



11226  
102

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION ERECTIL Y FACTORES DE  
RIESGO ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

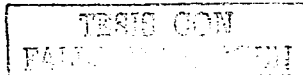
**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. KARLA GUISELLE WONG MELENDEZ**

**ASESOR: DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A LA U.M.F. No. 33**



**IMSS**

**MEXICO, D. F.**



**2003**



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**

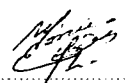
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

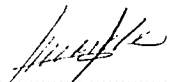
**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**




DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 33 EL ROSARIO



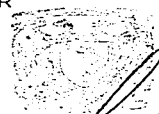

DR. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR



DR. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR



DR. KARLA GUISELLE WONG MELENDEZ  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

TRABAJO  
FAMILIAR

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme estar aquí.

A mi padre por la gran admiración que te tengo y ser un ejemplo a seguir como mi ideal de lo que es un excelente Médico Familiar. Por enseñarme desde siempre lo importante de una actitud positiva hacia la vida y por inculcarme que la Medicina es un "arte".

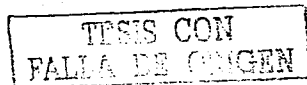
A mi madre, por tu gran amor y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida. Por inculcar en mí el sentido de superación y responsabilidad en todo lo que me he propuesto y porque siempre puedo contar contigo.

A ti mi hermana menor, por tu apoyo y porque espero ser un buen ejemplo a seguir y sé que con mis logros puedo demostrarte que a pesar de todas las adversidades que se presenten en tu vida puedes lograr lo que te propongas. "Nunca dejes que te derroten los hechos y demuestra lo que vales".

A todas las personas de mi familia que de alguna manera han contribuido a mi desarrollo personal y profesional, por el simple hecho de estar cerca de mí.

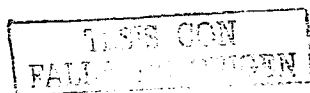
A mis amigos por compartir conmigo los momentos más significativos de mi vida, buenos y malos.

A mis profesores por brindarme los elementos necesarios para ser un médico familiar con la calidad y calidez necesarias en beneficio de mis pacientes.



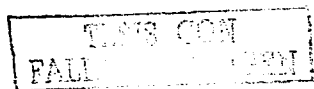
## INDICE

TITULO	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	13
ANÁLISIS	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	34



TITULO

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN  
ERÉCTIL Y FACTORES DE RIESGO  
ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN



## INTRODUCCION

Al hombre que es incapaz de conseguir o mantener una erección que le permita realizar el acto sexual con penetración se le suele colocar la etiqueta de "impotente", palabra que no solo posee connotaciones peyorativas sino que tiene poco en cuenta el complejo proceso de la función sexual masculina. La pérdida parcial o total de esta capacidad afecta a muchos hombres y ocasiona, en muchos casos, tensión mental que repercute de forma negativa en sus relaciones personales y su calidad de vida.(1)

Es difícil obtener cifras precisas sobre la prevalencia de Disfunción Eréctil en la población masculina mundial, no obstante los datos sobre un buen número de estudios en los E.U.A. y Gran Bretaña son similares, siendo estas cifras consideradas como las mejores estimaciones. Se estima que la prevalencia es alrededor del 5% entre los individuos de 40 años, del 10% en los de 60 años, del 20% en los de 70 años y del 30-40% en los pacientes octogenarios y 50% en nonagenarios, con estas cifras se ha considerado que este padecimiento afecta a más de 100 millones de hombres en todo el mundo. (2)

El primer estudio más relevante en cuanto a disfunción eréctil fue realizado por Feldman y cols de 1987 a 1989 "Estudio de Massachussets sobre el envejecimiento Masculino(MMAS) que consistió en una encuesta de observación de muestras al azar de varones entre 40 a 70 años utilizando un cuestionario de autoevaluación sobre la actividad sexual tomando en cuenta además parámetros fisiológicos, variables sociodemográficas, índices psicológicos e información sobre el estado de salud, medicamentos, tabaquismo y estilo de vida. Encontrando una prevalencia combinada de disfunción leve, moderada y severa del 52%. La edad de los sujetos fue la variable más estrechamente asociada con la impotencia, la probabilidad más elevada de disfunción se encontró directamente correlacionada con cardiopatía, hipertensión, diabetes, medicamentos asociados e índices de ira y depresión, e inversamente correlacionada con dehidroepiandrosterona sérica, colesterol HDL y un índice de personalidad dominante. (3,4)

Los factores psicológicos como depresión, relaciones interpersonales inadecuadas así como la depresión son factores de riesgo que condicionan la aparición de la Disfunción Eréctil. El estilo de vida en adultos jóvenes es un factor de riesgo importante como el tabaquismo, el exceso de bebidas alcohólicas, el estrés y la drogadicción (5,6)

El estudio DENSA en Venezuela, Ecuador y Colombia, determinó una prevalencia de disfunción eréctil en el norte de América del Sur del 54% encontrando una similitud en cuanto a los factores de riesgo similares a los reportados en el estudio clásico MMAS. Concluyendo además que el factor orgánico predomina en cerca del 70% de los casos, aún cuando puedan existir factores psicógenos acompañantes.(7)





El primer estudio epidemiológico en México orientado a conocer la prevalencia de un problema tan importante fue realizado por Gallup(Agencia de investigación de mercado y estudios de opinión pública), dando a conocer los resultados en el Congreso de la Sociedad Mexicana de Urología, el 19 de noviembre del 2000, en Puerto Vallarta, México.

Con similitud a los estudios previos a nivel mundial, se reportó una incidencia general del 55%, de la cual el 37% fue leve, 10% moderada y el 8% severa. La forma más severa fue más frecuente a mayor edad. Además se concluyó que la Disfunción Eréctil es un problema de salud pública en México, es más frecuente de lo que se piensa, y se relaciona con múltiples factores de riesgo: patologías crónicas como la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y prostáticas, así como con la edad. Siendo los datos de este estudio comparables con la literatura mundial (8)

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (D.E.) se define como el fracaso recurrente y persistente en obtener o mantener una erección suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria(1, 2,3,4,5,6). Se considera a la penetración vaginal sostenida durante un tiempo suficiente para el logro del orgasmo en el varón y la satisfacción de la pareja como el criterio más claro para considerar a la actividad sexual como satisfactoria (5,6)

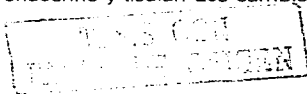
Para clasificar a la Disfunción Eréctil se incluyen criterios como fracaso en mantener una erección suficiente para la penetración, la presencia, calidad y frecuencia de las erecciones al despertar, así como la presencia de algún grado de reacción peneana con la actividad sexual ya sea interpersonal o autoerótica

La Disfunción LEVE es la pérdida de rigidez en la erección que se traduce en dificultades para lograr la penetración vaginal, aún tiene algún grado de capacidad para completar el coito, pero aparece en forma recurrente el fracaso. Los pacientes usualmente conservan sus erecciones al despertar en la mañana, aunque con una rigidez menor a la habitual y con disminución en la frecuencia

