

La edad juega un papel importante, pues la prevalencia de DE aumenta con la edad, y está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento, además que se relacionan con comorbilidades crónico-degenerativas. <sup>(16)</sup>

Dentro de las enfermedades vasculares, en el caso de EVC, la presencia de disfunción eréctil se ha visto como un posible marcador, pues su presencia se refiere como un factor de riesgo, para el desarrollo de Enfermedad vascular cerebral (EVC), mismo que requiere modificación de los factores de riesgo para evitar la aparición de estas dos entidades. <sup>(19)</sup>

**Tabaquismo**, el cigarrillo es una causa conocida de daño vascular, endotelial que aumenta el riesgo de enfermedades coronarias y cerebrovascular, aumentando significativamente el riesgo de DE. <sup>(18)</sup>

**Hipertensión**: se ha demostrado que el 15% de los pacientes en tratamiento para la hipertensión tienen DE severa, el riesgo relativo para la hipertensión en DE fue de 1.3. Además, que la misma medicación para esta patología presenta como efecto adverso DE. <sup>(16)</sup>

Dentro de este apartado fármacos utilizados en el tratamiento de la disfunción eréctil como el losartán, bloqueadores de canales de calcio y el uso de beta bloqueadores a aumentado los casos de disfunción eréctil. Sin embargo, es el riesgo beneficio en el uso de estos fármacos, puesto que son de los fármacos más utilizados por los médicos generales, si estos se pueden retrasar su uso o evitarlos, disminuiría considerablemente en este ámbito pacientes con problemas de DE secundaria a el uso de fármacos. <sup>(20)</sup>

Otros efectos encontrados en pacientes que utilizan como primera opción fármacos como son los betabloqueantes, es bradicardia, bloqueo auriculoventricular, hipertensión de rebote y taquicardia, broncoconstricción, alteración en el metabolismo de lípidos y glucosa, que conllevan a un mayor riesgo de aparición de diabetes, aumento de peso corporal, pesadillas nocturnas y la presencia de disfunción eréctil. <sup>(21)</sup>

**Diabetes**: se estima una prevalencia de DE en pacientes diabéticos en 26-35%, un riesgo relativo de 1.32. <sup>(15)</sup>

Cuando existe un descontrol de la diabetes con una cifra superior a HbA1C >7% la prevalencia de DE y grado de severidad aumentan no solo conforme avanza la edad, sino cuanto mayor sean las concentraciones de HbA1X, por la susceptibilidad de micro y macrovasculares, de suma importancia en estos pacientes diabéticos es reconocer el aumento de los últimos años de pacientes con descontrol glucémico, prediabetes, y diabetes en pacientes jóvenes, secundario a factores genéticos, malos hábitos alimenticios y sedentarismo. <sup>(22)</sup>

Se piensa que la disfunción eréctil, es un problema muy de común de los pacientes diabéticos, por tal motivo es importante el cribado sistemático en estos pacientes para un tratamiento adecuado para la sexualidad. <sup>(23)</sup>

**Dislipidemia:** los niveles de colesterol están aumentados en el 26% de los hombres con disfunción eréctil, siendo los niveles >240mg/dL un riesgo relativo de 1.83. Sin embargo, también se ha relacionado el uso de estatinas y fibratos como las posibles causas de DE, se cree que la fisiopatología de esta es inducida por la aterosclerosis de los vasos pélvicos. <sup>(4)</sup>

**Sobrepeso y ejercicio:** el riesgo relativo en hombres obesos es 60% mayor que en hombres saludables y con peso normal. <sup>(16)</sup>

En algunos estudios, se encontró una asociación inversa entre la prevalencia de disfunción eréctil y los patrones dietéticos saludables como dietas mediterráneas, estos patrones enfatizan el consumo de verduras, frutas, nueces, legumbres y pescado u otras fuentes de grasas de cadena larga (n-3), así como evitar las carnes rojas y procesadas. Estos hallazgos sugieren que los hombres que están preocupados por el riesgo de disfunción eréctil deben recibir asesoramiento sobre la contribución de la dieta en la disfunción eréctil. <sup>(24)</sup>

**Depresión:** múltiples estudios han demostrado un riesgo relativo entre depresión y DE de 1.82 <sup>(25)</sup>

Esta identificado una disminución en la actividad cerebral en el caso de pacientes con disfunción eréctil, en la región dorsal, corteza cingulada anterior, cuerpo estriado, mesencéfalo dorsal, estas fallas en la actividad, medidas mediante pruebas de imagen funcionales, siendo unas de las causas en estudio sobre la DE. <sup>(26)</sup>

**Síndrome urinario obstructivo bajo/hiperplasia prostática benigna:** se cree que está involucrado la isquemia pélvica, siendo causantes de DE. <sup>(16)</sup>

Dentro de la relación que existe entre DE e HTA se encontró un 46.5% de prevalencia, DE y Diabetes mellitus la prevalencia de DE varía del 20 al 50%, siendo estas dos de las principales causas por el daño al endotelio vascular. <sup>(27)</sup>

El uso de psicofármacos se asocia de manera estadísticamente significativa con la disfunción eréctil, dentro de ellos los fármacos antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos.<sup>(28)</sup>

Dentro de otros factores que son origen de disfunción eréctil, se ha visto una relación entre cuando existe caso de parejas infértiles, se debe prestar especial atención en combinar el tratamiento psicológico para el tratamiento de la DE como consecuencia.<sup>(29)</sup>

Existe una asociación entre la deficiencia de vitamina D y presencia de formas graves de disfunción eréctil, independientemente de la función testicular.<sup>(30)</sup>

Siendo múltiples las causas que puedan originar disfunción eréctil, los pacientes generalmente acuden al médico de familia, por lo que se hace necesario establecer protocolos de actuación para realizar el diagnóstico y prescribir un tratamiento, o en caso necesario él envió a otro nivel de atención.<sup>(5)</sup>

Existe otra relación entre alteraciones del tracto urinario inferior, como alteraciones de la próstata como una de las causas muy frecuentes de disfunción eréctil en pacientes mexicanos, mismo que tiene que se tiene que seguir estudiando para realizar una asociación etiológica.<sup>(31)</sup>

La disfunción eréctil de etiología neurogénica constituye del 10-19% de todos los casos registrados, cualquier alteración o disfunción a nivel cerebral, de médula espinal o de los nervios cavernosos o pudendos puede inducir disfunción eréctil. La incidencia de DE iatrogénica por procedimientos a este nivel es alta, se ha descrito que existe una incidencia del 43-100% de DE después de la prostatectomía radical, por lesión de los nervios cavernosos.<sup>(32)</sup>

Existen otros elementos que han sido nombrados como mantenedores de la disfunción eréctil, los cual son ansiedad ante la interacción sexual, anticipación del fallo (profecía autocumplida), sentimiento de culpa, falta de atracción entre los miembros de la pareja, problemas generales en la relación, deterioro de la autoimagen, información sexual inadecuada, escasez de estímulos eróticos, miedos o fobias específicas: miedo a la intimidad, al rechazo, al cuerpo de la pareja, al embarazo y a la pérdida de control, escaso

tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito, trastornos mentales: depresión, alcoholismo, anorexia y ansiedad. <sup>(14)</sup>

Además, durante esta epidemia COVID-19, se ha visto reflejado en el personal sanitario que trabaja en el control y tratamiento de la misma, afecciones psicológicas debido a su gran carga de trabajo y preocupaciones sobre ellos mismos y sus familias, la experiencia de este trauma provoca síntomas de diferentes gravedad relacionados con la disfunción sexual, se ha visto relacionada la disfunción eréctil en este personal durante la pandemia, sin embargo, debido a que esta sigue presente, es necesario continuar realizando estudios donde se pueda establecer una relación entre COVID-19 y la DE. <sup>(33)</sup>

## **DIAGNÓSTICO.**

Es de vital importancia tener una historia clínica sexológica, en la que no deben faltar aspectos, de tiempo de aparición de la disfunción eréctil, si se presenta solo con una o con todas las parejas sexuales, indagar si esta es parcial o total, la presencia de erecciones nocturnas y matutinas, acompañado de eyaculación precoz, ansiedad en el desempeño sexual, y la inclusión del cuestionario IIEF -5, como método de tamizaje para el diagnóstico. <sup>(14)</sup>

El diagnóstico de disfunción eréctil es clínico, basado en la anamnesis detallada, haciendo énfasis en los factores psicológicos y neurológicos, a fin de descartarlos. Todo paciente que reporte alteración en la función eréctil debe recibir evaluación médica y psicosexual a través de instrumentos validados en forma de cuestionarios. <sup>(17)</sup>

Es de suma importancia en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en control con diversos fármacos, revisar la adherencia a su tratamiento, y la necesidad de la información de los efectos secundarios, puesto que algunos grupos como son los beta bloqueadores, los calcio antagonistas y losartán han aumentado la prevalencia de disfunción eréctil. <sup>(34)</sup>

Para valorar la DE existen diversos cuestionarios estandarizados, uno de ellos es el índice internacional de función eréctil (IIEF), el cual en primera instancia constaba de 15 ítems, lo que conllevaba un largo tiempo de aplicación de este, por tal motivo fue

necesario un cuestionario breve, que sea válido desde el punto de vista cultural y psicométricamente, con la sensibilidad y especificidad para detectar cambios relacionados con el paciente con DE y es así como surge el IIEF-5. <sup>(35)</sup>

Uno de los cuestionarios más utilizados en la práctica clínica e investigación es el International Index of Erectile Function (IIEF-5) se utiliza ampliamente y esta validado ha demostrado poseer alto grado de sensibilidad y especificidad, consiste en un cuestionario de 5 preguntas, el cual evalúa cinco dominios, incluyendo función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción de la relación y satisfacción global. <sup>(16)</sup>

IIEF-5 cuenta con una alfa de Cronbach mayor al 0.9, con una sensibilidad de 0.98 y especificidad de 0.88, el cual posee propiedades favorables para detectar la presencia de disfunción eréctil y la gravedad de esta. <sup>(35)</sup>

En la exploración física, determinar la sensibilidad perineal, dependiente del nervio dorsal del pene, reflejo bulbocavernoso y el reflejo anal profundo, el tacto rectal debe realizarse en todos los hombres mayores de 50 años, examinar los caracteres sexuales primarios, en búsqueda de fibrosis y cavernitis, palpación de testículos. <sup>(36)</sup>

