



11226
15
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 Y 2 NOROESTE.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO.
JEFATURA DE SERVICIOS DE EDUCACION MEDICA.
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

EL GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES
CON DISFUNCION ERECTIL DE LA UMF No. 33.

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE: MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. CRUZ GUADARRAMA JAIME SANTIAGO
RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR: DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ADSCRITO A LA UMF No. 33.

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 2003.

TESIS CON
FALLA DE OPIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

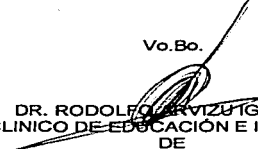
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

Vo.Bo.


DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE
UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 33 EL ROSARIO DEL IMSS



DEPARTAMENTO DE EDUC. -
CARRERA DE MED.

Vo.Bo.


DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO DEL IMSS

Vo.Bo.


DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO DEL IMSS

Vo.Bo.


DR. JAIME SANTIAGO CRUZ GUADARRAMA
RESIDENTE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 DEL
IMSS

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

**A MI HIJA
GRACIAS JULISSA POR LA TOLERANCIA Y PACIENCIA QUE ME TIENES**

**A MI ESPOSA
CARIÑO GRACIAS POR TU AMOR, POR TU APOYO INCONDICIONAL QUE
SIEMPRE ME BRINDAS TE AMO.**

**A MIS PADRES
GRACIAS POR SIEMPRE ESPERARME CON LOS BRAZOS ABIERTOS**

**A MIS PROFESORES
GRACIAS POR TODOS LOS CAMBIOS QUE HAN LOGRADO EN MI Y QUE
SIN ESPERAR NADA ENTREGAN TODO DE SI.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

TITULO	PAGINA
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
HIPÓTESIS DE ESTUDIO	17
MATERIAL Y METODOS	18
OBJETIVOS	18
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	18
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	49
ANEXOS	54
BIBLIOGRAFÍA	60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALTA LAS PAGINAS

4

A

5

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

DISFUNCION FAMILIAR

La disfunción familiar es un problema de interrelación. El ser humano al encontrarse o al sentirse solo, enfrenta un problema de relaciones consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se exacerba con el matrimonio. Esto es debido a que en toda interrelación, existen fuerzas negativas y positivas que interactúan entre sí y que en conjunto, determinan las características de la dinámica familiar en donde los integrantes del núcleo familiar se ven forzados a utilizar sus recursos biológicos, sociales y psicológicos para mantener una interrelación familiar madura y satisfactoria, que le permita continuar con su trayectoria natural.⁶

Se han identificado algunas patologías que tiene como sustrato la disfunción familiar; tal es el caso de la drogadicción, homosexualidad, síndrome del niño maltratado, desnutrición infantil etc. Algunas otras que tienen una gran trascendencia dentro del núcleo familiar por ser devastadoras como el síndrome de Down , alcoholismo, enfermedades terminales, neoplásicas etc.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y es la principal vía de transmisión para la disfunción de las normas culturales. La estructura emocional de la familia expresa de manera dinámica su funcionalidad. Sin embargo la familia produce enajenación y problemas humanos, que responden a diferentes modelos de vida domestica y conyugal. Los problemas y crisis por los que atraviesa la familia son debido al proceso de cambio social que experimenta la sociedad entera. Decir que la familia está en proceso de cambio es decir que sufre desequilibrio en su estabilidad ideal. Dichos desequilibrios están provocados por serios problemas de desajuste

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

funcional, que los miembros de una familia experimentan de sus relaciones entre sí.

La lista de problemas familiares es innumerable, en donde los aspectos individuales, económicos y socioculturales intervienen en las crisis familiares en forma importante, dado probablemente por el conjunto de valores, creencias, costumbres y normas morales de conducta con las que se rige. Pero a pesar de todos sus cambios la familia sigue siendo una respuesta a las necesidades de subsistencia y de supervivencia; a la reproducción y educación, a la relación íntima y sexual, a las de aspirar a la felicidad y a la realización como persona social.7-10

A través del tiempo la familia vive diferentes etapas críticas: Como el embarazo, nacimiento, enseñanza de la sexualidad etc.; pero tal vez lo que más altera la dinámica familiar es la enfermedad o la muerte de un integrante. Las conductas que se presenten a estos cambios estarán determinadas por el nivel socio-económico-cultural, así como por la integración familiar existente.

Según Jackson, la dinámica familiar es una colección de fuerzas negativas y positivas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia para que esta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros de cada integrante, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, un clima de seguridad o ansiedad y de presión; dando origen a familias disfuncionales.12

Con respecto a la comunicación entre los miembros de la familia si no es clara o directa principalmente en los momentos de crisis, es decir se vuelve enmascarada o desplazada esto nos hace pensar que la familia esta funcionando de una manera patológica. Para evaluar si una familia es normal o

patológica, sin mirar su capacidad de cuestionar las injusticias sociales, es necesario considerar, el grado de satisfacción que los miembros de la familia encuentran entre unos y otros así como también la manera de funcionar de la familia no crea conflicto grave con la sociedad. La familia disfuncional utiliza los problemas como una arma y no como un medio de acercamiento; se emplea para castigar, humillar o atacar a sus elementos, comprometiendo su estabilidad y compatibilidad. La emisión de un juicio con relación a la funcionalidad o no de una familia es difícil. Deben de considerarse diferentes aspectos de manera íntegra y siempre correlacionarse con el momento histórico y social de la familia, con su contexto socioeconómico-cultural, con la fase del ciclo vital por la que cursa, las expectativas individuales y de grupo, el desarrollo y aplicación de pautas transaccionales y con las reglas del juego en el aquí y el ahora, etc. por lo tanto, el estudio familiar íntegro, debe ser analizado con un alto grado de flexibilidad, adaptabilidad y criterio.¹³

Hay diferentes tomas de medir la funcionalidad familiar; algunas proponen investigar cuatro criterios para su evaluación, como son: la comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio. Otras se enfocan en evaluar la naturaleza y características de los límites de subsistemas, formación de alianzas y capacidad de modificarse.

Algunos a través de ejes básicos o dimensionales. Eje I; aspectos del desarrollo de la familia. Eje II; disfunciones en subsistemas familiares y por último el Eje III; disfunciones de la familia como sistema. Sin embargo estas clasificaciones están orientadas exclusivamente a la funcionalidad psicodinámica y adolecen en la valoración de los aspectos biológicos y

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

sociales, no tomando en cuenta a la familia como un contexto social, ni dinámico del proceso salud enfermedad.13-14

DISFUNCION ERECTIL:

Se define a la Disfunción Eréctil (DE) como un fracaso recurrente y persistente en obtener o mantener una erección suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria.

El impacto que tiene la DE en la calidad de vida del paciente es grave, afecta el estado de ánimo del paciente, la relación de la pareja, la relación familiar, la capacidad laboral y el bienestar general de la persona.