La Disfunción MODERADA es cuando aún se conserva alguna reacción peneana en las interacciones eróticas, pero el coito no puede completarse porque la erección se pierde antes de la culminación satisfactoria. Las erecciones al despertar en la mañana pueden haberse perdido o conservar una clara disminución en la rigidez

La Disfunción SEVERA es cuando se ha perdido toda la capacidad de erección, independientemente de las circunstancias y modo en que se buscan, sea el encuentro erótico, autoestimulación o las erecciones nocturnas o al despertar en la mañana (5,6,7)

Cualquier alteración en la fisiología normal de la erección provocará una Disfunción Eréctil. Una erección es un fenómeno multifactorial que presupone la integridad de los sistemas nervioso, vascular, endocrino y tisular. Los cambios en



cualquiera de estos elementos puede contribuir a la presentación del padecimiento:

-Alteraciones vasculares: a nivel arterial ya sea por alteraciones ateroscleróticas o lesiones postraumáticas, reducen el flujo sanguíneo hacia el tejido eréctil, disminuyendo la calidad de la erección peneana, o también por mecanismo veno-oclusivo ya que impide que la sangre permanezca dentro de los cuerpos cavernosos.

-Cambios neurológicos: en las diversas vías neurológicas, sean estas aferentes o eferentes, somáticas o autónomas.

-Cambios locales: es fundamental la integridad del tejido eréctil y estructuras anatómicas implicadas en la erección.

-Alteraciones endocrinas: presentes aproximadamente en un 7% de todos los casos asociada con la disminución en la producción de testosterona que tiene que ver directamente con la disminución de la libido.(5,6,7)

La Diabetes Mellitus constituye la causa orgánica más frecuente que ocasiona Disfunción, aproximadamente el 50% de los diabéticos desarrollan disfunción eréctil en el curso de su enfermedad. Diversos autores mencionan que existen una serie de factores centrandó el problema principalmente en la neuropatía que es la complicación crónica más común y se refiere a las alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso periférico en el área somática, motora o ambas y al sistema nervioso autónomo o vegetativo. El factor central de daño a la estructura del nervio es la hiperglucemia, es decir a mayor descontrol en los niveles séricos de glucosa más frecuente será la neuropatía, teniendo que ver además el tiempo de duración de la enfermedad ( en promedio 10 años de padecer la enfermedad para desarrollar cierto grado de neuropatía). La neuropatía autonómica o vegetativa es un subtipo de neuropatía difusa que afecta a distintos aparatos y sistemas, uno de los afectados es el sistema genitourinario que se subdivide en neuropatía diabética con disfunción vesical y con disfunción sexual. (9)

En muchos hombres que padecen enfermedad vascular y sus complicaciones, las arterias han perdido su capacidad para aportar la cantidad de sangre que los órganos del cuerpo requieren Sin la cantidad suficiente de oxígeno y de nutrientes, los tejidos llegan a lesionarse y menos capaces de funcionar como solían hacerlo. Debido a las que las erecciones dependen de la cantidad adecuada de flujo sanguíneo hacia el interior del pene, es lógico que cualquier trastorno que afecte los vasos sanguíneos está relacionado con el desarrollo de disfunción eréctil. Las enfermedades que afectan la salud de los vasos sanguíneos y que son consideradas como factores de riesgo para Disfunción eréctil incluyen: Hipertensión arterial, enfermedades de las arterias coronarias, trastornos vasculares periféricos y niveles elevados de colesterol. Se estima que la Disfunción eréctil puede presentarse hasta en el 80% de los hombres con



enfermedad vascular periférica, en el 64% de los hombres que han sufrido un ataque cardíaco y en el 57% de los hombres a quienes se les ha practicado cirugía de arterias coronarias (bypass).

En estudios clínicos, se ha demostrado que en el 25% de los hombres que presentan Disfunción su padecimiento puede estar relacionado con algún medicamento para el tratamiento de estas enfermedades. Una encuesta llevada a cabo mostró que la frecuencia de Disfunción eréctil severa fue del 14% en hombres que estaban bajo tratamiento con fármacos antihipertensivos como las drogas simpaticolíticas (alfametildopa, reserpina) así como los betabloqueadores y del 36% en aquellos que estaban tomando vasodilatadores y en el 28% de los que recibían fármacos para el tratamiento de enfermedades cardíacas. (10)

Aproximadamente entre el 40-50% de los varones con disfunción eréctil presentan hipercolesterolemia ya que constituye un factor importante que predispone a la aterosclerosis, lo cual repercute en el adecuado funcionamiento del mecanismo vascular que interviene en la fisiología de la erección

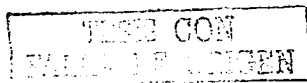
En los pacientes con insuficiencia renal crónica y aún más en los pacientes sometidos a programas de diálisis, la prevalencia de Disfunción es bastante elevada; en un estudio se demostró que hasta el 45% de los pacientes con IRC y el 80% de aquellos bajo diálisis padecen Disfunción eréctil. (11)

El hábito de fumar conduce a la Disfunción eréctil, se mencionan cifras de 70 a 80% de los fumadores de más de 20 cigarrillos por día lo que es considerado una dependencia alta a la nicotina. han sido evaluados por Disfunción demostrándose que esta es debida a la falta de relajación del músculo liso trabecular. Mencionando además una relación directamente proporcional al tiempo de duración del tabaquismo, en promedio en 10 años de este hábito en pacientes mayores de 40 años se encuentra algún grado de disfunción. (11)

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas también está asociado con una mayor prevalencia de Disfunción eréctil, posiblemente debido a su acción depresora sobre el SNC, efectos psicológicos y cambios en la síntesis de testosterona debida a algún trastorno hepático, ya que el hígado en el varón destruye los estrógenos; en el alcohólico esto no sucede, con lo que aumentan las hormonas femeninas desapareciendo así las erecciones. (12)

De acuerdo a la información obtenida en un estudio realizado en 1998 en E.U.A. se mostró un sólido vínculo entre la depresión, la reducción de la libido y la Disfunción eréctil. Mientras mayor sea el nivel de la depresión, mayor será la prevalencia de Disfunción moderada y severa, sin importar la edad, estado civil o comorbilidades. (13)

El estudio realizado en México para la prevalencia de la Disfunción eréctil como en otros muchos reportados a nivel mundial, se basó un criterio mundialmente aceptado, que aglutina la experiencia clínica de la especialidad conocido como



cuestionario del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), emanado de un consenso mundial de expertos. Este cuestionario consta de 15 preguntas con respuestas de opción múltiple en un total de 6 para cada pregunta, con un valor numérico para cada respuesta de acuerdo a la letra asignada. Este cuestionario evalúa parámetros como función orgásmica, deseo sexual, satisfacción en el acto sexual, así como satisfacción global.(14)

De este cuestionario IIEF se extrajeron 5 preguntas las cuales evalúan específicamente y en forma rápida la disfunción eréctil basándose en la actividad sexual durante los últimos seis meses, donde una puntuación menor a 21 indica ya signos de disfunción eréctil. Este cuestionario es confiable para establecer el diagnóstico, validado en nuestro idioma y de aceptación universal. Conocido como Inventario de salud sexual masculina IIFE\*5.(14,15, 16)

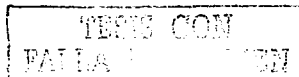
La Disfunción eréctil dista de ser un padecimiento poco frecuente, ya que se calcula que más de cien millones de hombres a nivel mundial la padecen. Sin embargo, debido a la evolución del hombre y al papel que ha desempeñado a través de la historia y de acuerdo a las costumbres de cada cultura, la gran mayoría de hombres que la padecen tienen renuencia a hablar del tema con otras personas, incluyendo a los profesionales de la salud.