Entre los exámenes complementarios están aquellos para la detección de comorbilidades asociadas a este padecimiento, entre los cuales los que se deben solicitar en atención primaria son; glucemia, de ser necesario prueba de tolerancia a la glucosa, colesterol total y triglicéridos, urea y creatinina, microalbuminuria, electrocardiograma; En el caso de segundo y tercer nivel, deben solicitarse colesterol HDL y LDL, hb glicosilada, testosterona, prolactina, prueba de esfuerzo, antígeno prostático, considerar el chequeo de la función hepática, renal y tiroidea, según las características del paciente; Estudios de imagen la ultrasonografía con Doppler color de pene, cavernosometría y cavernosografía, USG renal, vesical y prostático. <sup>(14)</sup>

## **TRATAMIENTO.**

El tratamiento se basa en actuaciones dirigidas a corregir o modificar la causa subyacente y por otro, el tratamiento específico para la DE. Dentro las causas siempre que sea

posible retirar o sustituir los fármacos que puedan provocarla o aumentarla, terapia psicosexual, modificación de los hábitos de vida como el consumo de tabaco, el alcohol, el uso de otras drogas, la obesidad o la práctica de poco ejercicio físico por si solas pueden mejorar la función eréctil y aumentar la eficacia de los fármacos cuando se asocia a ellos, y el tratamiento farmacológico y quirúrgico específico para la DE. <sup>(37)</sup>

La primera línea de tratamiento es la educación integral de la sexualidad y consejería, prevención e identificación, y control de los factores de riesgo, terapia sexual y de pareja, tratamiento farmacológico con inhibidores de la FDE-5, tratamiento sustitutivo con testosterona cuando la DE se acompaña de disminución del deseo sexual y se ha descartado el cáncer de próstata por antígeno prostático específico y tacto rectal normales. <sup>(14)</sup>

La segunda línea de tratamiento está basada en la inyección de drogas intracavernosas vasoactivas, uso de drogas transuretrales, dispositivos de constricción al vacío (vacuum) y la tercera línea de tratamiento es la prótesis peneana y la cirugía vascular arterial y venosa. <sup>(14)</sup>

Dentro de los tratamientos establecidos, los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa han sido de los más importantes, y dentro de ellos el sildenafil, vardenafil y taladafil, siendo prescritos en pacientes con alteraciones prostáticas y con una eficacia de al menos el 50%. <sup>(38)</sup>

Existen estudios que mencionan que la utilización de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa en conjunto con tamsulosina, han disminuido los efectos de la hiperplasia prostática benigna, mismo que se prefiere el uso de estos dos fármacos en combinación, pues su combinación es superior en el caso de disfunción eréctil, secundaria a esta afección. <sup>(39)</sup>

Otro tratamiento es la utilización de ondas de choque lineal extracorpóreas de baja intensidad, por 10 semanas, con una densidad de flujo de energía de 0.09mJ/mm<sup>2</sup>, misma que sigue en estudio. <sup>(40)</sup>

El tratamiento en el caso de disfunción eréctil psicógena o con componentes psicógenos, se deben determinar los factores estresantes psicosociales concomitantes se debe referir

al paciente a un terapeuta sexual o a un psicólogo. Los dispositivos de constricción del vacío pueden ser de gran utilidad. <sup>(41)</sup>

Se ha valorado la diferencia entre la adecuada respuesta, vista como mejoría en la función y la satisfacción sexual, siendo con mayor respuesta sildenafil vs vardenafil, se ha sugerido combinación en el tratamiento de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa de corta y larga duración: <sup>(9) (42)</sup>

Dentro de los pacientes que más utilizan este tipo de fármacos son los pacientes en el caso de jóvenes con Diabetes mellitus tipo 1, y en mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. Siendo estos recetados por el médico de cabecera. <sup>(43)</sup>

Se ha encontrado que, durante un estudio histopatológico, un recuento reducido de espermatoцитos en los testículos, por lo que se recomienda encarecidamente que dichos medicamentos no se utilicen a largo plazo, a fin de evitar esta alteración. <sup>(44)</sup>

Dentro de las contraindicaciones del uso de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa, está el uso de nitratos, siendo vital encontrar un tratamiento eficaz en esta población de riesgo, la apomorfina sublingual, ha resultado ser una opción en el tratamiento de este grupo, sin embargo, aún debe evaluarse la eficacia y seguridad. <sup>(45):</sup>

Es importante recalcar el seguimiento que se debe dar por el médico familiar, pues es de suma importancia valorar la evolución de la DE y sus causas modificables, sobre todo en aquellos casos relacionados con fármacos, abuso de sustancias y estilos de vida; Es necesario el apoyo al paciente para evitar que factores psicológicos como el estrés y el miedo empeoren la enfermedad; realizar seguimiento y la respuesta al tratamiento establecido con el uso del cuestionario IIEF-5; asimismo el control de enfermedades crónicas degenerativas como HTAS y DMT2 controladas es muy importante para esta afección. <sup>(37)</sup>

Antes de derivar a un paciente, desde la consulta de atención primaria, el médico familiar puede realizar acciones para orientar correctamente el diagnóstico, valorar causas susceptibles de curación e iniciar medidas no farmacológicas y farmacológicas para mejorar la DE, dentro de ellas esta lo siguiente: <sup>(37)</sup>

- a) Descartar otras alteraciones de la función sexual: disminución de la libido y trastornos de la eyaculación.
- b) Diferenciar entre causas orgánicas o psicógenas.
- c) Orientar el tipo de causa subyacente, cardiovascular, neurológica, hormonal.
- d) Determinar causas reversibles en el estilo de vida, tabaquismo, o aquellas secundarias a traumatismos y malformaciones del pene (en este caso derivar de inmediato).
- e) Determinar enfermedad cardiovascular, cuya primera manifestación sea la DE.
- f) Aconsejar cambios en estilo de vida que mejoran la función sexual, cese del hábito tabáquico, moderado consumo de alcohol, peso ideal y la realización de ejercicio de manera rutinaria.
- g) Iniciar el tratamiento farmacológico de primera línea cuando este indicado y no exista un riesgo cardiovascular para la actividad sexual.

La actual dimensión de la DE, trasciende lo subjetivo, aunque no lo desestima, propone la interdisciplinariedad, el enfoque sistémico de la enfermedad, análisis pausado y profundo de cuantos factores se relacionan en su etiología y el abordaje terapéutico preventivo y rehabilitador tanto médico como psicológico.<sup>(5)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La disfunción eréctil es un problema de salud mundial en aumento que causa un impacto en el hombre disminuyendo autoestima, generando estados depresivos e incluso aparición de ideas suicidas, además de afectar a la pareja en el ámbito psicosocial, siendo de vital importancia el diagnóstico y la atención temprana para un tratamiento integral, es necesario el actuar del médico familiar en el primer nivel de atención, puesto que una gran cantidad de estos pacientes acuden de primer instancia a las unidades de medicina familiar.

Es bien conocido que en población mayor de 40 años existe este problema, sin embargo, existen pocos estudios que hablen de una prevalencia en pacientes jóvenes, a fin de evitar consecuencias devastadoras, en población joven es necesario incidir promoviendo la atención del padecimiento a fin de determinar mejoras en el funcionamiento de la persona, en la actividad laboral, en las relaciones interpersonales, de pareja y familiares. Por tal motivo nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿CUÁL ES PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39 AÑOS EN LA UMF N°20?**

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general.**

- ❖ Determinar la prevalencia y causas de disfunción eréctil en adultos de 20 a 39 años en la UMF N°20

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Describir datos sociodemográficos (edad, escolaridad, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de otras sustancias de abuso, religión, estado civil, nivel socioeconómico, orientación sexual, tipología familiar y estrés familiar)
- ❖ Identificar la frecuencia de presentación de comorbilidades
- ❖ Identificar la prevalencia de disfunción eréctil por el IIEF-5
- ❖ Identificar el grado de disfunción eréctil
- ❖ Asociar el grado de disfunción eréctil con los datos sociodemográficos
- ❖ Asociar el grado de disfunción eréctil con las comorbilidades
- ❖ Asociar el grado de disfunción eréctil con la tipología familiar .
- ❖ Asociar el grado de disfunción eréctil con la presencia de estrés familiar.

## **HIPÓTESIS.**

Nula (Ho)

- La prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 20 a 39 años en la unidad de medicina familiar número 20, es menor al 18%, siendo la principal causa alteraciones a nivel psicológico y familiar.

- 

Alterna (H1)

- La prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 20 a 39 años en la unidad de medicina familiar número 20, es mayor al 18%, siendo la principal causa alteraciones a nivel psicológico y familiar.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Hombres de 20 a 39 años que acudan a la UMF N°20 en el periodo de julio 2021 y acepten participar

### **CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:**

El estudio se realizará en la unidad de medicina familiar número 20, vallejo, del Instituto Mexicano del seguro social, ubicada en Av. Vallejo no. 675, col. Magdalena de las Salinas, alcaldía Gustavo A. Madero, perteneciente a la delegación Norte de la ciudad de México. La cual brinda atención de medicina familiar, estomatología, medicina preventiva, medicina del trabajo, nutrición, planificación familiar, trabajo social y laboratorio clínico e imagen, en un horario de 8:00am a 2:00pm en el turno matutino y de 2:00pm a 8:00 pm turno vespertino, cuenta con 31 consultorios, 4 de PREVENIMMS, y 2 de atención médica continua. Asimismo, es sede de la residencia de medicina familiar.

### **DISEÑO:**

De acuerdo al tipo de intervención: Observacional

De acuerdo al número de mediciones: Transversal

De acuerdo con su dirección: Prospectivo

De acuerdo con la relación de variables: Analítico

PERIODO DE ESTUDIO: Julio 2021

### **CRITERIOS DE ESTUDIO**

Criterios de inclusión

- Hombres de 20 a 39 años que acudan en los meses de mayo-julio 2021 a la UMF N°20
- Trabajadores y derechohabientes de 20 a 39 años adscritos a la UMF N°20
- Individuos que mediante consentimiento informado y previa autorización decidan participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Hombres con alguna discapacidad mental que le impidan realizar el cuestionario
- Hombres que no estén dentro del rango de edad establecido.

- Hombres que no decidan participar.