El impacto de la DE en la calidad de vida del paciente y de su pareja no debería menospreciarse. La DE disminuye el deseo de iniciar relaciones sexuales en hombres a cualquier edad, debido al miedo a la humillación, a un comportamiento sexual inadecuado, la DE a menudo no es comprendida por parte de la pareja lo relaciona a una falta de afecto o como una transferencia de las relaciones sexuales hacia otro lado, el no querer hablar del problema de forma abierta o de buscar ayuda empeora el problema.1

EPIDEMIOLOGIA: Es difícil obtener cifras precisas sobre la prevalencia de la Disfunción Eréctil (DE) en la población masculina en el mundo. No obstante, los datos sobre un buen número de estudios realizados en EE.UU. y en G.B. son similares. Se estima que la prevalencia es alrededor del 5% entre los individuos de 40 años, del 10% entre los de 60 años, el 20% entre los de 70 años, del 30-40% en los octogenarios y alrededor del 50% en los nonagenarios, se ha considerado que cerca de 20 millones de hombres en

EE.UU. y quizá otro tanto en Europa presentan importantes problemas con su función eréctil.²

¿ CÓMO SE PRODUCE LA ERECCION NORMAL?

La erección es un fenómeno complejo en el que intervienen varios factores. Para que ocurra es necesaria la integridad psíquica y orgánica, estando en juego los sistemas nervioso, vascular, endocrino y urológico así como el estado general del individuo, puede verse alterado el organismo por fármacos, drogas o tóxicos como el alcohol y el tabaco.

EL SISTEMA NERVIOSO Y FACTOR NEUROLOGICO

La erección se inicia por un estímulo erótico (psíquico) , a nivel del cerebro y una respuesta neurológica (factor neurológico) que mediará una serie de cambios vasculares (factor vascular)

FACTOR VASCULAR

Esta dado por un aumento en el flujo de entrada de sangre a los cuerpos cavernosos, estructuras eréctiles del pene, a partir de la dilatación de sus arterias y el correcto relajamiento de la musculatura lisa de dicho cuerpo cavernoso, necesario para recibir este flujo sanguíneo. A medida que esto ocurre, estos cuerpos cavernosos se van llenando de sangre y comprimen las venas de drenaje, mecanismo que se denomina de veno-oclusión y uno de los principales responsables de que se alcancen las altas presiones intra cavernosas determinantes de la rigidez peneana.

FACTOR HORMONAL

Las hormonas son mediadores químicos producidos por ciertas glándulas de nuestro organismo encargadas de controlar ciertas funciones, estas hormonas sexuales son principalmente la testosterona (elaborada por el testículo) y la prolactina también conocida como hormona del estrés con efecto inhibitorio de las funciones sexuales en el hombre, producida por la glándula hipófisis.

FACTOR UROLOGICO

Principalmente en relación con la integridad de los cuerpos cavernosos, verdaderas estructuras eréctiles del pene más frecuentemente comprometidas en los casos de fibrosis.³

LAS CAUSAS DE LA DISFUNCION ERECTIL

Pueden ser psicológicas, orgánicas o mixta.

DISFUNCION ERECTIL PSICOLOGICA

El factor psicológico está siempre presente; como causa, en el paciente psicológico puro o como consecuencia en los restantes casos. La DE de causa psicológica ocupa el 50 % de la consulta por disfunción eréctil. El componente emocional puede deberse al estrés, conflictos familiares, económicos, depresión, ansiedad, temor al fracaso, falta de autoestima, fobia al acto sexual, miedo al embarazo, complejos como el pene pequeño y de inferioridad, sentimientos de culpa (infidelidad, divorcio, viudez). Mala técnica sexual, represión sexual, falta de erección ante una nueva pareja.

DISFUNCION ERECTIL DE CAUSA ORGANICA

La DE de causa orgánica se caracteriza por un inicio lento y progresivo, frecuentemente en hombres maduros y puede comprometerse uno o varios de los factores anteriormente analizados. En nuestra casuística el 50% de las consultas por disfunción eréctil.

COMPROMISO VASCULAR

Es el principal factor orgánico causante de disfunción eréctil, responsable del 47% de las disfunciones orgánicas. Pueden ser de 3 tipos: Arterial, venoso o mixto.

1.- COMPROMISO ARTERIAL: Se caracteriza por la insuficiente entrada de sangre al pene, las pequeñas arterias encargadas de irrigar el órgano son afectadas por la arteriosclerosis, hipertensión arterial y altos niveles de colesterol, condiciones que interfieren con el flujo normal de la sangre al interior de los cuerpos cavernosos, condición indispensable para la erección corresponde al 14% de la disfunción eréctil orgánica. Los factores vasculares son ampliamente conocidos como son: diabetes, hiperlipidemias, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, la edad, hipertensión arterial y estrés entre otros.

2.- COMPROMISO VENOSO

También conocido como de fuga venosa, implica el escape prematuro de la sangre del interior de los cuerpos cavernosos. Por incompetencia del sistema de drenaje de los mismos y consiguiente imposibilidad de alcanzar las

presiones intra cavemosas necesarias para una rigidez efectiva. El 10% de las disfunciones orgánicas responden a esta causa, frecuentemente asociada a otras patologías como varices, hemorroides y varicocele.

LA ETIOLOGIA VASCULAR MIXTA

Es responsable del 23% de las disfunciones eréctiles orgánicas.

COMPROMISO HORMONAL

Los más frecuente son los bajos niveles de testosterona, altos niveles de prolactina o ambos simultáneamente, más raramente alteraciones tiroideas, la diabetes mellitus (tipo endocrino) ocupan el 6 al 10% de las disfunciones eréctiles orgánicas.

COMPROMISO NEUROLOGICO

Las alteraciones neurológicas más frecuentes son las relacionadas con la diabetes como las neuritis, con el alcoholismo (neuropatía alcohólica) menos frecuente es la esclerosis múltiple, trauma medular ocupa el 28% de las disfunciones eréctiles orgánicas.

OTRAS CAUSAS ORGANICAS

Existen varias enfermedades y situaciones que están asociadas a la DE y en muchos casos se encuentra varios factores en un mismo paciente. Traumas del tracto urinario inferior con compromiso de uretra posterior y vejiga secundario a la lesión neurológica o arterial. Propias del cuerpo cavemoso como la enfermedad de Peyrome donde se afecta el tejido fibroelástico eréctil con disminución de la capacidad de distensión de la túnica albugínea.

Las cirugías radicales urológicas o abdominales con compromiso de daño arterial o neurológico importante. Inducido por drogas como: antihipertensivos, psicofármacos, antihistamínicos, diuréticos, antihiperlipémicos, opiáceos, cocaína, marihuana, alcohol, tabaco y formulas para adelgazar. El mecanismo es complejo inicia progresivamente y siempre existe un componente psicológico asociado con menor o mayor grado a la disfunción eréctil.

