



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.20

GRADO DE ASOCIACION ENRTE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF 20

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
ROSALBA COLUNGA DE ITA



ASESOR DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ

MEXICO, D. F

MARZO 1999.



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO DE ASOCIACION ENRTE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES
DE LA TERCERA EDAD DE LA UMF 20

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
ROSALBA COLUNGA DE ITA

ASESOR DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ

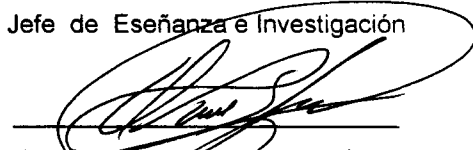


MEXICO, D. F

MARZO 1999.

Vo Bo

Jefe de Enseñanza e Investigación



Dr. Octavio Noel Pons Álvarez

Especialista en Medicina Familiar

Profesor titular del curso de Especialización en

Medicina Familiar U.M.F. N. 20



U. M. F. No. 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Dr Juan Espinoza Martinez
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Adjunto del curso de especialización en
Medicina Familiar U.M.F. N. 20

Dra Yolanda Valencia Islas
Especialista en Medicina Familiar
Profesor adjunto al curso de especialización en
Medicina Familiar U.M.F. N 20.

DEDICATORIAS

A ALFONSO

Mi esposo y compañero por que gracias a su comprensión y apoyo además del amor que me brinda pude lograr mi superación.

A CECILIA

Mi hija, por los días que no pudimos compartir y las noches de sollozo debido a mi ausencia que pretendo compensar con mi cariño y amor.

A MI MADRE

Que gracias a ella con su esfuerzo y amor me pudo brindar una profesión

**GRADO DE ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DISFUNCIÓN SEXUAL EN DERECHAHABIENTES DE LA TERCERA EDAD**

INDICE

JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7
PLAN FEMIENTO DEL PROBLEMA	12
HIPOTESIS	13
MATERIAL Y METODOS	14
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	15
TABLAS Y GRAFICOS	17
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	35
INTERPRETACION ESTADÍSTICA	37
COMENTARIOS	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	41

JUSTIFICACIÓN

Actualmente debido al incremento en la esperanza de vida resultante de la paralela al desarrollo tecnológico el perfil demográfico modifica la pirámide poblacional pasando de esta forma a la de una ánfora, esto es con base angosta y vértice ancho por el progresivo incremento del grupo mayor de 60 años en ambos sexos, en los que por características del sistema político económico predomina una deficiente calidad de vida que se traduce en demanda de atención en los diferentes sistemas de salud considerando nuestra Institución a este grupo de riesgo. Lo incorporo como un programa prioritario que requiere a nivel primario una atención integral.

En este grupo de edad hablar de sexualidad en ocasiones es un tabú. En otros casos por el pudor de los mismos prefieren evitar hablar del tema, sin embargo la sexualidad en el paciente de la tercera edad es una realidad que la mayoría de nosotros no queremos aceptar, pensando en que la sexualidad es primordialmente una función procreativa y que aquellos que están más allá de sus años reproductivos deben practicar el autorechazo sexual por pensar que el concepto idealista del sexo consiste en amor y romance y que estos conceptos pertenecen exclusivamente al joven, sin pensar que la sexualidad es una de las funciones que no desaparecen al llegar a la tercera edad, que la sexualidad es una función con la que nacemos y que únicamente desaparece al morir.

Por lo que como médicos familiares somos los encargados de brindar una atención integral; atención que a veces olvidamos al ver a una persona senil pensando solo en un paciente con alguna enfermedad cronicodegenerativa y nos olvidamos de la integridad del mismo, por eso es importante que reflexionemos en la atención brindada no solo al paciente senecto sino en cada paciente a nuestro cargo pues es muy común encontrar algún tipo de disfunción sexual provocado con esto disfunción familiar, disfunción que con una atención integral podríamos evitar para lograr así una mejor calidad de vida no solo al paciente senecto sino en paciente.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación estadística entre funcionalidad familiar y tipos de disfunción sexual en derechohabientes que asisten a la consulta externa de la U.M.F. N.20.

PARTICULAR

Identificar en que grupo de edad se presentan las disfunciones sexuales en derechohabientes de la tercera edad.

Identificar el tipo de disfunción sexual que se presenta en derechohabientes de la tercera edad según sexo.

Identificar el ciclo vital de los derechohabientes de la tercera edad que presentan algún tipo de disfunción sexual.