Las implicaciones sociales y médicas hacen de la disfunción eréctil un problema de salud pública, es aquí que el médico familiar guarda una posición de gran responsabilidad siendo el de primer contacto y que es el que se relaciona más estrechamente con el individuo, pudiendo identificar los factores de riesgo condicionantes para actuar en forma preventiva y temprana antes de cualquier terapéutica, evitando así disfunciones en la pareja y posteriormente disfunción familiar que comprometa y ocasione alteraciones en cada integrante, problema por demás importante en lo que respecta a la Medicina Familiar.

Muy contrariamente a la frecuencia tan alta reportada a nivel mundial, continental e incluso en el país en estudios recientes realizados en grupos etáreos con mayor predisposición a la Disfunción Eréctil, los registros estadísticos en el Instituto Mexicano del Seguro Social solo existen datos de Disfunción como motivo de consulta en segundo nivel de atención por parte del servicio de Urología pero asociada a padecimientos prostáticos como hiperplasia o cáncer.

En el primer nivel de atención acerca de Disfunción eréctil como motivo de consulta se encuentran en un subnivel muy por debajo de ameritar ser reportada en tablas estadísticas. En datos proporcionados por el servicio de A.R.I.M.A.C. de la UMF #33 no hay reportes de que la disfunción eréctil sea motivo de consulta, a pesar de que de contar con una población masculina de 15282 derechohabientes de 40 a 70 años de edad que son los rangos de edad mayormente afectada.

De acuerdo a lo anterior surge la interrogante: ¿cuál es la frecuencia de la disfunción eréctil y los factores de riesgo asociados más frecuentes en usuarios de la UMF 33 de 40 a 70 años de edad?



## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó del 31 agosto del 2001 a octubre del 2002 en la UMF 33 El Rosario del IMSS. Fue un estudio observacional, prospectivo y transversal en derechohabientes masculinos de 40 a 70 años de edad adscritos al turno matutino y vespertino, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño de muestra requerido para el estudio fue de 380, manejando un nivel de confianza del 95%, se aplicó al azar un cuestionario con preguntas abiertas y dicotómicas. El objetivo general fue determinar la frecuencia de la Disfunción eréctil y factores de riesgo asociados.

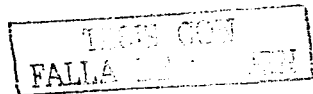
Las variables a estudiar fueron las siguientes: La **DISFUNCIÓN ERÉCTIL** que es el fracaso recurrente y persistente en obtener o mantener una erección suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria. Para evaluarla se utilizó el inventario para la salud masculina (IIEF\*5) que consta de 5 preguntas basado en el Índice Internacional de la función eréctil (IIEF). si la puntuación es de 0 a 9 puntos es DE severa, de 10 a 16 es DE moderada, de 16 a 21 es DE leve, de 22 a 25 sin disfunción.

Otras de las variables a determinar son los factores de riesgo asociados a la Disfunción Eréctil considerando a estos como circunstancias que mediante técnicas estadísticas se ha demostrado que aumentan la probabilidad de que un individuo padezca cierta enfermedad. Dentro de los factores de riesgo a estudiar fue la **DIABETES MELLITUS** definida como padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de las proteínas, grasas y carbohidratos. Se manifiesta como hiperglucemia principalmente.

La **HIPERTENSIÓN ARTERIAL** fue otra variable estudiada como factor de riesgo, cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras tensionales mayores de 140/90 mmHg.

El **TABAQUISMO** que es la dependencia a la nicotina fue considerado como otra variable a evaluar mediante la aplicación test de Fagerstrom que es una forma de comprobar el grado de dependencia, considerando de 0 a 6 puntos= dependencia moderada, más de 6 puntos= dependencia alta

El **ALCOHOLISMO** definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos originados por el consumo repetido y continuado de bebidas alcohólicas fue otra de las variables a evaluar, para lo cual se establecieron los hábitos en el consumo de alcohol en base a los criterios propuestos por la Encuesta Nacional de Adicciones para medir frecuencia de consumo de diferentes bebidas alcohólicas (cerveza, vino, destilados y bebidas preparadas) para obtener un patrón de consumo en el último año clasificándolos como no consumidores, consumidores de menos de 5 copas por ocasión (consumo bajo), consumidores de 5 copas o más por ocasión (consumo alto).

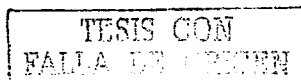


Otra variable a evaluar fue la DEPRESIÓN definida como un síndrome de comportamiento donde el paciente aprende que no puede hacer nada para mejorar el curso de los acontecimientos. Para su medición se aplicó el cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez con resultados: de 20 a 35 puntos(normal); 36 a 45 puntos(reacción de ansiedad o depresión incipiente); 46 a 65puntos(depresión leve); 66 a 80 puntos(depresión severa).

En cuanto a las VARIABLES UNIVERSALES la EDAD otra variable a medir tomando en cuenta un rango de 40 a 70 años divididos en grupos etáreos de 10 años. El ESTADO CIVIL que es la situación legal ante el estado en el que se encuentra un individuo. La ESCOLARIDAD que es el grado educativo alcanzado por la persona fue otra de las variables a estudiar, considerando como buena 7 o más años de escolaridad, regular de 4 a 6 años, mala de 0 a 3 años. El NIVEL SOCIOECONÓMICO que se define como el estatus de vida social y económica en que el individuo se ha desarrollado hasta este momento. Se utilizó para su medición la clasificación de Bronfiman y cols. Compuesta por 3 índices: condiciones de vivienda, condiciones de hacinamiento y la ocupación del jefe de familia o sujeto del estudio.

Los procedimientos se establecieron de acuerdo a las normas emitidas en la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada posteriormente en 1993, así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y fue evaluado y autorizado por el Comité de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar 33 previo consentimiento informado.

Finalmente al obtener los resultados de los cuestionarios aplicados se emplearon métodos de estadística descriptiva, obteniéndose medias y porcentajes para posteriormente tabular y graficar los resultados, procesados en una microcomputadora PC mediante los programas Word, Excel y Graphics.