TRATAMIENTO

Los avances terapéuticos, tanto médicos como quirúrgicos, ofrecen actualmente una perspectiva de éxito en el tratamiento de la DE. El tratamiento debería de iniciarse de forma gradual, manteniendo bien informado al paciente y su pareja, iniciando con terapias no invasoras y continuar con las mismas sólo en caso de que las primeras no sean efectivas.4

LA PAREJA CON ANGUSTIA SEXUAL Y LA ANSIEDAD DE SEPARACION EN LA DISFUNCION ERECTIL.

La excesiva ansiedad de separación es un síntoma distintivo del síndrome de ansiedad fóbica. Pero aparte las complicaciones que pueden resultar de la particular vulnerabilidad de estos pacientes con respecto a la separación, rechazo y censura de la persona a quien aman, presentan la misma diversidad en sus relaciones objétales que las personas con un umbral de angustia normal.

Algunos hombres y mujeres con un trastorno por angustia presentan graves deficiencias de personalidad y no están en condiciones de materializar

relaciones amorosas maduras y gratificantes para las dos partes. Otros son capaces de amar, pero generan conflictos matrimoniales porque proyectan en sus compañeros o compañeras sexuales transferencias neuróticas aparentales. Muchos tienen una capacidad de amar y compromiso afectivo perfectamente normales, a pesar de ser hipersensibles a las separaciones.

El grado de ajuste que logran constituir estos individuos con su pareja es de extrema importancia en la determinación de la calidad de sus relaciones amorosas. Algunas personas con problemas de separación vinculados a un trastorno por angustia encuentran compañeros que les profesan genuino amor, les aceptan con sus carencias y se muestran receptivos ante sus necesidades emocionales. Logran entonces establecer uniones en las que predomina la intimidad y el cariño y si en un matrimonio de este género sobrevienen dificultades matrimoniales, no desempeñan papel relevante en la patogénesis de los trastornos sexuales.

El tratamiento puede encarar sin más, directamente, la eliminación de la fobia o aversión sexual del compañero o cónyuge sintomático.

Sin embargo, con frecuencia las dificultades conexas con ansiedad de separación del cónyuge vulnerable dan lugar a interacciones y ambivalencias de signo patológico que son las causas primarias de los conflictos sexuales de la pareja. Los sujetos que son claramente sensibles al rechazo pueden granjearse la animadversión de sus compañeros con sus desmesuradas exigencias emocionales. Otros encuentran problemas en sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Matrimonios en razón de su evitación defensiva de la intimidad y el compromiso afectivo con la pareja y el vínculo de unión. Cuando este género de trabas patológicas crean obstáculos que condicionan la supresión de la evitación fóbica del sexo por parte del cónyuge sintomático, el tratamiento debe encauzarse en primer lugar hacia la extinción de las remotas amputadas.

Los sujetos que no sufren trastornos por angustia pueden desarrollar también una ansiedad de separación patológica de tipo meramente psicógeno y en tal caso experimentan las mismas dificultades en el marco del matrimonio o de la relación de convivencia.⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considero importante el poder tener que realizar un estudio sobre la disfunción familiar que se presenta en nuestro país, como consecuencia de la disfunción eréctil, que repercute en el paciente, su familia y la sociedad, ya que durante mi formación como médico familia puede observar, que esta patología no se considera importante como factor precipitante de disfunción familiar, además de que la literatura que existe es escasa, por lo cual me hago esta pregunta.

¿Cuál es el grado de disfunción familiar de las familias adscritas a la UMF no 33 del Rosario con pacientes que presentan disfunción eréctil?

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de disfunción familiar en las familias de pacientes con disfunción eréctil adscritos a la UMF No 33 el Rosario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar el grado de disfunción familiar leve, moderada o severa de los pacientes de la UMF no 33 con disfunción eréctil.
- 2.- Determinar el tipo de disfunción familiar en el ámbito social y en el ámbito del subsistema conyugal en pacientes de la UMF no 33 con disfunción eréctil.
- 3.- Determinar el tipo de disfunción familiar del subsistema parental y fraterno en paciente de la UMF no 33 con disfunción eréctil.
- 4.- Determinar el tipo de disfunción familiar del ámbito psicológico de los pacientes de la UMF no 33 con disfunción eréctil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUJETO, MATERIAL Y METODOS

1.- SITIO DE ESTUDIO

Este estudio se realizo en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no 33 el Rosario, de la Delegación no 1 Noroeste, Región la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta unidad cuenta con 27 consultorios por turno, existiendo el turno matutino y el turno vespertino, el material humano de un consultorio es un médico familiar y una asistente medico los cuales se encargan de administrar los recursos necesarios para la atención de una población de 1800 a 2000 derechohabiente. Para su funcionamiento cuentan con un área física excelentemente distribuida y acorde a las necesidades de los usuarios, cada consultorio cuenta con escritorio, mesa de exploración, pesa para adultos y niños, abate lenguas, termómetro, lavamanos, archivero, escritorio para recepción, sillas, esfigobaumanometro de pared, biombo, la unidad medica cuenta además con dos estacionamientos, el acceso a la unida de medicina familiar, se realiza en auto particular, microbús, taxi y en metro ya que la unidad se encuentra a 10 minutos del metro Rosario caminando.

2.- TIPO DE ESTUDIO

Este estudio será observacional, transversal, descriptivo.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Beneficiar el diagnóstico, manejo y atención de las familias que presentan disfunción familiar, secundaria a pacientes que cursan con disfunción eréctil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes adscritos a la UMF no 33 del Rosario con diagnostico de Disfunción eréctil.

4.- CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes masculino mayor de 20 años.
- Sexo masculino.
- Que acepten participar en el estudio.
- Pacientes adscritos a la UMF no 33 del Rosario
- Paciente que acudan a la unidad.
- Paciente diagnosticado por urología con diagnostico de disfunción eréctil.

5.- CRITERIO DE EXCLUSION Y ELIMINACION.

- Entrevistas incompletas.
- Entrevistas mal llenadas.

6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El 100% de la población con diagnostico de disfunción eréctil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALTA

PAGINA

19

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizara un análisis estadístico numeral y ordinal.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio transversal descriptivo en pacientes con disfunción eréctil, diagnosticados en la UMF, No 33, el Rosario con el propósito de identificar el grado de funcionalidad familiar que presenta.

Para evaluar este grado de disfuncionalidad se utilizara el instrumento de medición realizado por el Dr.: Víctor Chavez(1), que mide de forma integral a la familia desde un punto de vista biológico, psicológico, social y dinámico. Por lo cual se evalúan los siguientes ámbitos: 1.- Ambito Social Familiar, compuesto por la integración e ingresos, la escolaridad, vivienda, acceso a servicios de salud, alimentación, recreación y cooperación comunitaria, cada uno de estos elementos tiene un valor de 30 puntos, sumando en total 290 puntos, los cuales estos elementos tiene un valor de 30 puntos, sumando en total 290 puntos, los cuales serán clasificados como familia con depresión social cuando se suman de 0 a 120 puntos, familia socialmente marginada con un puntaje de 121 a 170, y familia socialmente integrada con puntaje 171 a 290.