Identificar el tipo de mensaje que utilizan los derechohabientes de la tercera edad y que presentan algún tipo de disfunción sexual.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En otros tiempos, los ancianos eran una minoría respetada que detentaba el poder ideológico y muchas veces también político de un pueblo, pero con el correr de los siglos las situaciones cambiaron dejando una vasta herencia de vocablos que como prefijos y sufijos dieron forma al lenguaje.

Gerontología es el estudio del anciano, de sus condiciones de vida normales y patológicas, geriatría se define como la rama de la medicina que se encarga de las enfermedades de los ancianos. (1)

Desde el punto de vista geriátrico es importante conocer a que edad se es viejo. Acorde a la ONU se alcanza la vejez cuando se llega a los sesenta años de edad cronológica. Desde el punto de vista medico la vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana cuyo declive comenzara a partir de alcanzar el umbral de desarrollo máximo de los individuos. Este punto máximo de crecimiento se localiza a los treinta años por tanto a partir de esta edad se iniciara el declive de las funciones corporales. (2)

Se habla de otros criterios para considerar una persona como vieja que son de orden científico, pero si interesantes por el impacto que ejercen en la mentalidad y actitud de la gente, se refieren a la capacidad de desempeño de algunas actividades como los deportes y otras que requieren gran esfuerzo físico además de agilidad y rapidez.

Cuando hablamos de viejos, ancianos, senectos o personas de edad avanzada nos referimos a todos aquellos que tengan 60 años o más. Sin embargo es necesario señalar que los gerontólogos fraccionan la vejez en etapas de diversa duración y distinta denominación:

Grupo

60- 74 años	senilidad	
75 - 89años	ancianidad	Brocklehurst
90 y más	longevidad	

45 - 50 años	Pre-senilidad	
60 - 72 años	senectud gradual	De Nicola
72 - 89 años	vejez declarada	
90 y más	grandes viejos	

45 - 59 años	pre-vejez	
60 - 79 años	senectud	Sociedad de Gerontología y Geriatria
80 y mas	ancianidad	

Fisiopatología

El envejecimiento es una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, con tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional, la cual se manifiesta por pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reduciendo la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo y disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequecedad la cual se manifiesta en la piel, como piel seca y sin elasticidad. (3)

Las causas del envejecimiento se desconocen sin embargo existen diversas teorías:

Teoría de la mutación en la que se producen cambios celulares con modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de la célula y por lo tanto en todo el organismo.

Teoría clonal o mutacional las clones o las familias celulares cuando aparecen mutaciones pueden tener desventajas respecto a las células originales cuando aparecen condiciones poco favorables a la homeostasia y supervivencia de organismo. Así puede llamarse muerte por envejecimiento o vejez en sentido estricto. Lo que explicaría la aparición de los cánceres.

Teoría autoinmunitaria en donde las células se producen sustancias anormales que son reconocidas por células autocompetentes y sobre todo los linfocitos. las células plasmáticas y cebadas. Se forman anticuerpos contra estas células alteradas que serían destruidas o sufrirán lesiones irreversibles con deterioro de las funciones orgánicas.

Teoría del uso y consumo existe una determinada reserva de energía no renovable y una vez agotada se presenta la regeneración y muerte.

Teoría de acumulación y productos de desecho en donde el acopio de determinadas sustancias como lipofuscinas es perjudicial para las células y tejidos y determina las alteraciones del envejecimiento que ocurre en el cerebro, hígado y corazón y al parecer se debe a procesos de peroxidación lipídica a cargo de los organelos, en los que se lleva a cabo los procesos enzimáticos celulares.

Teoría nerviosa las células nerviosas sufren destrucción lenta pero progresiva en el curso de la existencia pero a diferencia de otras estas no se renuevan y al desaparecer la acción reguladora del sistema nervioso sobre homeostasis se explicarían las alteraciones morfológicas y funcionales.

Existen una serie de criterios falsos acerca de la vejez y sus limitaciones que por nuestra misma cultura los ancianos aceptan, un criterio falso es la de si el anciano es asexual, muchas personas con esta falsa idea consideran que una

persona después de los sesenta años es enfermiza se demuestra algún deseo o tiene alguna relación sexual, por tal motivo aquellos ancianos que a lo largo de su vida llevaron una actividad sexual intensa, prefieren no tocar el tema y evitan manifestar su afecto a su pareja o a los demás, rechazando el tacto, los besos, los abrazos, etc.