#### Criterios de eliminación

- Encuestas que no sean legibles o que no estén completas
- Llenado de manera incorrecta de la encuesta.
- Hombres que, durante el estudio, decidan ya no participar.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tiene una población total de médicos, personal de básicos, administrativos y de derechohabientes hombres entre 20 a 39 años adscritos a la unidad de medicina familiar número 20 de 19,420, reportados hasta el mes de enero 2021

Se hizo un cálculo para determinar el tamaño de la muestra con la fórmula de población finitas y un nivel de confianza de 95 % y un margen de error de 5 %.

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

Donde:

- N: Total de la población
- $Z_{\alpha}$ : 1.96 al cuadrado
- P: proporción esperada (18% reportado en la literatura)
- Q: 1-p
- D: precisión

$$n = \frac{19420 * 1.96^2 * 0.18 * 0.82}{0.05^2 * (19420 - 1) + 1.96^2 * 0.18 * 0.82} = 224$$

Obteniendo un tamaño de muestra: **224 encuestas**

### TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por casos consecutivos.

### DEFINICION DE LA VARIABLES

**Dependiente:** Disfunción eréctil

**Independiente:** Edad, escolaridad, orientación sexual, estado civil, nivel socioeconómico, comorbilidades, tabaquismo, alcoholismo, consumo de otras sustancias de abuso, tipología familiar, estrés familiar.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
<b>Disfunción eréctil (variable dependiente)</b>	Incapacidad de un hombre de conseguir o mantener una erección firme para la relación sexual	Se evalúa mediante cuestionario IIEF 5, ESCALA TIPO LIKERT 5-7 DE severa 8-11 DE moderada 12-16 DE leve a moderada 17-21 DE leve 22-25 No hay DE	Cualitativa	Ordinal	1.Casi nunca 2.Baja 3.Moderada 4.Alta 5.Muy alta
<b>Variables independientes Edad</b>	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Se mide en días, meses y años cumplidos por pregunta directa al participante.	Cuantitativa	Discreta	Años Cumplidos 20,21, 22, .....,39 años
<b>Escolaridad</b>	Grado máximo de estudios completos que un estudiante puede cursar en la escuela	Cuál es el grado máximo de estudios completos cursados en alguna institución educativa.	Cualitativa	Ordinal politómica	1. No estudió 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Posgrado
<b>Orientación sexual</b>	Es la atracción romántica y sexualmente a otras personas.	Se mide por las características de la atracción de la persona hacia los demás, siendo heterosexual, bisexual, homosexual.	Cualitativa	Nominal politómica	1. Hombres 2. Mujeres 3. Ambos
<b>Estado civil</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones provenientes del matrimonio o parentesco, que establece derechos y obligaciones.	Se mide por las características propias del paciente al momento del estudio	Cualitativa	Nominal politómica	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Separado 5.-divorciado 6. viudo

<b>Nivel socioeconómico</b>	Nivel de calidad de vida que tiene un hogar y que todos sus miembros comparten, y permite determinar qué tan cubiertas están las necesidades de espacio, sanidad, practicidad, entretenimiento, comunicación y planeación y futuro en un hogar.	Se mide por el ingreso mensual de todos los que aportan económicamente a la familia	Cualitativa	Nominal Politémica	1. Alta 2. Media alta 3. Media 4. Media baja 5. Baja alta 6. Baja baja
<b>Comorbilidades</b>	Son los problemas relacionados de salud del participante.	Se mide por las características propias del paciente al momento del estudio	Cualitativa	Nominal politémica	1.- HTAS 2.- DM 3.- Dislipidemia 4.- Trastornos mentales 5. etc.
<b>Consumo de tabaco</b>	Definido como el consumo de tabaco durante alguna etapa de la vida	Se mide por las características propias del paciente durante la realización del estudio	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.-Si 2.- No
<b>Consumo de alcohol</b>	Definido como el consumo de sustancias alcohólicas, durante alguna etapa de la vida	Se mide por las características propias del paciente durante la realización del estudio	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.-Si 2.- No
<b>Consumo de otras sustancias de abuso</b>	Sustancias psicoactivas ilegales que generan dependencia y ansiedad su consumo	Se mide por las características propias del paciente durante la realización del estudio	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.-Si 2.- No

<b>Tipología familiar</b>	Basado en la clasificación de las familias según Huerta Gonzales basado en el parentesco de los integrantes del domicilio del paciente.	Se mide por las características propias del paciente durante la realización del estudio	Cualitativa	Nominal politómica	1.- nuclear. 2.- seminuclear 3.- consanguínea 4.- Compuesta 5.- múltiple 6.- solo
<b>Estrés familiar</b>	Basado en la escala de Holmes y Rahe, se mide el potencial de los diferentes eventos de la vida en contribuir al comienzo de la enfermedad en cada miembro de la familia. Consta de 43 ítems, donde cada uno tiene un valor de unidad de cambio vital (UCV)	Se asigna un valor numérico a los diferentes eventos de la vida y se suman los puntajes al final del cuestionario.	Cualitativa	Ordinal politómica	0-149 UCV: No hay problemas importantes. 150-199 UCV crisis leve 200-299 crisis moderada Más de 300 UCV Crisis severa

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del comité de Ética e Investigación, se realizó consentimiento informado dirigido a las autoridades competentes de la unidad de ambos turnos, solicitando permiso para la revisión de datos de número total de derechohabientes y personal adscrito a la UMF N°20, proporcionado por el área de ARIMAC y de personal de la UMF N°20 para el cálculo de la muestra. Al finalizar la realización del protocolo y posterior a la aceptación por el SIRELCIS, se solicitará a las autoridades de la UMF N°20, la autorización para la aplicación de cuestionarios dentro de la institución.

Mediante un diseño observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, y una búsqueda de participantes por muestreo no probabilístico por casos consecutivos que se encuentren en sala de espera de consulta externa, prevenimss, consultorios y áreas administrativas, a los derechohabientes, personal de salud y trabajadores adscritos a la UMF N°20, que acudan en el mes de Julio 2021 y que cumplan con los criterios de

inclusión, y deseen participar, previo consentimiento informado verbal y escrito firmado se explicará las características del cuestionario, el motivo de la aplicación del mismo, y el alcance de la información obtenida, al aceptar se le otorgará el cuestionario de disfunción eréctil y sus causas, para identificar el grado de DE y cuáles son las causas. Al término se verificará que este completo y si es así se dará las gracias al participante.

Una vez completado el número necesario de encuestas se dará inicio al análisis de resultados. Se codificará para ingresar a un software estadístico para emitir tablas de salida, elaborar el análisis y la discusión utilizando el programa SPSS. Posteriormente se realizará la redacción del escrito médico y se difundirán los resultados tanto a nivel local como en los foros de investigación, respetando en todo momento la confidencialidad del participante, dando solo estadísticas generales, no particulares, si se identifica algún grado de disfunción eréctil, se enviará a valoración de forma oportuna al nivel de salud correspondiente. Dando por terminado el protocolo.

## **INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS**

Se utilizará el instrumento IIEF-5, Rosen y cols. Diseñaron el international index of erectile function (IIEF-5) en 1997, que evaluaba la actividad sexual, función eréctil, orgasmo, deseo sexual, satisfacción del acto sexual en general, sin embargo, Rosen en 1999, pensó en una versión abreviada que consta de 5 preguntas, con 5 respuestas diferentes, las cuales poseen propiedades adecuadas para detectar disfunción eréctil y establecer su severidad, el cual es el cuestionario IIEF-5.

El cuestionario IIEF-5 consta de 5 preguntas con 5 respuestas posibles, siendo una escala Likert, a la cual dependiendo de la pregunta se le asigna el valor de 1 a 5, obteniendo al final un puntaje máximo de 25 y mínimo de 5, los cuales equivalen a 22-25 No hay disfunción eréctil, 17-21 Disfunción eréctil leve, 12-16 Disfunción eréctil leve a moderada, 8-11 disfunción eréctil moderada y 5-7 disfunción eréctil severa, se explicara a cada participante el alcance de este y el uso de los resultados obtenidos.

La capacidad/factibilidad fue validada por un alfa de Cronbach  $> 0.9$  reportada en la literatura.

El documento que se aplicara está conformado por datos generales, tales como son la edad, escolaridad, orientación sexual, estado civil, religión, comorbilidades y preguntas que corresponden a un instrumento validado.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizará estadística univariada, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y para cualitativas frecuencia y porcentajes. Prueba estadística con tablas de contingencia y gráficas de barras con p de Spearman. IC95% con significancia  $p \leq .05$ . Se utilizará programa estadístico SPSS versión 26.

## RESULTADOS

Se evaluaron 224 hombres de edad entre 20 a 39 años, observando una media de edad  $30.54 \pm 5.47$ , con un predominio de intervalos de grupo de edad de 25 a 29 años 30.8%, licenciatura 39.7%, soltero 57.1%, religión ninguna 45.5%, nivel socioeconómico media baja 34.8%, preferencia sexual mujeres 67.9%. Tabla 1

**TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES EVALUADOS SOBRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL.**

SOCIODEMOGRAFIA	N=224	%
<b>EDAD</b>		
20 a 24 AÑOS	35	15.6
25 A 29 AÑOS	69	30.8
30 A 34 AÑOS	59	26.3
35 A 39 AÑOS	61	27.2
<b>ESCOLARIDAD</b>		
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	1	0.4
SECUNDARIA	25	11.2
BACHILLERATO	88	39.3
LICENCIATURA	89	39.7
POSGRADO	21	9.4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTERO	128	57.1
CASADO	39	17.4
UNIÓN LIBRE	51	22.8
SEPARADO	5	2.2
DIVORCIADO	1	0.4
<b>CREENCIA RELIGIOSA</b>		
NINGUNA	102	45.5
CATÓLICA	82	36.6
CRISTIANO	31	13.8
TESTIGO DE JEHOVÁ	5	2.2
MORMÓN	4	1.8
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
ALTA	2	0.9
MEDIA ALTA	14	6.3
MEDIA	48	21.4
MEDIA BAJA	78	34.8
BAJA ALTA	67	29.9
BAJA BAJA	15	6.7
<b>PREFERENCIA SEXUAL</b>		
MUJERES	152	67.9
HOMBRES	56	25.0
AMBOS	16	7.1

Encuesta a hombres UMF 20

En cuanto al consumo de sustancias nocivas, encontramos tabaco en 65.6%, alcohol 59.8%, marihuana 19.2%, cocaína 6.7%. Tabla 2

**TABLA 2. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES EVALUADOS SOBRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL.**

SUSTANCIA	N=224	%
<b>TABACO</b>		
SI	147	65.6
NO	77	34.4
<b>ALCOHOL</b>		
SI	134	59.8
NO	90	40.2
<b>OTRAS SUSTANCIAS</b>		
NINGUNA	158	70.5
COCAÍNA	15	6.7
POPPERS	7	3.1
MARIHUANA	43	19.2
HEROÍNA	1	0.4

Encuesta a hombres UMF 20

Los aspectos familiares, con tipología nuclear 69.2%, seguido de personas que viven solas 14.7%, con estrés familiar crisis moderada en un 31.3%, seguida de crisis leve 25%.