## RESULTADOS

Se aplicaron 382 cuestionarios a usuarios(u) de 40 a 70 años de edad que acudieron por cualquier motivo de consulta a la UMF 33 tanto en turno matutino y vespertino, de los cuales se excluyeron 30(8% del total de los sujetos incluidos en el estudio), de los cuales 18(5%) tenían más de 2 preguntas sin contestar, 9(2%) con más de 1 respuesta para algunas de las preguntas y 3(1%) ya que los sujetos de estudio se negaron a terminar el llenado del cuestionario.

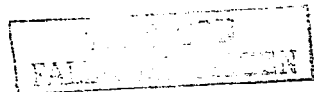
Se incluyeron 352(100%) sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, detectándose 190(54%) con algún grado de disfunción eréctil y 162(46%) sin disfunción eréctil (tabla 1 y gráficas 1 y 1.1)). De los usuarios identificados con algún grado de disfunción eréctil, 91(48%) reportaron disfunción leve; con disfunción moderada 91(48%) y con disfunción severa 8(4%). (tabla 2 y gráfica 2 y 2.1)

Con respecto a los grupos etéreos de los usuarios detectados con algún grado de disfunción, de 40 a 49 años: 42(12%), de 50 a 59 años: 25(7%) y de 60 a 70 años: 123(35%) de un total de 190 detectados. De los usuarios detectados sin disfunción eréctil (162) de 40 a 49 años se detectaron 115(33%), de 50 a 59 años: 16(4%) y de 60 a 70 años: 31(9%) (tabla 3 y gráfica 3 y 3 1)

En el grupo con disfunción eréctil con respecto al estado civil se identificaron 173(49%) usuarios casados, 9(2%) usuarios que viven en unión libre y 8(2%) usuarios solteros. En el grupo sin disfunción eréctil se identificaron 130(37%) usuarios casados, 10(3%) usuarios que viven en unión libre y 22(7%) usuarios solteros. No se detectó ningún usuario divorciado o viudo (tabla y gráfica 4)

En el grupo con disfunción eréctil con respecto a la escolaridad se identificaron 66(19%) usuarios con escolaridad buena, 92(26%) usuarios con escolaridad regular y 32(9%) usuarios con escolaridad mala. Dentro del grupo sin disfunción eréctil se identificaron 84(24%) usuarios con escolaridad buena, 70(20%) usuarios con escolaridad regular y 8(2%) usuarios con escolaridad mala. (Tabla y gráfica 5)

En el grupo con disfunción eréctil se detectaron 15(4%) usuarios con nivel socioeconómico bueno, 99(28%) usuarios con nivel socioeconómico regular y 76(22%) usuarios con nivel socioeconómico malo. Con respecto al grupo sin disfunción eréctil se detectaron 37(10%) usuarios con nivel socioeconómico bueno, 70(20%) usuarios con nivel socioeconómico regular y 55(16%) usuarios con nivel socioeconómico malo. (tabla y gráfica 6)



Con respecto a los factores de riesgo estudiados tomados en cuenta para el presente estudio:

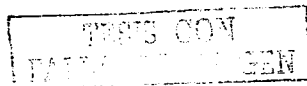
En el grupo con disfunción eréctil con respecto al grado de depresión (190u=100%) se encontró que 25(13%) usuarios presentaron depresión media, 57(30%) usuarios presentaron reacción de ansiedad y 108 (57%) usuarios se identificaron en rango de normalidad. En cuanto al grupo sin disfunción (162u=100%) se encontró que 16(10%) usuarios presentaron reacción de ansiedad y 146(90%) usuarios se identificaron con rango de normalidad. Ningún usuario dentro del grupo sin disfunción se detectó con depresión media o severa (tabla y gráfica 7)

En el grupo con disfunción eréctil(190u=100%) se identificaron 25(13%) usuarios portadores de Diabetes mellitus de los cuales 9(5%) usuarios tienen de 5 a 10 años de haber sido diagnosticados y 16(8%) usuarios tienen más de 10 años de haber sido diagnosticados. En el grupo sin disfunción (162u=100%) se identificaron 22(14%) usuarios portadores de DM de los cuales el total de los portadores de DM tienen menos de 5 años de haber sido diagnosticados (14%). (tabla y gráfica 8 y 8.1)

En el grupo con disfunción eréctil(190u=100%) se identificaron 67(35%) usuarios portadores de Hipertensión arterial, de los cuales 26(14%) usuarios portadores de HAS tuvieron un tiempo de evolución menor a 5 años. Se identificaron 26(14%) usuarios con un tiempo de evolución de 5 a 10 años y 15(7%) usuarios portadores de HAS con tiempo de evolución de más de 10 años. En el grupo sin disfunción (162u=100%) se identificaron 32(20%) usuarios portadores de HAS, de los cuales 22(14%) usuarios tuvieron un tiempo de evolución menor a 5 años y 10(6%) usuarios con tiempo de evolución de 5 a 10 años. Ningún usuario dentro del grupo sin disfunción reportó más de 10 años de evolución. (Tablas y gráficas 9 y 9.1)

En el grupo con disfunción eréctil (190u=100%) se identificaron 34(18%) usuarios con tabaquismo, de los cuales 31(16%) usuarios presentaron dependencia baja y 3(2%) usuarios presentaron dependencia alta. En el grupo sin disfunción(162u=46%) se identificaron 45(28%) usuarios con tabaquismo, de los cuales el total presentaron dependencia baja. (tabla y gráfica 10)

En el grupo con disfunción eréctil (190u=100%) con respecto al alcoholismo, se identificaron 123(65%) usuarios consumidores de alcohol de los cuales 99(52%) usuarios presentaron consumo bajo y 24(13%) usuarios presentaron consumo alto(más de 5 copas por ocasión). En el grupo sin disfunción se identificaron 123(76%) usuarios como consumidores alcohol de los cuales 100(62%) usuarios presentaron consumo bajo y 23(14%) usuarios presentaron un consumo alto. (tabla y gráfica 11)



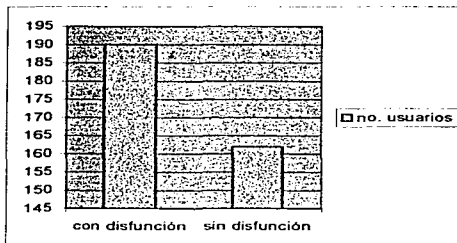


**TABLA 1**  
**FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN ERECTIL EN USUARIOS DE 40 A 70 AÑOS DE LA UMF 33**

	NO. DE USUARIOS	PORCENTAJE
CON DISFUNCIÓN	190	54%
SIN DISFUNCIÓN	162	46%

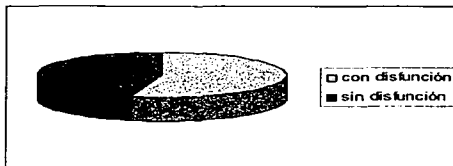
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 1**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 1.1**  
**PORCENTAJE**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