La única manifestación de afecto y sexualidad en nuestros tiempos va ligada a la belleza corporal de la misma manera que no consideran como bello un acto sexual entre dos obesos o entre dos parapléjicos los tradicionalistas impiden ver como algo morboso el amor de dos ancianos, para ellos es antinatural y lo comprenden.

Con la vejez existirán cambios y algunas limitaciones comparativas a la juventud, pero el punto de vista de la mayoría de los ancianos como actividad sexual normal, es que las relaciones sexuales en la vejez son relaciones afectivas y no pasionales como en los jóvenes.

Mientras un anciano expresa y recibe su sentimiento a través de las relaciones afectivas, su principal objetivo no estará limitado al coito o al orgasmo, sino llenar sus necesidades afectivas y sentimental mientras que en el joven es sinónimo de virilidad o realización.(4)

Otra actitud prevalente en nuestra sociedad que impugna en contra de la expresión sexual en el anciano, consiste en el concepto idealista que liga al sexo, amor y romance como el corolario implícito de que los tres aspectos mencionados pertenecen exclusivamente al Joven. El temor y ansiedad asociados con el proceso de envejecimiento empiezan mucho antes de que muchas personas piensen, muchas adolescentes que están llegando a la edad de 20 años empiezan a temblar por que aun no se han casado. Y la mujer de mayor edad mientras mas años tiene mas sufre y se desespera por que para muchas mujeres el envejecer significa la devaluación sexual progresiva y la Descalificación. Sin embargo los hombres no están tan afectados por la ansiedad del envejecimiento.(4)

Con los cambios fisiológicos que tanto el hombre como la mujer presentan existen también cambios que se presentan en la respuesta sexual humana.

En el hombre después de los sesenta años se manifiesta un retardo en la capacidad de erección, disminución de la fuerza y una rápida pérdida de la misma postorgasmo, habrá una disminución en la sensibilidad del glande y disminución de la producción de espermatozoides.

Sin embargo la erección podrá existir aun a los noventa años, si es que este anciano llevo una vida sexual activa previa, y puede tener la capacidad de embarazar a una mujer en edad fértil. Por otra parte aunque tardará más tiempo en lograr su erección, tendrá ventajas sobre el hombre joven en cuanto a que una vez lograda esta misma, también tardara más en eyacular y por tanto brindara más satisfacción a su pareja.

Los transtomos de eyaculación precoz o retrograda podrían presentarse solo en aquellos ancianos que se sometieron a algún tipo de cirugía de próstata, sin embargo, no es la mayoría.

Otro cambio se refiere a la disminución de la libido y la perdida del interés hada su pareja, lo cual se acompañara de una disminución de la frecuencia, con la secundaria perdida paulatina de la actividad sexual.

Desde luego que esto es mas frecuente en ancianos que padecen complicaciones secundarias a enfermedades como son: diabéticos. hipertensos. prostéticos, etc. Y en quienes ya sea por su enfermedad o por los efectos secundarios farmacológicos, reflejan una disminución de la libido. Por tanto no todos los hombres ancianos tienen por que tener afectada su sexualidad. solo aquellos que tienen un motivo secundario y del cual se hablara mas adelante.

DISFUNCIONES SEXUALES

A menudo los recién nacidos experimentan erección y las niñas lubricación vaginal, cuando se les cambian los pañales. Durante su desarrollo los seres humanos perciben fenómenos y cambios corporales y genitales, que se identifican como estar excitado.

Por mucho tiempo el conocimiento científico acerca de estos fenómenos era casi igual al popular el paso más importante para el conocimiento de la fisiología sexual fue la investigación que realizaron W.H. Masters y V.E. Johnson. Que culminó con la publicación de su estudio sobre la respuesta sexual humana. Detectaron y sistematizaron los cambios a nivel genital y sistémicos en ambos sexos.

Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja.

Masters y Johnson solo clasificaron las disfunciones como masculinas y femeninas después Helen Kaplan en un intento de clasificación fisiológica las consideró como en las que la alteración se encuentra ya sea en la fase vasocongestiva (excitación o meseta) o en la mioclónica (orgasmo) para agregar las que denominó alteraciones del deseo sexual. Para la clasificación de las disfunciones se utilizan la curva clásica de la respuesta sexual humana propuesta por Masters y Johnson a la que a sus cuatro fases se agregaron dos más, fase de estímulo sexual afectivo y refractaria, para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase. bastará, que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas.