2.- El subsistema conyugal: se califica en una escala del 0 al 100%, conformado por la comunicación con un valor de 30%, adjudicación y asunción de roles con valor de 15%, satisfacción sexual con 20 %, afecto con un valor del 20% y expectativas con un 15%, clasificando de la siguiente manera:

Con 0 a 40 puntos pareja severamente disfuncional, de 41 a 70 punto a pareja moderadamente disfuncional y de 71 a 100 a pareja funcional.

entrevista, se dará una cita si el paciente quiere conocer los resultados de la encuesta, se explicara que los datos recolectados se concentrarán en una base de datos confidenciales, para su análisis estadístico.

VARIABLES DE ESTUDIO

1.- DISFUNCION FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la colección de fuerzas negativas, que intervienen o influyen en el comportamiento de cada integrante de la familia dando como respuesta un mal funcionamiento familiar como unidad, e impide un adecuado desarrollo individual y familiar.

DEFINICION OPERACIONAL

Se medirá a través del estudio integral que aplica al individuo y su familia la valoración del Dr. Víctor Chavez. Este estudio integral se compone de 5 subsistemas: Ambito social familiar, subsistema conyugal Sociodinámica del subsistema parental, Sociodinámica del subsistema fraterno, y ámbito psicológico. A cada uno de estos subsistemas se les asigna una calificación arbitraria en una escala de cero a cien puntos que va de menos a mas: 50 puntos serán para el menor puntaje que se obtenga, 75 puntos para el puntaje medio que se obtenga y 100 puntos para el máximo puntaje que obtenga en cada uno de los ámbitos, de tal forma que se clasificara en: Familia funcional: que alcance 100 puntos. Disfunción familiar moderada con valor de 75 puntos, disfunción familiar severa con valor de 50 puntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- Sociodinámica del subsistema Parental: calificado con una escala de 0 a 100 puntos, encontramos que evalúa la comunicación con 30 puntos, el afecto con 20 puntos, el cuidado con 15 puntos, la educación con 20 puntos y la autoridad con 15 puntos; la escala de calificaciones califica de la siguiente forma de 0 a 40 subsistema severamente disfuncional, de 41 a 70 subsistema moderadamente disfuncional y de 71 a 100 puntos subsistema funcional.

4.- Sociodinámica del Subsistema fraterno: Evalúa la función de la comunicación, afecto, cooperación y recreación, entre hermanos a través de las respuestas; Nunca, ocasional y siempre.

5.- Ambito Psicológico o Psicosocial; mide las siguientes áreas; ansiedad 40 puntos, autoestima 30 puntos, sentimiento de culpa 30, con umbral a los síntomas 30, Personalidad con 50 puntos, sumando un total de 180 puntos; se clasifica de 0-50 puntos perfil funcional y más de 50 puntos perfil disfuncional.

La aplicación de este instrumento de medición se realizara en la UMF No 33 el Rosario en cada uno de los diferentes consultorios, donde se aplicara la entrevista con el paciente por parte de su medico familiar ya que la confianza ganada por él medico, es importante para que acepte participar en el estudio, además de que se explicará al paciente la importancia del estudio de investigación que se realiza, así como también se explicarán las normas de ética que se requieren para el estudio, se explicará también la importancia que tiene él como integrante de una familia, su aspecto Psicosocial, como se espera tener una evaluación integral del paciente y su familia, de que forma puede encontrar un apoyo para el tratamiento individual y familiar tanto de primer nivel, como de segundo nivel si fuera necesario. Esta encuesta se aplicara únicamente al paciente, no se aplicara a su cónyuge ya que no hay

ESCALA DE MEDICION: ORDINAL:

2.- AMBITO SOCIAL FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el estilo de vida que cada una de las familias lleva dentro de la sociedad en que vive.

DEFINICION OPERACIONAL: Se evalúa en una escala de 0 a 290 puntos se califican 7 aspectos de la familia:

I Ocupación e ingresos: Mide el trabajo, la capacitación e ingresos suficientes, se le da un valor de 30 puntos.

II Escolaridad: Mide la congruencia cronológica, rendimiento escolar con el nivel de escolaridad con un valor de 30 puntos.

III Vivienda: Mide el hacinamiento, servicios públicos, eliminación de basura, eliminación de excretas y fauna domestica con valor de 30 puntos.

IV Acceso a servicios de salud: Mide la accesibilidad administrativa, geográfica así como los hábitos alimentarios, con un valor de 30 puntos.

V Alimentación: Mide la suficiente cantidad, calidad y hábitos alimentarios con valor de 30 puntos.

VI Recreación: Mide si es continua la recreación, la salud y el deporte con un valor de 30 puntos.

VII Cooperación comunitaria: Mide la cooperación en comités, proyectos, en reconocimiento comunitario se asigna un valor de 30 puntos.

La suma total es de 290 puntos los cuales se clasificaran de la siguiente manera:

0 a 120 puntos se clasifica como familia con depresión social (50 puntos)

121 a 170 puntos familia socialmente marginada (75 puntos)

171 a 290 puntos es una familia socialmente integrada (100 puntos)

TESIS CON
FALLA DE OP EN

4.- EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la interacción padre e hijo, basado en el énfasis del foco, sobre el padre, el hijo o padre hijo.

DEFINICION OPERACIONAL: Se evaluara con una escala de 0 a 100 puntos y comprenderá los siguientes aspectos:

I Comunicación: Se evalúa la forma, tipo de comunicación y congruencia se da un valor de 30 puntos.

II Afecto: Mide manifestaciones físicas, convivencia, interés en el desarrollo y percepción de sentimientos con valor de 20 puntos.

III Cuidado: Mide higiene personal, alimentación, vestido, salud, prevención de daños físicos se asigna un valor de 15 puntos.

IV Educación: mide la escolaridad, normas familiares y sociales, apoyo, orientación y guía. Se asigna un valor de 20 puntos.

V Autoridad: mide el tipo de autoridad y se asigna un valor de 15 puntos.

Se clasifica en:

0 a 40 puntos como subsistema severamente disfuncional (50 puntos)

41 a 70 puntos se califica como subsistema moderadamente disfuncional (75 puntos)

71 a 100 se califica como subsistema funcional (100 puntos)

5.- EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA FRATERO.

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la interrelación que se da entre hermanos. Su patología puede estar manifestada como rivalidad excesivamente destructiva, se manifiesta como una sobre identificación entre hermanos o como coalición contra los padres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICION OPERACIONAL: Se evalúa en una escala de 0 a 100, que comprende las siguientes áreas.

I **Comunicación:** que mide la forma en que se comunican y la congruencia de la misma se asigna un valor de 30 puntos.

II **Afecto:** mide manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo y percepción de sedimentos, se asigna un valor de 25 puntos.

III **Cooperación:** mide apoyo mutuo en juegos, apoyo mutuo en tareas cotidianas, se asigna un valor de 25 puntos..

IV **Juegos y recreación:** mide la forma de compartir y la calidad de la recreación, se asigna un valor de 20 puntos.