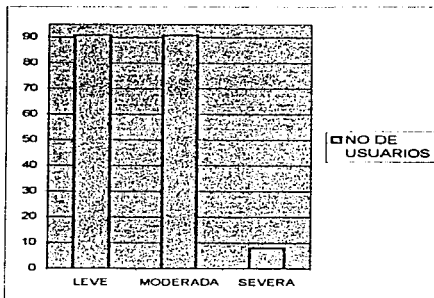
TESIS CON  
 FALLA DE CALIDAD

**TABLA 2**  
**GRADOS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL**

	NO DE USUARIOS	PORCENTAJE
LEVE	91	48%
MODERADA	91	48%
SEVERA	8	4%

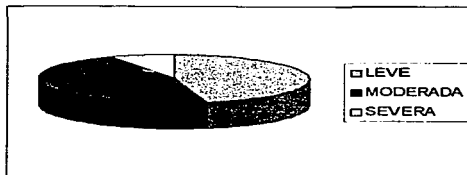
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 2**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 2.2**



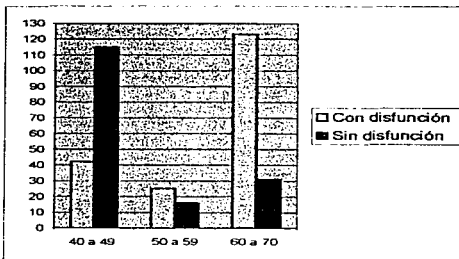
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**TABLA 3**  
**FRECUENCIA DE EDAD EN GRUPO CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN ELLA**

	40 a 49	50 a 59	60 a 70
Con disfunción	42(12%)	25(7%)	123(35%)
Sin disfunción	115(33%)	16(4%)	31(9%)

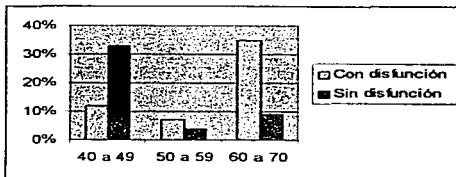
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 3**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 3.3**



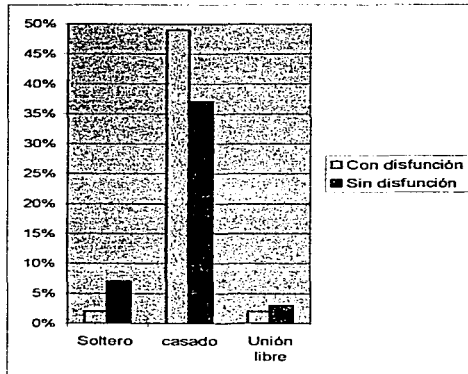
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**TABLA 4**  
**ESTADO CIVIL EN EL GRUPO CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN DISFUNCIÓN**

	Soltero	casado	Unión libre
Con disfunción	8(2%)	173(49%)	9(2%)
Sin disfunción	22(7%)	130(37%)	10(3%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 4**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

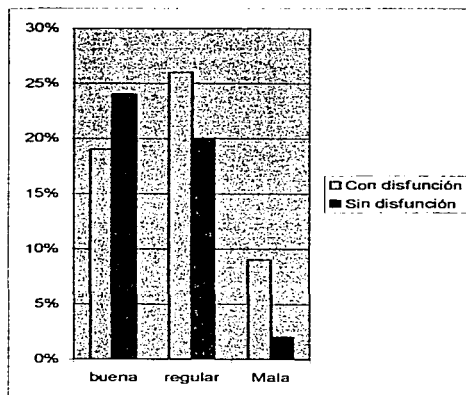
HOMBRES CON  
FALLA DE ERÉCTIL

**TABLA 5**  
**NIVEL DE ESCOLARIDAD EN EL GRUPO CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y EN**  
**EL GRUPO SIN DISFUNCIÓN**

	Buena	Regular	Mala
Con disfunción	66(19%)	92(26%)	32(9%)
Sin disfunción	84(24%)	70(20%)	8(2%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 5**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

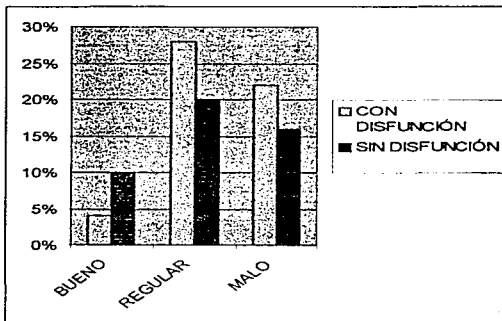
TESIS CON  
 FALLA DE CUBIERTA

**TABLA 6**  
**NIVEL SOCIOECONÓMICO EN EL GRUPO CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y EN**  
**EL GRUPO SIN DISFUNCIÓN**

	BUENO	REGULAR	MALO
CON DISFUNCIÓN	15(4%)	99(28%)	76(22%)
SIN DISFUNCIÓN	37(10%)	70(20%)	55(16%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 6**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

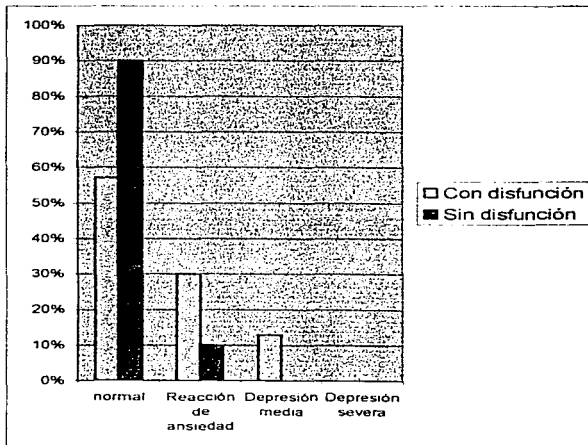
TRABAJO CON  
 FALLA ERÉCTIL

**TABLA 7**  
**FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL GRUPO CON DISFUNCION ERÉCTIL Y SIN ELLA**

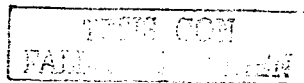
	normal	Reacción de ansiedad	Depresión media	Depresión severa
Con disfunción	108(57%)	57(30%)	25(13%)	0
Sin disfunción	146(90%)	16(10%)	0	0

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 7**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

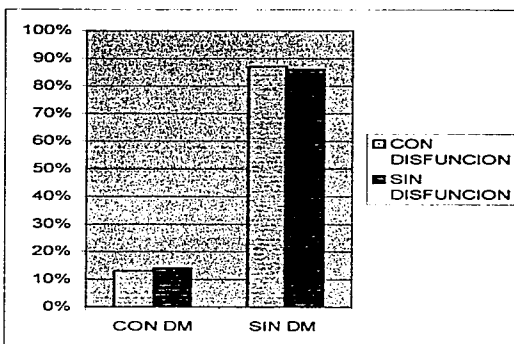


**TABLA 8**  
**FRECUENCIA DE DM EN EL GRUPO CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN ELLA**

	CON DM	SIN DM
CON DISFUNCIÓN	25(13%)	165(87%)
SIN DISFUNCIÓN	22(14%)	140(86%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 8**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