Tabla 3

**TABLA 3. ASPECTOS FAMILIARES**

FAMILIA	N=224	%
<b>TIPOLOGIA</b>		
SOLO	33	14.7
NUCLEAR	155	69.2
SEMINUCLEAR	6	2.7
CONSANGUÍNEA	5	2.2
COMPUESTA	11	4.9
EXTENDIDA MODIFICADA	14	6.3
<b>ESTRÉS FAMILIAR</b>		
NO HAY PROBLEMAS IMPORTANTES	43	19.2
CRISIS LEVE	56	25.0
CRISIS MODERADA	70	31.3
CRISIS SEVERA	55	24.6

Encuesta a hombres UMF 20

El grado de disfunción eréctil valorado leve en un 50.4%, sin disfunción 32.6%, disfunción leve a moderada 12.5%, disfunción moderada 3.1% y disfunción I severa en un 1.3% de los pacientes. Tabla 4.

**TABLA 4. GRADO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL**

GRADO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL	N=224	%
SIN DISFUNCIÓN	73	32.6
LEVE	113	50.4
LEVE A MODERADA	28	12.5
MODERADA	7	3.1
SEVERA	3	1.3

Encuesta a hombres UMF 20

Los datos clínicos encontrados en los participantes de comorbilidad del 59.8%, siendo la dislipidemia un 23.2%, hipertensión arterial sistémica 15.2%, trastorno de ansiedad 12.9%, diabetes mellitus 7.6% y otras enfermedades (anemia, enfermedad renal crónica, VIH) con un 9.8%. Tabla 5.

**TABLA 5. DATOS CLÍNICOS**

DATOS CLÍNICOS	N=224	%
<b>COMORBILIDADES</b>		
SI	134	59.8
NO	90	40.2
<b>TIPO DE COMORBILIDAD</b>		
DM	17	7.6
HTAS	34	15.2
DISLIPIDEMIA	52	23.2
TRASTORNO DE ANSIEDAD	29	12.9
OTRAS*	22	9.8

\* VIH, ERC, ANEMIA. Encuesta a hombres UMF 20

Las características encontradas en los pacientes con diferentes grados de disfunción eréctil fueron:

- **sin disfunción eréctil** el intervalo de edad 25-29 años 42.5%, escolaridad licenciatura 46.6%, estado civil soltero 56.2%, creencia religiosa ninguna 45.2%, nivel socioeconómico media baja 37%. la preferencia sexual fue de mujeres en un 75.3%; Consumo de sustancias: tabaco 69.9%, alcohol 69.6%, cocaína 6.8%, marihuana 27.4%; Tipología familiar nuclear 80.8% y estrés familiar sin problemas importantes y crisis leve 30.1% cada uno; En cuanto a la presencia de comorbilidades 45.2% de las cuales fueron diabetes mellitus 1.4%, hipertensión arterial sistémica 12.3%, dislipidemias 24.7%, trastorno de ansiedad 9.6% y otras (VIH, anemia y ERC) 2.7%.
- **disfunción eréctil leve** el intervalo de edad 35-39 años 32.7%, escolaridad bachillerato 45.1%, estado civil soltero 56.6%, creencia religiosa ninguna 43.4%, nivel socioeconómico baja alta 31.9% y la preferencia sexual fue de mujeres en un 61.9%; Consumo de sustancias: tabaco 68.1%, alcohol 53.6%, cocaína 7.1%, marihuana 17.7%, poppers 1.8%, heroína 0.9%; Tipología familiar nuclear 67.3% y estrés familiar crisis moderada 37.2% ; En cuanto a la presencia de comorbilidades 69% de las cuales fueron diabetes mellitus 9.7%, hipertensión arterial sistémica 16.8%, dislipidemias 26.5%, trastorno de ansiedad 19.5% y otras (VIH, anemia y ERC) 8.8%.
- **disfunción eréctil leve a moderada** el intervalo de edad 25-29 años 39.3%, escolaridad licenciatura 42.9%, estado civil soltero 60.7%, creencia religiosa ninguna 53%, nivel socioeconómico media baja 57.1% y la preferencia sexual fue de mujeres en un 71.4%; Consumo de sustancias: tabaco 53.6%, alcohol 53.6%, cocaína 0%, marihuana 10.7%, poppers 10.7%, heroína 0%; Tipología familiar nuclear 46.4% y estrés familiar crisis leve 32.1% ; En cuanto a la presencia de comorbilidades 53.6% de las cuales fueron diabetes mellitus 14.3%, hipertensión arterial sistémica 17.9%, dislipidemias 10.7%, trastorno de ansiedad 0% y otras (VIH, anemia y ERC) 14.3%.
- **disfunción eréctil moderada** el intervalo de edad va desde los 25-29 y 30-34 años con 42.9% cada uno, escolaridad licenciatura 42.9%, estado civil soltero 42.9%, creencia religiosa ninguna 42.9 %, nivel socioeconómico baja alta 57.1% y la preferencia sexual fue de mujeres en un 71.4%; Consumo de sustancias: tabaco 42.9%, alcohol 42.9%, cocaína 28.6%, marihuana 0%, poppers 14.3%, heroína

0%; Tipología familiar nuclear 85.7% y estrés familiar crisis moderada 42.9% ; En cuanto a la presencia de comorbilidades 85.7% de las cuales fueron diabetes mellitus 14.3%, hipertensión arterial sistémica 14.3%, dislipidemias 14.3%, trastorno de ansiedad 0% y otras (VIH, anemia y ERC) 57.1%.

- **disfunción eréctil severa** el intervalo de edad 20-24 años con 66.7% , escolaridad secundaria 66.7%, estado civil soltero 100%, creencia religiosa ninguna 66.7 % , nivel socioeconómico baja baja 66.7% y la preferencia sexual fue de mujeres en un 66.7% Consumo de sustancias: tabaco 33.3%, alcohol 0%, cocaína 0%, marihuana 0%, poppers 0%, heroína 0%; Tipología familiar nuclear, extendida modificada y persona que vive sola un 33.3% cada una y estrés familiar crisis severa 66.7% ; En cuanto a la presencia de comorbilidades 66.7% de las cuales fueron diabetes mellitus 0%, hipertensión arterial sistémica 0%, dislipidemias 0%, trastorno de ansiedad 0% y otras (VIH, anemia y ERC) 66.7%.

Tablas 6-9

**TABLA 6. DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

DATO SOCIODEMOGRÁFICO	SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE A MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL SEVERA N (%)	P
<b>EDAD (AÑOS)</b>						
20-24	8(11)	22(19.5)	3(10.7)	0(0)	2(66.7)	0.033
25-29	31(42.5)	23(20.4)	11(39.3)	3(42.9)	1(33.3)	
30-34	19(26)	31(27.4)	6(21.4)	3(42.9)	0(0)	
35-39	15(20.5)	37(32.7)	8(28.6)	1(14.3)	0(0)	
<b>ESCOLARIDAD</b>						
ANALFABETA	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0.066
PRIMARIA	0(0)	0(0)	1(3.6)	0(0)	0(0)	
SECUNDARIA	6(8.2)	11(9.7)	4(14.3)	2(28.6)	2(66.7)	
BACHILLERATO	25(34.2)	51(45.1)	10(35.7)	2(28.6)	0(0)	
LICENCIATURA	34(46.6)	39(34.5)	12(42.9)	3(42.9)	1(33.3)	
POSGRADO	8(11)	12(10.6)	1(3.6)	0(0)	0(0)	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
SOLTERO	41(56.2)	64(56.6)	17(60.7)	3(42.9)	3(100)	0.019
CASADO	14(19.2)	23(20.4)	1(3.6)	1(14.3)	0(0)	
UNIÓN LIBRE	18(24.7)	25(22.1)	6(21.4)	2(28.6)	0(0)	
SEPARADO	0(0)	1(0.9)	3(10.7)	1(14.3)	0(0)	
DIVORCIADO	0(0)	0(0)	1(3.6)	0(0)	0(0)	
<b>CREENCIA RELIGIOSA</b>						
NINGUNA	33(45.2)	49(43.4)	15(53.0)	3(42.9)	2(66.7)	0.682
CATÓLICA	26(35.6)	45(39.8)	9(32.1)	2(28.6)	0(0)	
CRISTIANO	12(16.4)	13(11.5)	4(14.3)	1(14.3)	1(33.3)	
TESTIGO DE JEHOVÁ	1(1.4)	4(3.5)	0(0)	0(0)	0(0)	
MORMÓN	1(1.4)	2(1.8)	0(0)	1(14.3)	0(0)	
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>						
ALTA	1(1.4)	1(0.9)	0(0)	0(0)	0(0)	0.010
MEDIA ALTA	5(6.8)	9(8.0)	0(0)	0(0)	0(0)	
MEDIA	16(21.9)	27(23.9)	2(7.1)	2(28.6)	1(33.3)	
MEDIA BAJA	27(37.0)	34(30.1)	16(57.1)	1(14.3)	0(0)	
BAJA ALTA	17(23.3)	36(31.9)	10(35.7)	4(57.1)	0(0)	
BAJA BAJA	7(9.6)	6(5.3)	0(0)	0(0)	2(66.7)	
<b>PREFERENCIA SEXUAL</b>						
HETEROSEXUAL						0.140
HOMOSEXUAL	55(75.3)	70(61.9)	20(71.4)	5(71.4)	2(66.7)	
BISEXUAL	10(13.7)	38(33.6)	6(21.4)	1(14.3)	1(33.3)	
	8(11.0)	5(4.4)	2(7.1)	1(14.3)	0(0)	