Se clasificara en:

0 a 40 puntos se clasifica como subsistema severamente disfuncional (50)

41 a 70 puntos se clasifica como subsistema moderadamente disfuncional (75 puntos)

71 a 100 puntos como subsistema funcional (100 puntos)

Escala de medición: Ordinal.

6.- EVALUACION EN EL AMBITO PSICOLOGICO

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el equilibrio entre los sentimientos, pensamientos y acciones del individuo con su núcleo familiar.

DEFINICION OPERACIONAL: Se medirá en escala de 0 a 180 puntos, califica los siguientes aspectos:

I **Ansiedad:** mide su percepción, adaptación, control y descontrol, con un valor de 40 puntos.

II **Autoestima:** mide el tipo de autoestima y la clasifica en elevada, baja y perdida, se asigna un valor de 30 puntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la coalición entre ambos padres, elemento que es clave para el éxito del matrimonio, el grado de unidad y forma de conservarla varían al paso del tiempo, los procesos referentes a la toma de decisiones o falta de ellos son importantes, mismos que sufren cambios a medida que la familia recorre su ciclo vital. La adopción o consecución de papeles de satisfacción recíproca (los complementarios), es la clave de esta alianza.

DEFINICION OPERACIONAL: Se evalúa en una escala de 0 a 100 puntos, abarcando los siguientes puntos.

- a) **Comunicación:** Se valora la claridad, congruencia, y forma de comunicarse se aplica un valor de 30 puntos.
- b) **Adjudicación y asunción de roles:** mide la congruencia y satisfacción, con un valor de 15 puntos.
- c) **Satisfacción sexual:** se valora su frecuencia y satisfacción se da un valor de 20 puntos
- d) **Afecto:** Mide las manifestaciones físicas, calidad de la convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con un valor de 20 puntos.

Se clasifica en:

0 a 40 puntos: pareja severamente disfuncional (50 puntos)

41 a 70 puntos: pareja moderadamente disfuncional (75 puntos)

71 a 100 puntos: pareja funcional (100 puntos).

III Sentimientos de culpa: mide el tipo de culpa y la clasifica en introyectada, proyectada y asumida, se asigna un valor de 30 puntos.

IV Umbral a los sentimientos: mide la identificación de causas, forma en que relaciona causas, forma en que relaciona síntomas y control de los síntomas, se asigna un valor de 30 puntos.

V Personalidad: mide el tipo de personalidad (depresivo, ansioso, obsesivo, paranoide, neurótico) se asigna un valor de 50 puntos.

Se clasificará de la siguiente manera:

0 a 50 puntos: perfil funcional (50 puntos)

51 a 100 puntos: perfil disfuncional moderado (75)

101 a 180 puntos: perfil severamente disfuncional (100)

Escala de medición: Ordinal.

7.- CARACTERISTICAS PROPIAS DEL PACIENTE CON DISFUNCION ERECTIL.

DEFINICION CONCEPTUAL: Se define a la disfunción eréctil como un fracaso recurrente y persistente en obtener o mantener una erección suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria.

DEFINICION OPERACIONAL: Se considerara al paciente diagnosticado en un segundo nivel, con disfunción eréctil.

VARIABLES UNIVERSALES DEL ESTUDIO

I.- Edad: Es el número de años que en el momento del estudio tiene el paciente, se medirá en años cerrados.

Escala de medición: Por intervalos de tiempo.

II.- Religión: Conjunto de creencias o dogmas, normas éticas y morales de comportamiento social e individual, y prácticas rituales de oración o sacrificio que relacionan al hombre con la divinidad

2 Virtud que nos mueve a dar a Dios el culto debido.

3 Profesión y observancia de la doctrina religiosa.

4 Obligación de conciencia, cumplimiento de un deber.

5 Orden, instituto religioso: entrar en ~ una persona, tomar el hábito en un instituto religioso.

Escala de medición: Nominal.

III.- Ocupación: Es el tipo de trabajo que desempeña el paciente en el momento de la investigación.

Escala de medición Ordinal.

RECURSOS:

MATERIALES: Se cuenta con los recursos materiales como es la estructura física adecuada, computadora, lápices, papel, plumas, goma, impresora, diskets flexibles.

HUMANOS: Se cuentan en cada consultorio con un médico, se cuenta con pacientes adscritos a la unidad, investigador, asesores y asistentes que auxilian para prestar un mejor servicio.

ASPECTOS ETICOS: Se cuenta con la suficiente información ética, para reunir los requisitos necesarios para la investigación en seres humanos, establecido por la Ley general de salud, así como se respetara la aceptación voluntaria de cada paciente y la confidencia del paciente.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975. En la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y principios básicos para investigación del IMSS.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno,

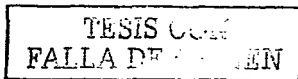
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.



Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades

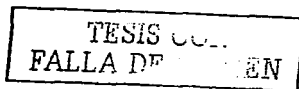
derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una



característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Resultados

En la UMF No 33 El Rosario, se realizo este estudio, encontrando los siguientes resultados; se encontraron un total de 7 pacientes con disfunción eréctil diagnosticados por el servicio de urología, del Hospital Regional de Zona No 72, a los cuales se les aplico la escala de evaluación del Dr. Víctor Chávez.

ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DISFUNCION ERÉCTIL

En la escolaridad se obtuvieron los siguientes datos: 1 analfabeta, 1 con primaria, 3 con secundaria, Con preparatoria no se detectaron, 2 profesionales.

ANALFABETA	1
PRIMARIA	1
SECUNDARIA	3
PREPARATORIA	0
PROFESIONAL	2

TABLA No 1

RELIGIÓN DE PACIENTES CON DISFUNCION ERÉCTIL

En la religión, se encontraron los siguientes datos; únicamente 2 religiones la católica, con un total de 6 pacientes y un paciente cristiano.

CATOLICA	6
CRISTIANA	1
OTRA	0

TABLA No 2

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En la ocupación, jubilados con un total de 5 pacientes, un chofer y un maestro.

JUBILADO	5
CHOFER	1
MAESTRO	1

TABLA No 3

EDAD DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En la edad de los pacientes, se encontraron los siguientes rangos; de 20 a 30 años 1 paciente, de 31 a 40 años 1 paciente, de 41 a 50 años 0 pacientes, de 51 a 60 años 4 pacientes y de 61 a mas años 1.

20 a 30 años	1
31 a 40 años	1
41 a 50 años	0
51 a 60 años	4
60 a más años	1

TABLA No 4

AMBITO SOCIAL Y FAMILIAR DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En el ámbito social familiar, no se encontraron familias con depresión social, se encontró una familia socialmente marginada, se encontraron 6 familias socialmente integradas.

FAMILIA CON DEPRESIÓN SOCIAL	0
FAMILIA SOCIALMENTE MARGINADA	1
FAMILIA SOCIALMENTE INTEGRADA	6

TABLA No 5

SUBSISTEMA CONYUGAL DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En el sistema conyugal no se encontraron parejas severamente disfuncionales, se encontró una pareja moderadamente disfuncional y se encontraron 6 parejas funcionales.

PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0
PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	1
PAREJA FUNCIONAL	6

TABLA No 6

SUBSISTEMA PARENTAL DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En el subsistema parental, se encontraron 7 familias con un subsistema funcional.

SUBSISTEMA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0
SUBSISTEMA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	0
SUBSISTEMA FUNCIONAL	7

TABLA No 7

SUBSISTEMA FRATERO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En el subsistema fraterno, no se encontraron subsistemas severamente disfuncionales, se encontraron dos subsistemas moderadamente disfuncionales, que corresponden al 29% y se encontraron 3 con un subsistema funcional, lo cual representa un 71%.

SUBSISTEMA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0
SUBSISTEMA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	2
SUBSISTEMA FUNCIONAL	3

TABLA No 8

AMBITO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERETIL

En el ámbito psicológico o Psicosocial, se encontraron 4 pacientes con perfil funcional, que representa el 57% y 3 pacientes con perfil disfuncional que representa el 43%.

PERFIL FUNCIONAL	4
PERFIL DISFUNCIONAL	3

TABLA No 9

GRAFICAS

PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF No 33

DISFUNCIÓN ERÉCTIL DX POR UROLOGÍA	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
	7	100 %

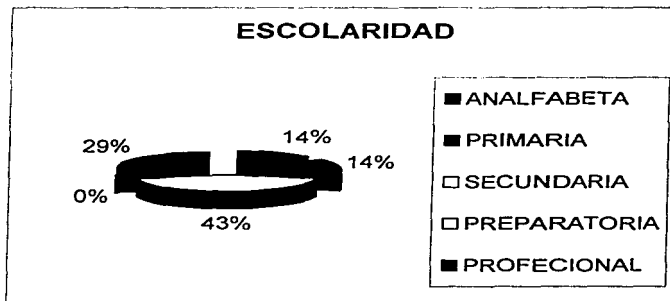


Numero de pacientes, diagnosticados por el servicio de urología del HRZ No 72, con disfunción eréctil, los cuales reportan un total de 7 pacientes de los cuales representa al 100%, en los diferentes consultorios tanto matutino como vespertino.

FUENTE: Pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.
Registrados en A.R.I.M.A.C.

**ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF
No 33**

ANALFABETA	1	14%
PRIMARIA	1	14%
SECUNDARIA	3	43%
PREPARATORIA	0	0%
PROFESIONAL	2	29%

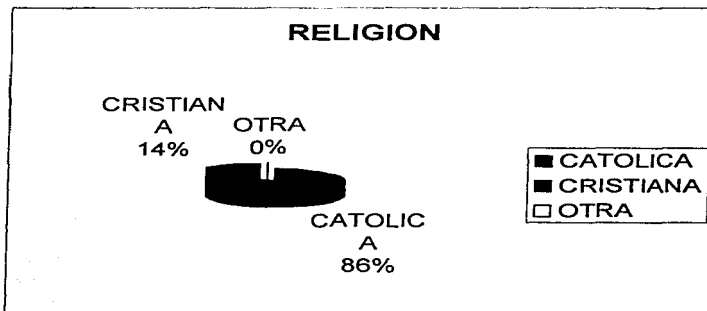


El nivel educacional de la población, se relaciona directamente encontramos un mayor porcentaje a nivel primaria.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

RELIGIÓN DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF No 33

CATOLICA	6	86%
CRISTIANA	1	14%
OTRA	0	0%

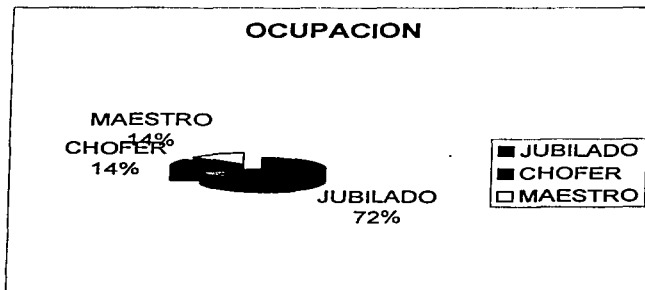


La religión demuestra relación directa con la católica

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF. No 33

JUBILADO	5	72%
CHOFER	1	14%
MAESTRO	1	14%



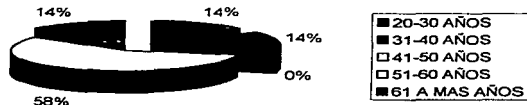
La ocupación muestra que la relación del diagnóstico de disfunción eréctil, con la edad es directamente proporcional, se puede observar que el número de jubilados es mayor el porcentaje que en otras profesiones.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

EDAD DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF No 33

20-30	1	14%
31-40	1	14%
41-50	0	0%
51-60	4	58%
60 O más	1	14%

EDAD DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

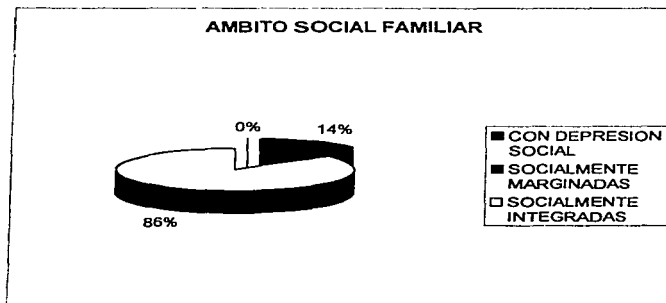


Se estima que la prevalencia es alrededor del 5% entre los individuos de 40 años, del 10% entre los de 60 años, el 20% entre los de 70 años, del 30-40% en los octogenarios y alrededor del 50% en los nonagenarios, por lo que observamos que la relación de esta muestra es similar con la reportada a nivel mundial.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

**AMBITO SOCIAL Y FAMILIAR DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL
DE LA UMF No 33**

0-120	FAMILIA CON DÉPRESIÓN SOCIAL	0	0%
121-171	FAMILIA SOCIALMENTE MARGINADA	1	14%
171- 290	FAMILIA SOCIALMENTE INTEGRADA	6	86%

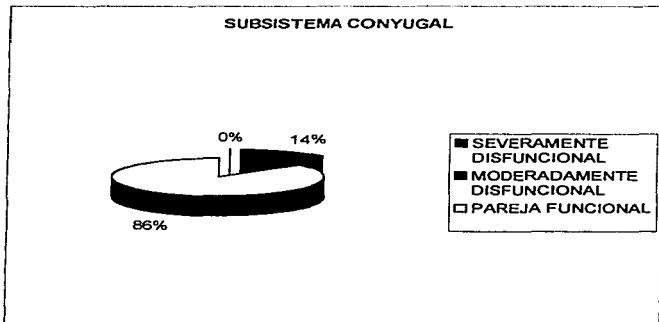


En el ámbito social familiar, observamos que la mayoría de los pacientes tiene una familia socialmente integrada, lo cual concuerda con los resultados esperados, ya que por la cultura se niega el tener relaciones sexuales insatisfactorias, debido al miedo a la humillación, a un comportamiento sexual inadecuado, el no querer hablar del problema de forma abierta.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