TESIS CON  
 FALLA EN ESTE EN

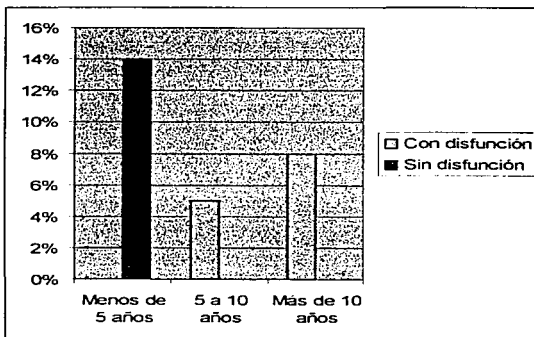


**TABLA 8.1**  
**TIEMPO DE EVOLUCION DE DM EN USUARIOS CON DISFUNCION ERÉCTIL**  
**Y SIN ELLA**

	Menos de 5 años	5 a 10 años	Más de 10 años
Con disfunción	0(0%)	9(5%)	16(8%)
Sin disfunción	22(14%)	0(0%)	0(0%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 8.1**



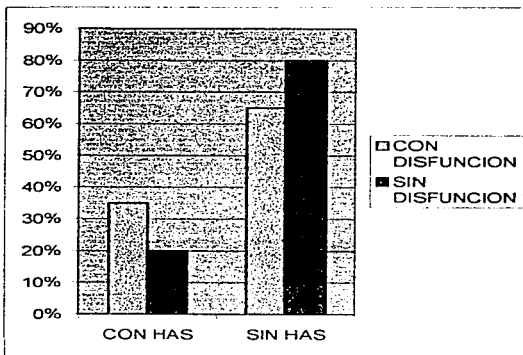
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

TESIS CON  
 FALLA DE ENTRENAMIENTO

**TABLA 9**  
**FRECUENCIA DE HAS EN PORTADORES DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN**  
**ELLA**

	CON HAS	SIN HAS
CON DISFUNCIÓN	67(35%)	123(65%)
SIN DISFUNCIÓN	32(20%)	130(80%)

**GRAFICA 9**



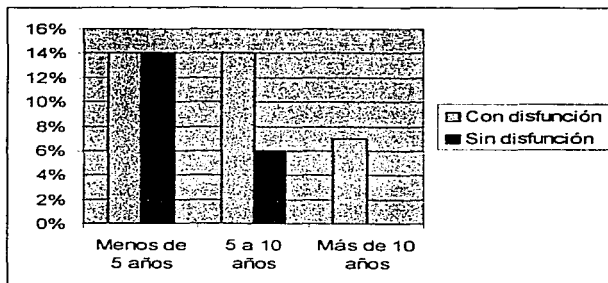
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

TESTS CON  
 FALLAS EN EL TIEMPO

**TABLA 9.1**  
**TIEMPO DE EVOLUCION DE HAS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN**  
**ERÉCTIL Y SIN ELLA**

	Menos de 5 años	5 a 10 años	Más de 10 años
Con disfunción	26(14%)	26(14%)	15(7%)
Sin disfunción	22(14%)	10(6%)	0(0%)

**GRAFICA 9.1**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

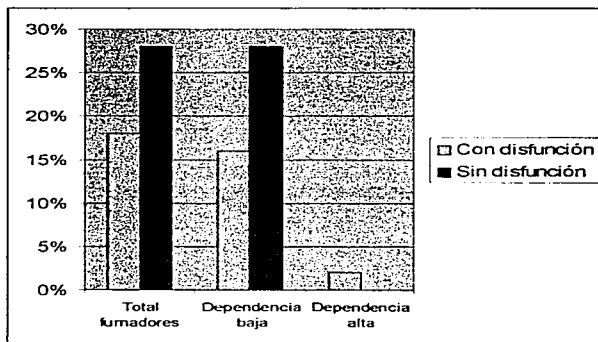
7 SIS CON  
 FALLAS EN SU EVOLUCION

**TABLA 10**  
**FRECUENCIA DE TABAQUISMO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA**  
**NICOTINA EN USUARIOS CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN ELLA**

	Total fumadores	Dependencia baja	Dependencia alta
Con disfunción	34(18%)	31(16%)	3(2%)
Sin disfunción	45(28%)	45(28%)	0(0%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 10**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

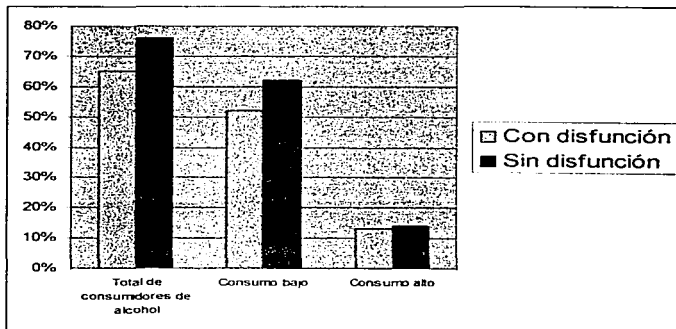
USUARIOS CON  
 FALLA ERÉCTIL

**TABLA 11**  
**FRECUENCIA DE ALCOHOLISMO Y GRADO DE DEPENDENCIA EN EL**  
**ULTIMO AÑO EN USUARIOS CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y SIN ELLA**

	Total de consumidores de alcohol	Consumo bajo	Consumo alto
Con disfunción	123(65%)	99(52%)	24(13%)
Sin disfunción	123(76%)	100(62%)	23(14%)

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

**GRAFICA 11**



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF 33

TRUJILLO CON  
 FALLA DE ERÉCTIL

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

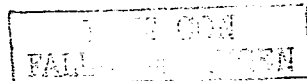
En el presente estudio se detectó una frecuencia de 54% de disfunción eréctil de la población de 40 a 70 años usuarios de la UMF 33 del IMSS. De acuerdo a lo reportado por el primer estudio epidemiológico controlado realizado por la Sociedad Mexicana de Urología (Ugarte F y Barroso J) se identificó una incidencia 55% de disfunción eréctil en una población de varones de 40 a 70 años, lo cual además coincide con lo reportado por diversos autores. (3,4,7)

Para los grados de disfunción se encontró en el presente estudio una frecuencia de disfunción leve del 48%, así mismo para disfunción moderada una frecuencia de 48% y para disfunción severa una frecuencia del 4%. Lo anterior nos indica que para nuestra población (usuarios de 40 a 70 años de la UMF) la frecuencia de disfunción leve y moderada fue la misma. En comparación con el estudio realizado por la Sociedad Mexicana de Urología el cual reporta incidencia de 37% para disfunción leve, 10% para moderada y 8% severa.