**TABLA 7. DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS**

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE A MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL SEVERA N (%)	P
<b>TABACO</b>						
SI	51(69.9)	77(68.1)	15(53.6)	3(42.9)	1(33.3)	0.223
NO	22(30.1)	36(31.9)	13(46.4)	4(57.1)	2(66.7)	
<b>ALCOHOL</b>						
SI	51(69.6)	65(57.5)	15(53.6)	3(42.9)	0(0)	0.059
NO	22(30.1)	48(42.5)	13(46.4)	4(57.1)	3(100)	
<b>OTRAS</b>						
NINGUNA	47(64.4)	82(72.6)	22(78.6)	4(57.1)	3(100)	0.080
COCAÍNA	5(6.8)	8(7.1)	0(0)	2(28.6)	0(0)	
POPPERS	1(1.4)	2(1.8)	3(10.7)	1(14.3)	0(0)	
MARIHUANA	20(27.4)	20(17.7)	3(10.7)	0(0)	0(0)	
HEROÍNA	0(0)	1(0.9)	0(0)	0(0)	0(0)	

**TABLA 8. DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ASPECTOS FAMILIARES**

ASPECTOS FAMILIARES	SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE A MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERÉCTIL SEVERA N (%)	p
<b>TIPOLOGIA</b>						
SOLO	9(12.3)	18(15.9)	4(14.3)	1(14.3)	1(33.3)	0.003
NUCLEAR	59(80.8)	76(67.3)	13(46.4)	6(85.7)	1(33.3)	
SEMINUCLEAR	1(1.4)	2(1.8)	3(10.7)	0(0)	0(0)	
CONSANGUÍNEA	0(0)	5(4.4)	0(0)	0(0)	0(0)	
COMPUESTA	1(1.4)	4(3.5)	6(21.4)	0(0)	0(0)	
EXTENDIDA MODIFICADA	3(4.1)	8(7.1)	2(7.1)	0(0)	1(33.3)	
<b>ESTRÉS FAMILIAR</b>						
NO HAY PROBLEMAS IMPORTANTES	22(30.1)	14(12.4)	7(25.0)	0(0)	0(0)	0.021
CRISIS LEVE	22(30.1)	22(19.5)	9(32.1)	2(28.6)	1(33.3)	
CRISIS MODERADA	17(23.3)	42(37.2)	8(28.6)	3(42.9)	0(0)	
CRISIS SEVERA	12(16.4)	35(31.0)	4(14.3)	2(28.6)	2(66.7)	

**TABLA 9. DISFUNCION ERECTIL Y DATOS CLÍNICOS**

DATOS CLÍNICOS	SIN DISFUNCIÓN ERECTIL N (%)	DISFUNCIÓN ERECTIL LEVE N (%)	DISFUNCIÓN ERECTIL LEVE A MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERECTIL MODERADA N (%)	DISFUNCIÓN ERECTIL SEVERA N (%)	p
<b>COMORBILIDADES</b>						
SI	33(45.2)	78(69)	15(53.6)	6(85.7)	2(66.7)	0.012
NO	40(54.8)	35(31)	13(46.4)	1(14.3)	1(33.3)	
<b>TIPO DE COMORBILIDAD</b>						
<b>DM</b>						
SI	1(1.4)	11(9.7)	4(14.3)	1(14.3)	0(0)	0.123
NO	72(98.6)	102(90.3)	24(85.7)	6(85.7)	3(100)	
<b>HTAS</b>						
SI	9(12.3)	19(16.8)	5(17.9)	1(14.3)	0(0)	0.845
NO	64(87.7)	94(83.2)	23(82.1)	6(85.7)	3(100)	
<b>DISLIPIDEMIA</b>						
SI	18(24.7)	30(26.5)	3(10.7)	1(14.3)	0(0)	0.347
NO	55(75.3)	83(63.5)	25(89.3)	6(85.7)	3(100)	
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD</b>						
SI	7(9.6)	22(19.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0.031
NO	66(90.4)	91(80.5)	28(100)	7(100)	3(100)	
<b>OTRAS*</b>						
SI	2(2.7)	10(8.8)	4(14.3)	4(57.1)	2(66.7)	0.000
NO	71(97.3)	103(91.2)	24(85.7)	3(42.9)	1(33.3)	

Se encontró como factor de riesgo asociado los eventos de crisis familiar con un riesgo de 2.670 veces más de presentar DE ( IC95% 1.382-4.339 p= 0.004) y el presentar comorbilidades aumenta también 2.449 veces (1.382-4.339 p=0.002). Tabla 10

**TABLA 10 . FACTORES RELACIONADOS CON DISFUNCIÓN ERECTIL**

VARIABLE	RAZÓN DE MOMIOS (RM)	IC 95%	P (FISHER)
<b>DISFUNCION ERÉCTIL/EDAD</b>			
20-24 AÑOS	1.769	0.7606-4.115	0.126
25-29 AÑOS	0.456	0.252-0.824	0.007
30-34 AÑOS	1.024	0.542-1.934	0.539
35-39 AÑOS	1.694	0.871-3.294	0.079
<b>DISFUNCIÓN ERECTIL/ ESTADO CIVIL</b>			
SOLTERO	1.061	0.604-1.865	0.474
CASADO	0.836	0.405-1.724	0.378
UNIÓN LIBRE	0.855	0.442-1.649	0.379
SEPARADO	1.500	1.366-1.647	0.136
DIVORCIADO	1.487	1.357-1.629	0.674
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL/NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>			
ALTA	0.480	0.029-7.784	0.547
MEDIA ALTA	0.862	0.278-2.671	0.502
MEDIA	0.958	0.486-1.887	0.515
MEDIA BAJA	0.869	0.485-1.556	0.371
BAJA ALTA	1.631	0.860-3.092	0.087
BAJA BAJA	0.528	0.184-1.556	0.178
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL/TIPOLOGIA FAMILIAR</b>			
SOLO	1.344	0.590-3.060	0.312
NUCLEAR	0.414	0.212-0.809	0.006
SEMINUCLEAR	2.466	0.283-21.499	0.363
CONSANGUÍNEA	1.500	1.366-1.647	0.136
COMPUESTA	5.106	0.641-40.677	0.078
EXTENDIDA MODIFICADA	1.833	0.495-6.784	0.273
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL/CRISIS FAMILIAR</b>	2.670	1.353-5.271	0.004
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL/PRESENCIA COMORBILIDADES</b>	2.449	1.382-4.339	0.002
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL/TRASTORNO DE ANSIEDAD</b>	1.608	0.653-3.958	0.206

## DISCUSIÓN

La disfunción eréctil ha sido definida como la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio, aunque es un trastorno benigno, afecta la salud física y psicosocial y tiene una repercusión importante en la calidad de la vida de quienes la sufren, así como de sus parejas y familias. <sup>(46)</sup>

Dentro de las causas de disfunción eréctil se encuentra que el 46% se encuentran pacientes con presencia de comorbilidades como son hipertensión arterial, dislipidemia, edad, alteraciones prostáticas y la presencia de síndrome metabólico, siendo las causas de este principalmente enfermedades de origen orgánico, factores psicológicos, neurológicas y hormonales. <sup>(7) (47)</sup>

El papel del médico familiar, siendo el principal pilar en la atención del primer nivel es de suma importancia, puesto que pacientes jóvenes, busquen apoyo y tratamiento como primera instancia, ante la problemática y es necesario aplicar un enfoque de riesgo a fin de evitar complicaciones psicosociales que este padecimiento conlleva. <sup>(5)</sup>

En nuestro estudio se observó que la prevalencia de disfunción eréctil en población masculina de 20-39 años de la UMF 20 de todos los encuestados es del 67.4% en cualquiera de sus grados, siendo del 50.4% leve, relacionándose con la edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipología familiar, presencia de estrés familiar, el tener alguna comorbilidad, padecer trastorno de ansiedad, sin embargo el mayor riesgo para disfunción eréctil es el estrés por crisis familiar aumentando 2.6 veces (IC95% 1.353-5.271 p=0.004) y 2.4 veces la presencia comorbilidades (IC95% 1.382-4.339 p=0.002), además se encontró como factor protector la edad entre 25-29 años disminuye en 0.456 veces menos (IC95% 0.252-0.824; p=0.007) la DE en cualquiera de sus grados.

González y cols. En su estudio previo (observacional, transversal y descriptivo <sup>(48)</sup> se reportó que el 33.8% presentó disfunción eréctil y los grados fueron, leve 17.9%, leve a moderada 7.9%, moderada 5.8% y severa 1.9%, en nuestra comunidad se observa la misma tendencia mayor severidad de DE se tiene menor número de casos, pero con porcentajes al doble encontrando una prevalencia de 67.4% en cualquiera de sus grados,

siendo del 50.4% DE leve, 12.5% DE leve a moderada, 3.1% moderada y 1.3% severa, pudiéndose deber que el personal que acude a la UMF presenta ciertas comorbilidades que favorecen la aparición de DE.

Norma, P.R y cols. encontraron en un estudio realizado en una población rural en México dentro de las principales causas de disfunción eréctil, esta puede deberse a causas multifactoriales, entre ellas el 25% psicógenas, 25% orgánicas y 45% mixtas <sup>(18)</sup> y Celada y cols. Encontraron Dentro de las causas las enfermedades crónicas degenerativas como HTAS se ha encontrado en el 15%, diabetes mellitus 26-35%, dislipidemia en un 26%, y la depresión tiene un papel importante con un riesgo relativo del 1.82. <sup>(27)</sup> en nuestro estudio se encontró que en la población en estudio 7.6% tenían diabetes mellitus, 15.2% hipertensión arterial, dislipidemia 23.2%, trastorno de ansiedad 12.9% y otras (VIH, anemia y ERC) en un 9.8%, siendo el 59.8% de todos los encuestados contra un 40.2% que no tenían ninguna enfermedad, esto debido a que la mayoría de los encuestados eran trabajadores o derechohabientes adscritos a UMF 20, mismos que acuden a esta misma para control de comorbilidades, factores asociados a riesgos de trabajos o a su sitios de trabajo.

Norma, P.R y cols. Reportan en su estudio realizado en México que la prevalencia de disfunción eréctil en población joven de 18 a 40 años de edad es del 18% <sup>(18)</sup>, nosotros encontramos que la prevalencia es del 67.4% esto se debe a que la población que acude a consulta a la UMF 20 principalmente tienen asociada una comorbilidad, que se suma a factores de riesgo lo que aumenta la probabilidad de presencia de DE, sin olvidar la contingencia COVID 19, que provocó el aumento de la incidencia de enfermedades mentales y con ello aumento en la prevalencia de DE.