**SUBSISTEMA CONYUGAL DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL
DE LA UMF No 33**

0-40	PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%
41-70	PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	1	14%
71-100	PAREJA FUNCIONAL	6	86%

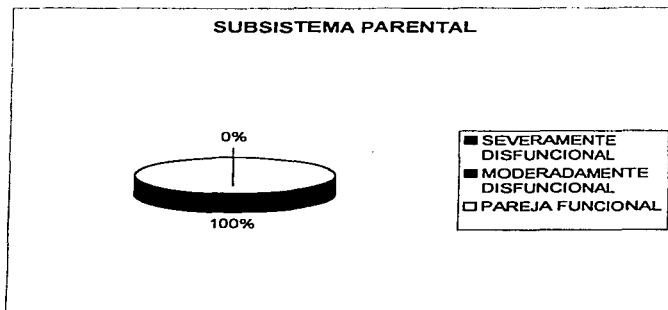


El subsistema conyugal, es valorado como funcional en su mayor porcentaje, esto puede explicarse ya que la mayoría de los pacientes, refieren que sus esposas no tiene deseos de tener relaciones, pero teniendo como antecedente, que los pacientes se encuentran en tratamiento medico, el mejor entendimiento de la disfunción eréctil, mejora el funcionamiento de pareja.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

SUBSISTEMA PARENTAL DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF No 33

0-40	SUBSISTEMA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%
41-70	SUBSISTEMA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%
71-100	SUBSISTEMA FUNCIONAL	7	100%

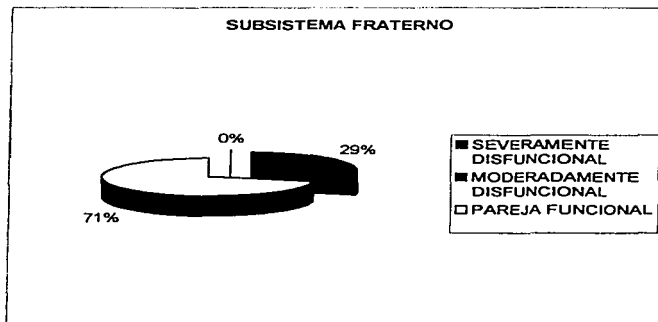


En el subsistema parental encontramos que el 100% es funcional, es de esperarse ya que dos paciente están en edad reproductiva con su pareja y no tiene hijos y los que tiene hijos, ya se encuentran en fase de independencia.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

SUBSISTEMA FRATERO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF No 33

0-40	SUBSISTEMA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%
41-70	SUBSISTEMA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	2	29%
71-100	SUBSISTEMA FUNCIONAL	5	71%

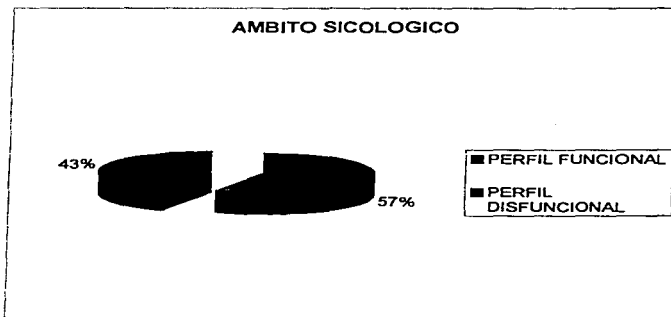


Este subsistema fraterno, se encuentra moderadamente disfuncional, ya que se encuentran en etapa de independencia y de retro y muerte.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

AMBITO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERETEL DE LA UMF No 33

0-50	PERFIL FUNCIONAL	4	57%
50 o más	PERFIL DISFUNCIONAL	3	43 %



El factor psicológico era de esperarse que se encontrara disfunción en este ámbito ya que concuerda con lo reportado con la literatura mundial en relación de con la disfunción eréctil.

FUENTE: Evaluación del Dr. Víctor Chávez aplicada a pacientes diagnosticados con disfunción eréctil de la UMF No 33.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANALISIS

Se encontró en las encuestas que el nivel educacional de la población, es de secundaria, con este nivel cultural es más fácil que al paciente se le brinde ayuda profesional y él la solicite.

La disfunción eréctil demuestra una relación directa con la religión católica, además de que los temas de religión obstaculizan el acercamiento del paciente con el medico, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial.

En la ocupación y la edad encontramos que existe una relación fisiopatologica, ya que el daño endotelial, aumenta con la edad y el sedentarismo, estos factores de riesgo son similares con los reportados a nivel mundial.

Además se encontró que en el ámbito social la mayoría de las familias se encuentran socialmente integradas, porque en los aspectos de ocupación, escolaridad, vivienda, servicios de salud, alimentación, recreación y cooperación comunitaria, están en su mayoría satisfechos, únicamente en un paciente la cooperación comunitaria y la recreación son esporádica, esto concuerda con lo reportado en la literatura mundial.

Sistema conyugal: en la mayoría de las parejas, la comunicación es buena, los roles son congruentes con su sexo, las manifestaciones de afecto no están alteradas. encontramos alteraciones de leves a moderadas. En lo que se refiere a expectativas en la esfera sexual, en cuanto a satisfacción sexual, no se encontró insatisfacción; ya que se les explico a los pacientes que pueden llegar a una satisfacción sexual sin llegar a copular.

En el subsistema parental, se encuentra funcional al 100%, ya que existe una buena relación entre padres e hijos, es de esperarse ya que dos paciente están en edad reproductiva con su pareja y no tiene hijos y los que tienen hijos, la comunicación es buena y su relación interpersonal también.

En el subsistema fraterno, encontramos alteraciones en el afecto, principalmente en la percepción de los sentimientos, por lo que se detecta un subsistema moderadamente disfuncional, debido a la etapa familiar que predomina en estas familias, (independencia, retiro y muerte).

Ámbito psicológico: El componente emocional que presenta el paciente con disfunción eréctil, puede deberse al estrés, conflictos familiares, económicos, depresión, ansiedad, temor al fracaso, falta de autoestima, fobias al acto sexual y complejos de inferioridad. El impacto que tiene la disfunción eréctil en la calidad de vida del paciente es grave y afecta su estado de ánimo, por lo que era de esperarse que se encontrara disfunción en este ámbito, lo cual concuerda con lo referido en la literatura mundial.

TESIS CON
FALLA DE CONTEN

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, encontramos que el grado de disfunción familiar, puede considerarse de leve a moderado, ya que en el instrumentó de evaluación integral familiar del Dr. Víctor Chávez; se encontró que se afecta principalmente el subsistema fraterno y psicosocial en la mayoría de los pacientes, afectándose en menor grado el subsistema conyugal y el ámbito social familiar y sin presentar alteraciones en el subsistema parental.