En este estudio realizado encontramos que el mayor número de usuarios con DE están dentro del rango de edad de 60 a 70 años. el grupo detectado con menor incidencia de Disfunción Eréctil es el de 50 a 59 años. Además de que la edad es directamente proporcional al grado de disfunción ya que los grupos etáreos encuestados reportaron que tanto para el grupo de 40 a 49 años y de 50 a 59 años sólo presentan disfunción leve. Mientras que en el grupo de 60 a 70 años hay mayor incidencia para disfunción moderada, además de los detectados con disfunción leve y severa en este rango de edad. Coincidiendo con los diversos estudios acerca de la disfunción eréctil tanto a nivel nacional como internacional la Disfunción Eréctil aumenta considerablemente con respecto a la edad, siendo este un factor de riesgo importante

Con respecto a las características sociodemográficas como la nacionalidad, raza y lugar de residencia no hay ninguna asociación para predisponer a mayor frecuencia de Disfunción eréctil, ya que como se comentaba en párrafos anteriores, la frecuencia a nivel mundial de la Disfunción Eréctil es similar. Del total encuestado el 9% son solteros, el 5% viven en unión libre y el 86% son casados, sin embargo no se encontró una asociación significativa con respecto al estado civil para presentar disfunción

El nivel socioeconómico es uno de los factores de riesgo referidos por otros autores (8,10,11). De acuerdo al nivel de escolaridad se identificó mayor nivel de escolaridad, así como mayor nivel de ocupación y mejores condiciones de vivienda en el grupo de usuarios sin disfunción eréctil con respecto al grupo con Disfunción Eréctil. De lo anterior mencionado se concluye que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para aumentar la frecuencia de disfunción eréctil en nuestra población.



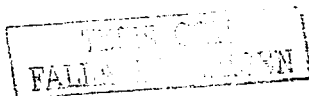
La depresión asociada a la disfunción eréctil se ha documentado en diversos estudios y se le menciona como causa de disfunción o también la disfunción se considera un síntoma de depresión. En este estudio en los usuarios con disfunción eréctil se detectó mayor número de usuarios con reacción de ansiedad, así como depresión media. De los usuarios en el grupo sin disfunción ninguno se identificó con depresión y un porcentaje menor con respecto al grupo con Disfunción Eréctil presentó reacción de ansiedad

La Diabetes mellitus como factor de riesgo para Disfunción eréctil es reportado en estudios previos con una incidencia alta hasta del 50%(9) con respecto a los datos encontrados en este estudio se encontró que no hay una diferencia significativa con respecto al porcentaje de usuarios portadores de DM en comparación del grupo sin Disfunción Eréctil comparado con el grupo que presentó algún grado de disfunción. El tiempo de evolución de la Diabetes tiene una asociación directamente proporcional a la DE ya que todos los diabéticos detectados dentro del grupo sin Disfunción tienen menos de 5 años de padecerla, observando mayor incidencia de Disfunción Eréctil en los pacientes con más de 10 años de padecer DM.

Se encontró mayor porcentaje de portadores de HAS del grupo con Disfunción Eréctil en comparación al grupo sin disfunción lo que afirma que el padecer HAS es un factor de riesgo para Disfunción Eréctil. Con respecto al tiempo de evolución de HAS se detectó una asociación directamente proporcional con respecto a la Disfunción Eréctil lo que coincide con lo reportado en estudios previos.

Con respecto al tabaquismo no se encontró ninguna asociación a Disfunción Eréctil ya que hubo mas frecuencia de fumadores en el grupo sin disfunción sin encontrar ninguna asociación tampoco con el tipo de dependencia baja o alta a la nicotina lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio realizado por la Asociación Mexicana de Urología

En cuanto al consumo de alcohol se detectó una frecuencia alta, con igual número de consumidores de alcohol para ambos grupos. No se encontró tampoco asociación a Disfunción Eréctil con respecto a consumo bajo o alto ya que los resultados para ambos grupos fueron similares, lo cual concuerda con lo reportado en el estudio realizado por la Asociación Mexicana de Urología, lo cual nos hace concluir que para nuestra población el consumo de alcohol ya sea bajo o alto no es un factor de riesgo para Disfunción Eréctil. Concluyendo que tanto el tabaquismo como el alcoholismo no son factores de riesgo asociados a la disfunción eréctil.



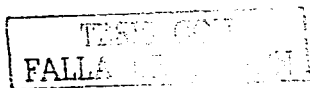
## CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de disfunción eréctil y los factores de riesgo mayormente asociados en usuarios de 40 a 70 años de edad de la UMF 33 del IMSS, la cual fue del 54% coincidiendo con todos los estudios que existen en la literatura mundial, pudiendo concluir que la Disfunción Eréctil en la población estudiada es mucho más frecuente con lo que se reporta en los registros de las tablas estadísticas del servicio de A.R.I.M.A.C. a pesar de tener 15,282 hombres adscritos a esta unidad entre los 40 a 70 años de edad, siendo la edad el factor de riesgo más importante. Dentro de los motivos de consulta de mayor frecuencia están la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial las cuales en el presente estudio fueron factores de riesgo para la Disfunción Eréctil así como el tiempo de evolución de las mismas. Además otro factor de riesgo importante detectado fue el nivel socioeconómico bajo, si tomamos en cuenta que la población adscrita a este primer nivel de atención pertenece a ese nivel. La depresión es otro factor de riesgo para Disfunción Eréctil detectado en el presente estudio lo cual también nos hace pensar si la disfunción eréctil es un síntoma de la depresión o la disfunción eréctil como tal lleva a un estado depresivo

El tabaquismo, alcoholismo así como la nacionalidad, raza, lugar de residencia y estado civil no son factores de riesgo asociados para la Disfunción Eréctil en nuestra población. Sin embargo la obligación del médico familiar es también participar en el cambio de estilos de vida que comprometan la salud de cada individuo, en este caso con lo que respecta al alcoholismo y tabaquismo que si son factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas que pueden condicionar disfunción eréctil

Por la magnitud y trascendencia de la Disfunción Eréctil con respecto a las implicaciones sociales y médicas debe considerarse como un problema de salud pública, esto es importante ya que concierne a Salud reproductiva la cual es un aspecto relevante para el bienestar integral del individuo. El médico familiar tiene una posición de gran responsabilidad ya que es el médico de primer contacto y por lo tanto el que más se relaciona con el individuo, por lo que nuestro compromiso como médicos familiares es el de identificar en nuestros pacientes los factores de riesgo condicionantes para la Disfunción Eréctil y así actuar de forma preventiva evitando por lo tanto una tensión mental que repercuta de forma negativa en sus relaciones personales y su calidad de vida, para evitar alteraciones que comprometan la dinámica familiar que conlleve a originar una disfunción familiar que repercuta en cada integrante de la familia.

Con lo que respecta a la participación de los sujetos encuestados fue muy significativa y distó mucho de lo esperado ya que debido al tema tratado como es la Disfunción eréctil se pensó en encontrar una negativa de la población masculina

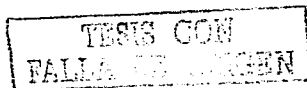




para participar en el presente estudio debido al rechazo y connotaciones que la misma cultura hace de este padecimiento.