Barroso y cols, <sup>(17)</sup> determinaron que los factores de riesgo encontrados en la población estudiada en la ciudad de México y Guadalajara fueron el nivel socioeconómico bajo, menor escolaridad, desempleo, estado civil soltero, en nuestro estudio se encontró que en la población estudiada el 57.15 eran solteros, escolaridad licenciatura 39.7%, 45.5% no tenían creencias religiosas, nivel socioeconómico media baja 34.8%, esto es debido al tipo de población en donde se llevó a cabo el estudio donde la mayoría de los participantes son trabajadores formando parte de la población activa.

Pamerol Monseny y cols <sup>(49)</sup> encontraron que la DE puede ser consecuencia de las relaciones sexuales iniciadas de manera precoz y promiscuidad, aunado a la dificultad para definir las preferencias sexuales llevando a causa de ansiedad, fallas en la autoestima y sentimiento de inferioridad, también se determinó que los hombres jóvenes con poca experiencia sexual pueden sentirse cohibidos frente a mujeres de su misma edad que ya han tenido relaciones con otros hombres. En cuanto a la preferencia sexual en nuestro estudio el 67.9% era heterosexual, el 25% homosexual y el 16% bisexuales, determinando así una población heterogénea, sin poder encontrar mediante este método asociación entre la preferencia y el origen psicógeno de la DE.

Del Río y cols. <sup>(50)</sup> determinó que el consumo de sustancias tanto como estimulantes, depresoras o psicodélicas mostrando que aquellos que consumen sustancias depresoras tienen una puntuación media mayor que los hombres que consumen una sustancia estimulante, sin embargo, no se señala si una sustancia influye más que otra. En nuestro estudio se determinó del consumo de sustancias nocivas: tabaco 65.6%, alcohol 59.8%, cocaína 6.7%, poppers 3.1%, marihuana 19.2%, heroína 0.4%.

González y cols. <sup>(51)</sup> Refieren que el área familiar resulta una fuente de distrés, lo que obliga constantemente a revivir conflictos y frustraciones, provocando alteraciones en los niveles catecolaminérgicos y serotoninérgicos, encontrando que esto se encuentra en un 88.1% los pacientes estudiados. En cuanto al estrés familiar se encontró que en la población estudiada el 25.2 tenían una crisis familiar leve, el 25% crisis moderada y el 24.6% crisis severa.

## CONCLUSIONES

Se determinó que la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes de 20 a 39 años es del 67.4% en cualquiera de sus grados, siendo del 50.4% DE leve, 12.5% DE leve a moderada, 3.1% moderada y 1.3% severa.

Se determinó que las variables de edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipología familiar, presencia de estrés familiar, el tener alguna comorbilidad, padecer trastorno de ansiedad están relacionadas con la presencia de DE sin embargo el mayor riesgo con significancia estadística es el estrés por crisis familiar aumentando 2.6 veces y la presencia de comorbilidades aumentando 2.4 veces, además se encontró como factor protector la edad entre 25-29 años disminuye en 0.456 veces menos la DE en cualquiera de sus grados.

En nuestro estudio se obtuvo en cuanto a los datos sociodemográficos la mayoría de los participantes estaban en el rango de edad de 25 a 29 años, escolaridad licenciatura, estado civil soltero, sin creencias religiosas, nivel socioeconómico media baja, preferencia sexual mujeres.

Se apreció que los aspectos familiares la tipología familiar predominante fue nuclear, en cuanto al estrés familiar las crisis moderadas fueron las más frecuentes.

En cuanto al consumo de sustancias nocivas se mencionó: tabaco 65.6%, alcohol 59.8%, cocaína 6.7%, poppers 3.1%, marihuana 19.2%, heroína 0.4%.

En cuanto a las comorbilidades encontramos un 7.6% diabetes mellitus, 15.2% hipertensión arterial, dislipidemia 23.2%, trastorno de ansiedad 12.9% y otras (VIH, anemia y ERC) en un 9.8%, siendo el 59.8% de todos los encuestados contra un 40.2% que no tenían ninguna enfermedad

Los principales factores asociados a disfunción eréctil fueron respecto a los aspectos familiares el pertenecer a una familia compuesta, el ser separado y tener algún grado de crisis familiar, respecto a los aspectos sociodemográficos se determinó como factor asociado la edad entre 20-24 años, el nivel socioeconómico bajo alto, por otro lado, los

aspectos clínicos existe una asociación en cuanto a la presentación de comorbilidades y trastorno de ansiedad. Lo que nos hace pensar que en cuanto a la sexualidad en el primer nivel de atención sigue siendo un tabú debido al desconocimiento del paciente del grado de enfermedad o su presencia tanto como a la búsqueda intencionada del médico familiar con enfoque de riesgo en el grupo etario en estudio, siendo todas las complicaciones que esta patología puede tener a corto, mediano y largo plazo. El papel del médico familiar ante la presencia de disfunción eréctil en pacientes jóvenes, es un reto tanto para el diagnóstico oportuno y tratamiento integral, mismo que no ha sido llevado a cabo, al no reconocerse como un problema de salud pública, por lo que es necesario promover las medidas necesarias entre el personal de salud como en la población en general; asimismo, es preciso reconocer que se requiere de realizar más investigaciones con el fin de profundizar en los hallazgos encontrados.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se sensibilice al personal de salud para que este reconozca como problema de salud pública la disfunción eréctil en la población joven, con el fin de mejorar la calidad de vida de paciente tanto en el ámbito biológico, psicológico y social, a fin de evitar las complicaciones potenciales.
- Es importante brindar información de manera oportuna a los derechohabientes del instituto en el ámbito de sexualidad para así mejorar la calidad de atención, el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad.
- Se sugiere la utilización del cuestionario IEEF-5 en todo paciente que acuda a consulta del primer nivel para la detección oportuna de disfunción eréctil, a fin de determinar el tratamiento integral necesario.
- Se recomienda que el personal de salud tenga actualizada la información sobre disfunción eréctil.
- Se recomienda mantener en control las enfermedades crónico-degenerativas y promover hábitos de vida saludable, para evitar la aparición de estas.
- Se propone enfatizar la necesidad de estrategias para la detección oportuna de disfunción eréctil en cualquiera de sus grados, tratamiento y envío en caso necesario al segundo o tercer nivel de atención, según sea el caso, para así lograr mejorar el estado de salud del paciente en el ámbito biopsicosocial, previniendo las complicaciones para una mejor calidad de vida, tanto para el paciente, su pareja y familia.
- Se promoverá la necesidad de buscar estrategias para envío a servicios de apoyo para disminuir los factores que contribuyen a la disfunción eréctil. Como son nutrición, clínica antitabaco, psicología, trabajo social.

## LIMITACIONES

- Algunos pacientes acudieron junto con su pareja y la información asentada en el cuestionario puede verse alterada.
- La contingencia Sars Cov2 aumento el riesgo de padecer alguna enfermedad mental, mismo que aumenta el riesgo de padecer disfunción eréctil, dificultando de cierta manera los resultados obtenidos.
- No olvidar en futuras investigaciones el impacto de la contingencia Sars Cov2 tanto en la salud mental como en la presencia de disfunción eréctil, ya que en dicho estudio esta variable no se determinó.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Barroso Aguirre J, Ugarte y Romano F, Pimentel Nieto D. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum.* 2001; 15(4).
2. Parazzini F, Menchini F, Bortolotti A. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy.. *Europ Urology.* 2000; 37(1).
3. Sell Lluveras JL, Padrón Durán RS. Disfunción sexual eréctil. *Rev Cubana Endocrinol.* 2001; 12(2).
4. Panach Navarrete J, Morales Giraldo A, Ferrandis Cortés C, García Moratam F, Pastor Lence JC, Martínez Jabaloyas JM. Satisfaction and treatment adherence in erectile dysfunction in the medium and long term. *Actas Urológicas Españolas.* 2017; 41(4).
5. Rodríguez Rodríguez T. Disfunción sexual eréctil: ¿apenas una dificultad de los órganos sexuales? *Finlay.* 2017; 7(3).
6. Aguilar Manríque SK, Del Perpetuo Socorro Mendiburu Zavala CE, Carrillo Mendiburu JC. Relación entre periodontitis y disfunción eréctil: ¿realidad o mito? *ADM.* 2020; 77(6): p. 306-311.
7. Diosdado-Figueiredo M, Balboa-Barreiro V, Sonia Pd, Et.al.. Erectile dysfunction in patients with arterial hypertension. Cardiovascular risk and impact on their quality of life. *Medicina clínica.* 2019; 152(6): p. 209-215.
8. Gandaglia G. A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Eur Urol.* 2014; 65: p. 968-978.
9. Durán-Ortiz S, Calao-Pérez MB. Estudio comparativo del sildenafil vs vardenafil en el tratamiento de disfunción eréctil en pacientes con lesión medular. *Bol Col Mex Urol.* 2018; 33(2): p. 46-51.
10. Moreno-Sesmero A, Rodríguez-Díaz R. Relaciones entre laboratorios y medios de comunicación. *Fármacos y enfermedades en la prensa: el caso de la disfunción*

- eréctil, Viagra y Cialis. Rev Española de comunicacion en salud. 2018; 9(1): p. 35-45.
11. Sánchez Aguirre ID, García Perdomo HA,.. Intervenciones no farmacológicas para la prevención de la disfunción eréctil. Revista Mexicana de Urología. 2019; 79(1): p. 1-18.
  12. Kessler A, Sollie S. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. BJUI international. 2019; 124(4).
  13. Teresa FS, Rojas Pérez APY, Santos-Hedman DJ. Epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos de un área de salud. Revista Cubana de Medicina. 2018; 57(2).
  14. Castelo Elias L, Romero Hung M, Aguilar Amaya RJ, De Dios Blanco E. Protocolo de atención a la disfunción eréctil. Sexología y sociedad. 2016; 22(2): p. 188-215.
  15. Ramírez Ramos JK, Borboa García C, Delgado Quiñones EG. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años. Revista Médica MD. 2015; 6(4).
  16. Ceballos Mdp, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. Urología Colombiana. 2015; 24(3).
  17. Ugarte FYR, Barroso Aguirre J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. Rev. Mexicana de Urología. 2001; 6(2).
  18. Norma PR, Ligia LG. Disfunción eréctil en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas en una población rural de Yucatán, México. Revista Mexicana de Urología. 2012; 72(5).
  19. Orimoloye OA, Feldman DI, Blaha MJ. Erectile dysfunction links to cardiovascular disease-defining the clinical value. Trends in Cardiovascular Medicine. 2019; 29(458-465).
  20. Urina Jassir D, Urina Triana M, Urina Jassir M, al E. Evaluación de la percepción en el uso de betabloqueadores para el tratamiento de la hipertension arterial antes y despues de una intervencion educativa: resultados de una encuesta nacional. Revista