De este modo cuando se produce un decremento de la fase de estímulo sexual afectivo, es decir aumento del umbral de respuesta, en cualquiera de los miembros de la pareja se tendrá la disfunción que en nuestra sociedad es frecuente que se le conciba como algo natural y se le determina como apatía sexual esta se caracteriza por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual. Cuando la

disfunción consisten en incremento en uno de los miembros de la pareja se le denomina disritmia sexual, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales. En lo referente a la fase de excitación un incremento en esta fase no producirá propiamente una disfunción ya que no es frecuente que una pareja se presente a consulta por exceso de lubricación o erecciones demasiado firmes, sin embargo cabe aclarar que el priapismo es una manifestación de diversos padecimientos generalizados y no se acompañan de deseo sexual.

El decremento en la fase de excitación producirá ausencia o deficiencia de lubricación es decir hipolubricación y erecciones incompletas o ausentes, es decir incompetencia eréctil, en la fase de meseta el incremento o decremento considera por el tiempo de duración de la fase mas que por la intensidad de la misma.

El incremento provoca en el hombre incompetencia eyaculatoria y en la mujer preorgasmia, en la primera disfunción es motivo de sufrimiento para la persona que lo presenta. El decremento de la duración en la fase de meseta provoca disfunción en el hombre y no en la mujer, en el hombre la eyaculación precoz o descontrol eyaculatorio se define a quien por esta causa no logra llevar al orgasmo a su pareja, en el 50% o más de los coitos habiéndose descartado orgasmia o anorgasmia en la compañera se presenta esta disfunción.

En la fase de orgasmo un incremento, producira el fenómeno denominado multiorgasmia en ambos sexos y no es una disfunción, en cambio el decremento constituye la anorgasmia. En la fase de resolución un aumento de esta no provoca disfunción por ser rápida, sin embargo cuando es muy lenta puede provocar dispareunia debido a la persistente congestión de los tejidos u órganos pélvicos y perineales en ambos sexos, esta situación casi siempre va precedida de anorgasmia. El incremento o decremento del periodo refractario no provoca disfunción aunque puede ser motivo de consulta por ancianos que piensan que la

mayor duración es disfuncional cuando es natural en la vejez. lo que no invalida la posibilidad de practicar su sexualidad.

Las últimas dos disfunciones que no se consideran disfunciones específicas de alguna fase por que pueden presentarse en una o varias de estas son la dispareunia y vaginismo.

En general se considera que la disfunción pueden ser primarias cuando siempre han existido o secundarias cuando aparecen después de un periodo de funcionamiento adecuado, así mismo son selectivas si se presentan en una (s) persona(s) o en otra; Y situacionales cuando solo se manifiestan bajo determinadas circunstancias.

Por otro lado puede considerarse que las disfunciones son fisiológicas cuando La causa es un impedimento para que se presenten los fenómenos fisiológicos o subjetivos si aun existiendo las fisiológicas no hay percepción subjetiva del fenómeno, o sea la excitación y orgasmo(7).

EPIDEMIOLOGIA

En México no se cuenta con datos confiables que permitan establecer la prevalencia de las disfunciones sin embargo se infiere por la observación clínica que la apatía sexual es muy generalizada y la disritmia muy frecuente. En E U el 27.8% paciente que acude a centros de asesoría matrimonial se les diagnóstico deseo sexual inhibido o apatía sexual con prevalencia de 37% en mujeres y 18% en hombres, la disritmia es una disfunción que debido a no poder ser estudiadas no se conoce su prevalencia sin embargo es común su existencia. En cuanto a la incompetencia eréctil secundaria varios autores mencionan que uno de cada 100 hombres mayores de 35 años la padecen y afirman que a los 70 años de edad la padecen el 25% de los hombres. No existen datos de prevalencia de la hipo lubricación y se considera la causa como la discriminación de la ciencia hacia la mujer en materia de sexualidad,

en lo respecto a la eyaculación precoz se sabe que de cada 4 hombres 3 presentan eyaculación antes de transcurrir 2 minutos después de la penetración y de 100 hombres 1 presenta incompetencia eyaculatoria. Se cuenta con mayor información acerca de la anorgasmia femenina existiendo un 8% en la mujer de E.U., sin embargo en México no hay datos respecto al vaginismo, se han observado muy pocos casos que llegan a consulta sin resolverse y otros que antes de llegar se resuelven por lo que no es posible estimar su prevalencia por no haber datos precisos y para aproximar un dato numérico sobre la prevalencia de las dos principales disfunciones en nuestro país se puede inferir con cierta certeza que de los 70 millones de habitantes debe haber más de 8 millones de mujeres anorgásmicas y 12 millones de hombres eyaculadores precoces.