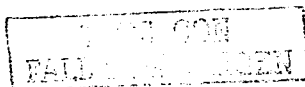
La mayoría de los usuarios encuestados expresó su inquietud y necesidad por conocer más del tema de Disfunción eréctil así mismo el interés de que su pareja también reciba este tipo de información y de que esa información de ser posible fuera proporcionada por el equipo de salud.

De lo anterior es importante mencionar que el médico familiar es el responsable de realizar las acciones de prevención primaria como es la promoción a la salud y la protección específica, haciendo énfasis en la educación a grupos específicos con factores de riesgo para este padecimiento y así mismo el tener mayor disposición y apertura para hablar de Disfunción eréctil y brindar una atención integral y preventiva al paciente y su familia.

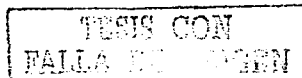


## BIBLIOGRAFÍA

1. Masters WH, Jonhson EV. Incompatibilidad sexual humana. 6ª edición. Buenos Aires: Intermédica; 1981.
2. NIH Consensus development panel of impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ, Mc Kinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the Massachusetts Male Aging Study (MMAS) J Urol 1994; 151:54-61.
4. Fulg-Meyer AR, Lodnert G, Branholm IB, Fulg-Meyer KS. On life satisfaction in male erectile dysfunction. Int J Impot Res 1997; 9(3):141-8.
5. Urbina MJ, Camacho SD, Romero RJ, Camargo IF. Frecuencia de la disfunción eréctil y causas referidas por varones versus las indicadas por mujeres con vida sexual activa de su pareja. Med Int Mex 1999; 15(6): 248-51.
6. Palma AJ. Nuevos tratamientos para la disfunción eréctil. Gac Med Mex 1999; 135 (6) 663-8.
7. Holmes S, Kirby R, Carson C. Male erectile dysfunction. Health Press 1998: 6-7.
8. Gallup (Agencia de investigación de Mercado y estudios de opinión pública. Prevalencia de disfunción eréctil y factores de riesgo asociados. Congreso de la Sociedad Mexicana de Urología. Puerto Vallarta, México 2000.
9. Green DA, Sima AA, Stevens MS, Feldman EC. Complications neuropathy pathogenesis considerations. Diabetes Care 1992; 15: 1902- 16)
10. Asociación Nacional de Cardiólogos de México. Enfermedad cardiovascular y su potencial impacto en la salud sexual masculina)
11. Lerner SE, Melman A, Chirist GT. A review of erectile dysfunction: new insights and more questions. J urol 1993. 149: 1246-1255.
12. Kirby R. Impotence: diagnosis and management of male erectile dysfunction. BMJ 1994; 308: 957-61.



13. Shabsigh R, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff B, Ritter J. High incidence depressive symptoms and erectile dysfunction. *Urology* 1998; 52: 848-52.
14. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osteroh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function(IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-30.
15. Dimitros G, Konstantinos H, Evangelos I, George D, Athanasius K. Nocturnal penile tumescence and rigidity monitoring in young potent volunteers: reproducibility, evaluation criteria and the effect of sexual intercourse. *J Urol* 1998; 159:1921-6.
16. Aguilar EG, Ramirez VA, Sansores HR. Confiabilidad y validez del cuestionario: calidad de la actividad sexual en pacientes con enfermedad obstructiva crónica. *Rev Inst Enf Resp Mex* 1999; 12(3): 179-84.



# ANEXOS

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Evaluación de desempeño sexual en los últimos 6 meses:

a) ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?

Sin actividad sexual      muy baja      baja      regular      alta      muy alta

b) Cuando tiene erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?

No intenté realizar acto sexual o coito  
Casi nunca o nunca  
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)  
Algunas veces (como la mitad de las veces)  
Muchas veces (más de la mitad de las veces)  
Casi siempre o siempre

c) Durante el acto sexual o coito, ¿con qué frecuencia fue usted capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

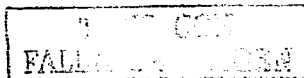
No intenté realizar el acto sexual o coito  
casi nunca/nunca  
pocas veces  
algunas veces  
muchas veces  
siempre o casi siempre

d) Durante el acto sexual o coito ¿qué tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual?

No intenté realizar el acto sexual o coito  
extremadamente    muy difícil  
muy difícil  
difícil  
poco difícil  
no tuve ninguna    dificultad

e) Cuando intentó realizar el acto sexual o coito ¿qué tan seguido fue satisfactorio para usted?

No intenté realizar el acto sexual o coito  
casi nunca/ nunca  
pocas veces -menos de la mitad de las veces-  
algunas veces -como la mitad de las veces-  
muchas veces -más de la mitad de las veces-  
siempre



**VALORACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO.** En los últimos 2 meses

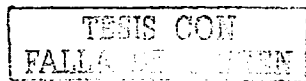
Para las siguientes preguntas tiene solo cuatro opciones para responder, en cada pregunta conteste solo la que se corresponda a su caso. **MARQUE CON UNA X**

	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
Se siente triste o afligido:				
Llora o tiene ganas de llorar				
Duerme mal de noche:				
En la mañana se siente peor:				
Le cuesta trabajo concentrarse:				
Le ha disminuido el apetito:				
Se siente obsesivo o repetitivo:				
Ha disminuido su interés sexual:				
Considera que su rendimiento en el trabajo o estudio es menor:				
Siente presión en el pecho:				
Se siente nervioso, angustiado o ansioso:				
Se siente cansado o decaído:				
Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal:				
Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca:				
Está más irritable o enojado que antes:				
Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo:				
Siente que le es menos útil a su familia:				
Siente miedo de algunas cosas:				
Siente deseos de morir:				
Se siente apático, sin interés en las cosas:				

En el siguiente apartado si su respuesta es no, no conteste lo que respecta a ese padecimiento

**DIABETES MELLITUS**

Padece usted diabetes mellitus: si o no



Desde hace cuanto tiempo: menos de 5 años  
5 a 10 años  
más de 10 años

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Padece usted hipertensión arterial: si o no

Desde hace cuanto tiempo: menos de 5 años  
5 a 10 años  
más de 10 años

### TABAQUISMO

Test de Fagerstrom

tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo  
-menos de 30 minutos -más de 30 minutos

fuma por las mañanas: si no

fuma cuando está enfermo: si no

fuma en lugares prohibidos: si no

que cigarro le gusta más: el primero del día otros

se traga el humo:  
siempre a veces nunca

que cantidad de nicotina tienen sus cigarrillos:  
0.8mg 0.9 a 1.2 mg más de 1.3 mg

cuantos cigarros se fuma al día:  
1-15 16-25 26 o más

### ALCOHOLISMO

Acostumbra tomar bebidas alcohólicas. Cuánto ha bebido en el último año:

- no he consumido alcohol en el último año
- consumo menos de 5 copas por ocasión
- consumo 5 copas o más por ocasión