- latinoamericana de Hipertensión. 2017; 12(5).
21. Manolis A, Doumas M, Ferri C, Giuseppe M. Erectile dysfunction and adherence to antihypertensive therapy: focus on beta blockers. *European Journal of internal medicine*. 2020; 81(1-6).
  22. Figueroa García J, AJ. PP. Asociación del control glucémico con la disfunción eréctil en pacientes diabéticos. *Rev Mex Urol*. 2017; 77(1): p. 5-11.
  23. Ahsaini M, Omana JP, Mellas S. Dysfonction érectile chez les patients diabétiques type 2, prévalence et gravité au service D' Urologie du centre Hospitalier Universitaire de Fés, Maroc: á propos de 96 cas (étude transversale). *PanAfrican Medical Journal*. 2020; 37(205).
  24. Scott RB, N. Brayer B, Stampfer MJ, Rimm EB, Giovannucci EL, Kenfield SA. Association of diet with erectile dysfunction among men in the health professionals follow up study. *Jama Network open*. 2020; 3(11).
  25. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the massachusetts male aging study. *psychosomatic medicine*. 1998; 60(4).
  26. Poepl TB, Langguth B, Laird AR, Eickhoff SB. Meta-analytic Evidencia for neural disactivity underlying sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*. 2019; 16(614-617).
  27. Celada Rodríguez Á, Celada Roldán C, Tárraga Marcos ML, al e. Factores influyentes en la aparición de disfunción eréctil. *Journal of negative & No positive results*. 2016; 1(3): p. 107-114.
  28. Fonte Sevillano T, Rojas Pérez A, Hernández Pino Y, Santos Hedman DJ. Epidemiología de la disfunción eréctil en ancianos de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina*. 2018; 57(2).
  29. Ma J, Zhang Y, Bao B, Chen W, Li H, Wang B. Prevalence and associated factors of erectile dysfunction, psychological disorders, and sexual performance in primary vs secondary infertility men. *Reproductive Biology and endocrinology*. 2021; 19(43).

30. Crafa A, Cannarella R, Condorelli RA, La Vignera S, Calogero AE. Is there an association between vitamin D deficiency and erectile dysfunction? A systematic review and meta-analysis. *MDPI nutrients*. 2020; 12(1411).
31. Gonzales S, Benjamin , Cendejas G, Jesus , Rivera R, J.Alejandro. The correlation between lower urinary tract symptoms (LUTS) and erectile dysfunction (ED): results from a survey in males from Mexico city (MexiLUTS). *World J Urol*. 2015; 10(015).
32. Cabrera Ledesma J, Viveros Contreras C, Torres Aguilar J. Eficacia de tadalafilo y tamsulosina en pacientes operados de prostatectomía radical extraperitoneal videoendoscópica en la recuperación de función eréctil. *Bol Col Mex Urol*. 2018; 33(3): p. 96-102.
33. Cem Bulut E, Ertas K, Bulut D, Yavuz Koparal M, Cetin S. The effect of Covid-19 epidemic on the sexual function of healthcare professionals. *Andrologia wiley*. 2020; 53(13).
34. De Simone G, Mancusi C. Erectile dysfunction and arterial hypertension: still looking for a scapegoat. *European Journal of Internal Medicine*. 2020; 81(22-23).
35. Rosen RC ea. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997; 49(6): p. 822-30.
36. H. Hirsh I. Disfunción eréctil. *Manual MSD versión para profesionales*. Julio; 1(1).
37. Morales Hernández MdC, Martínez Ibáñez MT. Disfunción eréctil. *AMF*. 2019; 15(8): p. 469-474.
38. Ávila-Naún V, Martínez-. Efectividad del sildenafil en la disfunción sexual eréctil en pacientes con cáncer de próstata. *Revista información científica*. 2019; 98(1): p. 44-53.
39. Chai Y, Zhang Y. Efficacy and Safety of combination Comprising Tamsulosin and PDE5.Is, relative to monotherapies, in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction associated with benign prostatic hyperplasia: a metaanalysis. *American Journal of men´s health*. 2021; 1(2).
40. Fojecki G, Tiessen S, Osther P. effect of linear, low-intensity extracorporeal shock wave therapy for erectile dysfunction. *European Urology Supplements*. 2018; 17(2): p.

e1701-e1702.

41. comunitaria SEdMdfy. AMF actualización en Medicina de Familia. [Online].; 2020. Acceso 10 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2796](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2796).
42. Sullivan JF, Campbell KJ, Lipshultz LI. Combination therapies for erectile dysfunction- a Sinergy of modalities holds the key. *Jama Network open*. 2021; 4(2).
43. Stedman M, Whyte MB, Lunt M, Albanese M, et.al.. The treatmen rate of erectile dysfunction (ED) in younger men with type 2 diabetes is up to four times higher than the equivalent non-diabetes population. original paper *metabolism & endocrinology*. 2020; 74(10).
44. Sheweita A, Meftah AA, Sheweita MS, Balbaa ME. Erectile dysfunction drugs altered the activities of antioxidant enzymes, oxidative stress and the protein expressions of some cytochrome P450 isozymes involved in the steroidgenesis of steroid hormones. *Plos one*. 2020; 1(15).
45. Guillen V, Ramón rueda J, Lopez Argumedo M, Solá I, Ballesteros J. Apomorphine for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*. 2020; 49(5).
46. Guzmán Esquivel J, Delgado Enciso I, Guzmán Solorzano JAea. Disfunción eréctil, síntomas del tracto urinario inferior y la calidad de vida en varones de 50 años. *Andrología*. 2021; 74(2): p. 224-230.
47. Rodriguez-Rodriguez T. Disfunción sexual eréctil: ¿apenas una dificultad de los órganos sexuales? *Revista Finlay*. 2017; 7(3): p. 225-228.
48. González Cuenca E, Villeda Sandoval C, Sotomayor de Zavaleta M. Prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven. *Revista Mexicana de Urología*. 2012; 72(5): p. 245-249.
49. Pamerol Monseny JM. Disfunción eréctil de origen psicógeno. *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63(8): p. 599-602.

50. influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. international journal of clinical and health psychology. 2015; 1(1): p. 37-43.
51. Tte. Cor. González, Teresa; Trapaga Ortega, Miriam; Méndez Gómez, Myneyda. Revista cubana de Medicina militar. 1999; 28(1).

## **ANEXOS**

# Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



## Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404  
UMF FAMILIAR NÚM 29

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002  
Registro CONBOÉTICA CONBOÉTICA 09 CEI 013 3018082

FECHA: Lunes, 28 de junio de 2021

**Dra. Mónica Adriana Pineda Gutiérrez**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39 AÑOS EN LA UMF N°20** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-031

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

*[Firma]*

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ANEXO 2)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"PREVALENCIA Y CAUSAS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ADULTOS DE 20 A 39 AÑOS EN LA UMF N°20"
Patrocinador externo:	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar #20 Vallejo, IMSS. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M a ___de___del 2021
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El creciente aumento de disfunción eréctil, dado por las características sociodemográficas, comorbilidades propias del paciente, hace imprescindible conocer la prevalencia de esta para determinar la magnitud del problema y así determinar un tratamiento integral en pro del derechohabiente.</p> <p>Sin embargo, el estudio de disfunción eréctil en hombres jóvenes ha sido poco documentado en la literatura internacional, existiendo un estudio realizado el cual reporta una prevalencia de disfunción eréctil de 18% en mayores de 18 años, en la cual existe una alta relación la ausencia de una pareja estable. Los datos obtenidos fomentaran a la atención y tratamiento oportuno de los pacientes de este grupo de edad en el área de medicina familiar.</p>
Procedimientos:	Si usted participa en este el estudio se aplicará una un cuestionario sobre datos personales, como edad, orietación sexual, grado de estudios, alcoholismo, tabaquismo, uso de otras sustancias de abuso, enfermedades que padezca, el tipo de familia al cual pertenece, estrés en la familia, y determinación de presencia de disfunción eréctil..
Posibles riesgos o molestias	Este estudio puede generarle un riesgo mínimo, pues se le harán preguntas en relación con disfunción eréctil y datos sociodemográficos, que le pueden originar molestias emocionales si esto sucede, en el momento en que se sienta incómodo respondiendo alguna pregunta con gusto se le orientara sobre el tema.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si usted contesta la encuesta no obtendrá ningún beneficio personal, ningún trato especial en sus próximas consultas médicas, sin embargo los resultados serán de plena importancia ya que aportara información al personal de salud y derechohabientes de la UMF N°20 sobre las principales causas de disfunción eréctil y la prevalencia en poblacion de 20 a 39 años, lo que promoverá en el personal médico un diagnóstico y tratamiento oportuno, en beneficio de los derechohabientes que pertenezcan al grupo de edad en la población estudiada.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se respetará su anonimato y los datos de usted solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de tal forma que no se identificará ningún dato personal de usted .
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificará de ninguna manera la atención médica o cualquier servicio que recibe usted dentro del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que lo

identifique le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

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

  

No deseo participar en el estudio

Si deseo participar en el estudio

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA. MÓNICA ADRIANA PINEDA GUTIÉRREZ. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 99352722. Adscrita a la UMF 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 5557874422 ext. 15320. Email: [mopigu88@hotmail.com](mailto:mopigu88@hotmail.com)

Investigador metodológico

DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 11660511. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 ext. 15368/15368. / [santa.vega@imss.gob.mx](mailto:santa.vega@imss.gob.mx)

Colaboradores:

DR. LUIS ALBERTO GUADARRAMA ATRIZCO. Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. Matrícula 98358734. Adscrito a la UMF. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX. Tel.: 5557874422 ext. 15320 E-mail: [qfbalbertoquadarrama@gmail.com](mailto:qfbalbertoquadarrama@gmail.com)

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma de la madre

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-01

**ANEXO 3**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20 "VALLEJO"  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**

FOLIO N°: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN  
ADULTOS DE 20 A 39 AÑOS EN LA UMF N°20**

Instrucciones: el presente cuestionario se compone de 3 secciones, cada una consta de diferentes preguntas e instrucciones, favor de contestar cada una de ellas completamente, de la manera más precisa posible. Recordándole que, en caso de cualquier duda, puede preguntar al encuestador. Gracias.