Es importante observar que el aspecto psicológico fue uno de los factores principalmente encontrados en pacientes con la disfunción familiar, por lo que el medico familiar tiene una gran responsabilidad para detectar en forma oportuna estos aspectos en sus pacientes y así evitar alteraciones en la dinámica familiar.

TESIS CON
FALLA DE COMPLETAR EN

SUGERENCIAS

Observando los resultados según el instrumento de evaluación del Dr. Víctor Chávez sugiero iniciar una educación sexual, integral a los pacientes desde la infancia, para contribuir a la mejorara de la calidad de vida, actuando en conjunto con otras disciplinas; como psicología, urología, psiquiatría, sexología. Así como también mejorar la relación medico paciente, para llegar oportunamente al diagnostico y poder canalizar al paciente a los servicios que requiera (segundo o tercer nivel) para evitar complicaciones.

Según los resultados obtenidos, creo que sería conveniente realizar un programa de trabajo orientado a la disfunción eréctil.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD EN

FALTA
LAS PAGINAS

52

A

53

ANEXOS

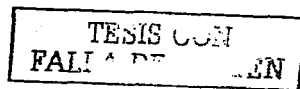
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACION INTEGRAL DE LA FAMILIA A TRAVES DEL AMBITO SOCIAL, SOCIODINAMICO Y PSICOLOGICO

Evaluación del ámbito social familiar

AREA ASIGNADOS	PARAMETROS	PUNTOS
Ocupación e Ingresos	Trabajo y capacitación Ingresos suficientes	30
Escolaridad.	Congruencia cronológica Rendimiento escolar Nivel de escolaridad	30
Vivienda	Hacinamiento Servicios públicos Eliminación de basura Eliminación de excretas Fauna nociva	50
Accesos a Servicios de Salud	Accesibilidad administrativa Accesibilidad geográfica Disponibilidad temporal	30
Alimentación	Suficiente en cantidad Suficiente en calidad Hábitos alimentarios	30
Recreación	Recreación continua Recreación y salud Deporte	30
Cooperación Comunitaria	Cooperación en comités Cooperación en proyectos Reconocimiento comunitario	30

0-120 Familia con depresión social
121-170 Familia socialmente marginada
171-290 Familia socialmente integrada



EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SOBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARAMETROS	CAL ASIGNADA
Comunican	Clara	10
	Directa	10
	Congruente	10
Adjudicación de Roles	Congruente	5
	Satisfactoria	5
	Flexibilidad	5
Satisfacción sexual	Frecuencia	10
	Satisfactoriedad	10
Afecto	Manifestaciones físicas	5
	Calidad de convivencia	5
	Interés en el desarrollo de la pareja	5
	Reciprocidad	5
Expectativas	Presentes	10
	Pasadas	10

0-40 Pareja severamente disfuncional

41-70 Pareja moderadamente disfuncional

71-100 Pareja funcional

TESIS
FALLA DE JUREN

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA PARENTAL

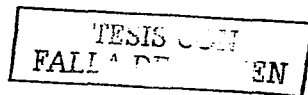
FUNCION	PARAMETRO	CALIFICACION
Comunicación	Clara	10
	Directa	10
	Congruente	10
Afecto	Manifestaciones Físicas	5
	Convivencia	5
	Interés por el desarrollo	5
	Percepción de los sentimientos	5
Cuidado	Higiene personal	3
	Alimentación	3
	Vestido	3
	Salud	3
	Prevención de daños físicos	3
Educación	Escolaridad	5
	Normas familiares y sociales	5
	Apoyo	5
	Orientación y guía	5
Autoridad	Compartida	3
	Racionalidad	3
	Homogeneidad	3
	Coherencia	3
	Aceptación	3
0-40	Subsistema severamente disfuncional	
41-70	Subsistema moderadamente disfuncional	
71-100	Subsistema funcional	

TESIS
FALLA DE

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA FRATERNO

FUNCION	PARAMETROS	CALIF
Comunicación	Clara	10
	Directa	10
	Congruente	10
Afecto	Manifestaciones físicas	6
	Calidad de convivencia	7
	Interés por el desarrollo	6
	Percepción de sentimientos	
Cooperación	Apoyo mutuo en juegos	5
	Apoyo mutuo en tareas cotidianas	15
	Apoyo reciproco en proyectos	5
Juegos o recreación	Compartida	10
	Calidad de recreación	

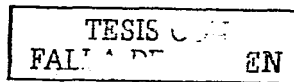
0-40 Subsistema severamente disfuncional
 41-70 Subsistema moderadamente disfuncional
 71-100 Subsistema funcional



EVALUACION DEL AMBITO PSICOLOGICO O PSICOSOCIAL

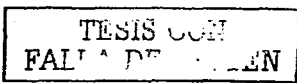
AREA ASIGNADA	PARAMETROS	PUNTUACION
Ansiedad	Percepción de la ansiedad Adaptación de la ansiedad Control de la ansiedad Descontrol de la ansiedad	40
Autoestima	Autoestima elevada Autoestima baja Pérdida de la autoestima	30
Sentimientos de Culpa	Culpa introyectada Culpa proyectada Culpa asumida	30
Umbral de los Síntomas	Identifica causas Relaciona causas y síntomas Control de síntomas	30
Personalidad	Depresivo Ansioso Obsesivo Paranoide Neurótico	50

0-50 puntos Perfil funcional
50 o más Perfil disfuncional



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Feldman H. Impotence and its medical and psychological correlates. Results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;150-61
- 2.- Simon H, Roger K, Culley C. Fast Facts. En: Disfunción eréctil masculina. Barcelona;1998:5-25
- 3.- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. Grijalbo, Barcelona 1987: 640-74
- 4.- File:// C: Mis documentos/ LAS CAUSAS DE IMPOTENCIA. htm
- 5.- Halen SK. Disfunciones sexuales. Grijalbo, Barcelona 1988: 245-72
- 6.- Velasco O. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev Med IMSS, México 1994;32 (3):271-5
- 7.- Linton R. La historia natural de la familia. En: From E. La familia. La familia. Barcelona: Ediciones Península, 1975: 149-76
- 8.- Benedk. Barcelona: Ediciones Península, 1975:149-76
- 9.- Lefero OL. El cambio crítico de la familia y su necesaria orientación e investigación. En: La familia ANUIS, México; 1976; 108-135
- 10.- Horwitz CN, Florenzano UR, Reingeling PI. Familia y salud familiar, un enfoque para la atención primaria. Bol. of Sanit Panam, 1985; 98(2): 144-53
- 11.- Escotto GE, Wall MC, Dominguez OJ. Etapas críticas de la familia. En: Alarid HJ. Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ediciones M.F.M., 1982:29-33
- 12.- Chagoya BL. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto GE. La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México; Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México: 53-56



13.- Velazco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Med IMSS Méx 1994;32:271-275

14.- Infante CC. Bases para el estudio de la interacción familiar redes-sociales, uso de servicios de salud. Salud Pública de México, 1998;30(2):175-95