**SECCION 1. DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS.**

**Instrucciones:** favor de marcar con una X la situación que más se acerque a su situación actual, en caso de seleccionar otro, especifique la respuesta.

**1.- ¿Ha iniciado usted su vida sexual? (definido como actividad sexual con pareja o bajo estimulación propia). Favor de marcar con una X.**

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

En caso afirmativo continúe el cuestionario.

**2.- ¿Cuál es su edad en años cumplidos en este momento?**

	<b>años</b>
--	-------------

**3.- Padece alguna enfermedad en este momento ya diagnosticada**

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

En caso afirmativo, ¿padece alguna de las siguientes enfermedades? Puede elegir más de una:

**4.- ¿usted fuma o fumó?**

Diabetes mellitus O prediabetes	Hipertensión arterial sistémica (presión alta)	Trastorno de ansiedad o depresión	Dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos altos)	Enfermedades cardíacas como insuficiencia cardíaca o algún infarto del corazón o cerebro (IAM o EVC)	Alteraciones medulares (daño a nivel de nervios lumbosacros)	<b>OTROS</b> Especifique:
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---	--	--	------------------------------

<b>Si</b>	<b>No</b>
-----------	-----------

En caso afirmativo, ¿Cuántos cigarrillos a la semana consume o consumía?:

1-9 cigarrillos semanales	10-19 Cigarrillos semanales	20 a 39 cigarrillos semanales (de 1 a 2 cajetillas)	40 a 59 Cigarrillos semanales (de 2 a 3 cajetillas)	De 60 a 80 cigarrillos semanales (de 3 a 4 cajetillas)	Otros. especifique
---------------------------------	-----------------------------------	---	---	--	-----------------------

5.- ¿usted consume alcohol o consumía?

Si	No
----	----

En caso afirmativo, que tipo de bebida consume o consumía con mayor frecuencia:

Cerveza	Ron	Whisky	Pulque	Vino	Tequila	Otros. Especifique
---------	-----	--------	--------	------	---------	-----------------------

6.- ¿consume o ha consumido alguna sustancia que sea considerada de abuso o ilegal (por ejemplo, marihuana, cocaína, éxtasis, poppers (nitratos), entre otras)

Si	No
----	----

En caso afirmativo, cual: \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuál es su grado máximo de estudios? (entiéndase como grado máximo como el nivel escolar cursado completado)

No estudió	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Posgrado
---------------	----------	------------	--------------	-------------	----------

8.- ¿Cuál es su preferencia sexual? (entiéndase como la atracción romántica y/o sexual hacia otra persona)

Hombres	Mujeres	Ambos
---------	---------	-------

9.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Divorciado	Viudo
---------	--------	-------------	----------	------------	-------

**10.- Contando todos los miembros de su familia que aportan económicamente al gasto familiar, ¿Cuál es el aporte económico mensual familiar expresado en pesos mexicanos? Marque solo una opción**

Más de 85,000 pesos	
35,000 a 84,999 pesos	
11,600 a 34,999 pesos	
6,800 a 11,599 pesos	
2,700 a 6,799 pesos	
0 a 2,699 pesos	

**11.- ¿Forma parte de algún grupo religioso o congregación, o tiene creencias acerca de alguna de ellas?**

Si	No
----	----

**En caso afirmativo, ¿Cuál?:**

Católico	Cristiano	Testigo de jehová	Mormón	Otros Especifique:
----------	-----------	----------------------	--------	-----------------------

**12.- ¿Con quién vive?**

<b>Padre y madre.</b>	<b>Padre y madre. Hermanos</b>	<b>Padre o Madre y hermanos</b>	<b>Hermanos</b>	<b>Esposa(o) o pareja sin hijos</b>	<b>Esposa (o) o pareja con hijos</b>
<b>Hijos</b>	<b>Hijos y esposa(o) o pareja + Parientes como primos, tíos o abuelos</b>	<b>Parientes como primos, tíos o abuelos</b>	<b>Personas que no compartan lazos sanguíneos</b>	<b>Solo</b>	

## SECCIÓN 2. ESCALA DE ESTRÉS DE HOLMES-RAHE

**INSTRUCCIONES:** la siguiente tabla, presenta eventos que le hayan sucedido durante el año anterior, favor marcar con una X en el apartado presentado si lo ha presentado o presenta (puede seleccionar varios), Cualquier duda favor de preguntar al entrevistador.

EVENTO DE VIDA	PRESENTADO	PUNTAJE
1.- MUERTE DEL CONYUGE		100
2. DIVORCIO		73
3.- SEPARACIÓN MARITAL DE LA PAREJA		65
4.- DETENCIÓN EN UNA CÁRCEL U OTRA INSTITUCIÓN		63
5.- MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO		63
6.- LESIÓN O ENFERMEDAD PERSONAL IMPORTANTE		53
7.- CASAMIENTO		50
8.- DESPIDO LABORAL		47
9.- RECONCILIACIÓN MARITAL CON LA PAREJA		45
10.- JUBILACIÓN		45
11.- CAMBIO IMPORTANTE EN LA SALUD O CONDICION DE UN FAMILIAR		44
12.- EMBARAZO		40
13.- PROBLEMAS SEXUALES		39
14.- NUEVO INTEGRANTE EN LA FAMILIA (NACIMIENTO, ADOPCIÓN, ADULTO MAYOR QUE SE MUDO CON USTED, ETC..)		39
15.- REAJUSTE COMERCIAL IMPORTANTE		39
16.- CAMBIO IMPORTANTE DEL ESTADO FINANCIERO (MUCHO PEOR O MEJOR QUE LO HABITUAL)		38
17.- MUERTE DE UN AMIGO CERCANO		37
18.- CAMBIO DE RUBRO LABORAL		36
19.- CAMBIO IMPORTANTE EN LA CANTIDAD DE DISCUSIONES CON EL CÓNYUGE (YA SEA MUCHO MÁS O MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL CON RESPECTO A LA CRIANZA DE LOS HIJOS, HABITOS PERSONALES, ETC..)		35
20.- TOMAR UNA HIPOTECA(SOBRE LA CASA, NEGOCIO, ETC.)		31
21.- EJECUCIÓN DE UNA HIPOTECA O PRÉSTAMO		30
22.- CAMBIO IMPORTANTE DE LAS RESPONSABILIDADES LABORALES (ASCENSO, DESCENSO DE CATEGORIA, ETC.)		29
23.- HIJO O HIJA QUE DEJA LA CASA (POR CASAMIENTO, PARA IR A LA UNIVERSIDAD, PARA ENTRAR A FUERZAS ARMADAS, ETC..)		29
24.- PROBLEMAS CON PARIENTES POLÍTICOS		29
25.- LOGRO PERSONAL SOBRESALIENTE		28
26.- CÓNYUGE QUE EMPIEZA A TRABAJAR FUERA DE LA CASA O DEJA DE HACERLO		26
27.- COMIENZO O FIN DE LA EDUCACIÓN FORMAL.		26
28.- CAMBIO IMPORTANTE EN LAS CONDICIONES DE VIDA (CASA NUEVA, REMODELACIÓN, DETERIORO DEL BARRIO O LA CASA, ETC.)		25

29.- MODIFICACIÓN DE HÁBITOS PERSONALES (COMO SE VISTE, PERSONAS QUE FRECUENTA, DEJAR DE FUMAR, ETC.)		24
30.- PROBLEMAS CON EL JEFE		23
31.- CAMBIOS IMPORTANTES EN LAS CONDICIONES LABORALES O LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS		20
32.- CAMBIOS DE DOMICILIO		20
33.- CAMBIO A UNA NUEVA ESCUELA		20
34.- CAMBIO IMPORTANTE EN EL TIPO Y/O LA CANTIDAD DE RECREACIÓN HABITUAL		19
35.- CAMBIO IMPORTANTE EN LA ACTIVIDAD RELACIONADA CON LA IGLESIA (MUCHO MÁS O MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL)		19
36.-CAMBIO IMPORTANTE EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES (CLUBES, CINE, VISITAS, ETC.)		18
37.- SACAR UN PRÉSTAMO (PARA UN AUTO, TV, ELECTRODOMESTICOS, ETC.)		17
38.- CAMBIO IMPORTANTE EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO (MUCHO MÁS O MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL)		16
39.- CAMBIO IMPORTANTE EN LA CANTIDAD DE REUNIONES FAMILIARES (MUCHO MÁS O MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL)		15
40.- CAMBIO IMPORTANTE EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS (INGESTA MUCHO MAYOR O MUCHO MENOR DE ALIMENTOS U HORARIOS O AMBIENTES MUY DIFERENTES PARA LAS COMIDAS)		15
41.- VACACIONES		13
42.- FESTIVIDADES IMPORTANTES		12
43.- VIOLACIONES MENORES DE LA LEY (MULTAS DE TRÁNSITO, CRUCE IMPRUDENTE DE CALLES, ALTERACIÓN DEL ORDEN, ETC.)		11
<b>TOTAL: (A SER LLENADO POR ENCUESTADOR)</b>		<b>1466</b>

### SECCIÓN 3. CUESTIONARIO IIEF-5

**INSTRUCCIONES:** las siguientes preguntas se refieren a los últimos 6 meses, cada una cuenta con 5 respuestas posibles, Favor de marcar con una X la respuesta que mejor describa su situación. Solo marque una respuesta por cada pregunta.

<b>1.- en los últimos 6 meses, ¿Cómo califica la confianza que tiene en poder mantener una erección?</b>				
<b>Muy baja</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Muy alta</b>

<b>2.- en los últimos 6 meses. Cuando tiene erecciones mediante estimulación sexual, ¿con que frecuencia sus erecciones tienen la dureza suficiencia para la penetración?</b>				
<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>

<b>3.- en los últimos 6 meses. Durante las relaciones sexuales, ¿Con que frecuencia puede mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?</b>				
<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>

<b>4.- en los últimos 6 meses. Durante las relaciones sexuales, ¿Qué tan difícil es mantener su erección hasta el final del acto sexual?</b>				
<b>Extremadamente difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Ligeramente difícil</b>	<b>Nada difícil</b>

<b>5.- en los últimos 6 meses. Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con que frecuencia eran satisfactorias para usted?</b>				
<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>

PUNTAJE TOTAL SECCIÓN 3: \_\_\_\_\_

**Gracias por su participación.**