ETIOLOGÍA

La etiología de las disfunciones es multifactorial partiendo de que la sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo y que la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores que potencian la personalidad, la comunicación y el amor.

Se consideran cuatro tipos de principales causas para las disfunciones biológicas, psicológicas, sociales y educativas y una más importante de los problemas en las relaciones de pareja (8).

Los factores biológicos a su vez son de tres tipos; naturales, patológicos y iatrogénicos. Los factores biológicos se refieren a los factores anatómicos y fisiológicos que pueden alterar la función sexual. Cualquier modificación anatómica

o fisiológica pueden provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de una actividad sexual satisfactoria entre estas causas están el embarazo y la vejez.

Diversas enfermedades, locales o generalizadas pueden provocar alteraciones en la respuesta sexual de las personas o en la capacidad de percepción subjetiva del placer. Dentro de estas están los padecimientos locales de los órganos genitales, ya sean de origen genético, congénito, degenerativo, o infeccioso de las enfermedades urológicas y ginecológicas por contigüidad anatómica pueden afectar la respuesta sexual de los pacientes.

Cualquier enfermedad que debilite incapacite provoque dolor o molestias a alguna persona podrá causar disfunción sexual, de estos los más importantes son el infarto al miocardio, insuficiencia renal, artritis reumatoide, que afectan principalmente la primera fase de la respuesta sexual humana, otros padecimientos son el hipoestrogenismo posmenopáusico que en la mujer puede provocar hipolubricación, mientras que en el hombre enfermedades genitales locales, enfermedad de Peyronie producen incompetencia eréctil. otras enfermedades o más que nada síndromes neurológicos, endocrinos y vasculares, alteran la funcionalidad sexual tales como lesiones de medula, D.M, hipogonadismo, cirrosis hepática y síndrome de Cushing y Leriche, así como obstrucción de la vena iliaca. Uno de los padecimientos importantes en nuestro país es la diabetes mellitus, enfermedad con una prevalencia elevada y causa de disfunciones en las distintas fases de la respuesta sexual como la incompetencia eyaculatoria, incompetencia eréctil, anorgasmia, eyaculación retrograda. En la mujer una disfunción frecuente es el vaginismo este tipo de disfunción no es solo de la mujer ya que en hombre puede presentarse a causa de fimosis, hipospadia, enfermedad de Peyronie o cualquier traumatismo peneano, mientras que en la mujer las principales causas que deben descartarse son las malformaciones congénitas, retroversión uterina, vulvitis, vaginitis, uretritis, miometritis, cervicitis o cualquier proceso infeccioso genital. Por

todo lo anterior es importante realizar un buen diagnostico clínico de la posible causa orgánica que pudiera provocar disfunción sexual en una pareja. Es importante como medico saber los distintos efectos adversos de los medicamentos administrados a nuestros pacientes ya que muchos de ellos provocan algún tipo de disfunción, tal es el caso de los tranquilizantes potentes del tipo de las fenotiazidas y las butirofenonas que disminuyen el deseo sexual, el clordiazepoxido y diacepam provocan perdida del deseo sexual así como los barbituricos. Los antihipertensivos no diuréticos como la alfametildopa, hidralacina provocan apatía sexual, incompetencia eréctil e hipolubricación etc. Así también existen miles de medicamentos que muchas veces sin saber pueden provocar alteraciones en la respuesta sexual (9).

Se puede señalar que las causas biológicas naturales y patológicas son poco frecuentes para casi todas las disfunciones y es deber del clínico, en primer lugar descartar cualquier causa biológica como primer paso en el diagnostico y tratamiento de una disfunción y en segundo conocer y recordar los efectos yatrogónicos. Esto para prevenir o advertir a los consultantes de los cambios temporales que provocan sobre su sexualidad.

DIAGNOSTICO

Para hacer el diagnostico muchos autores refieren que es sencillo sin embargo al hacerlo es por que se presentan las disfunciones, por lo que como medico familiar es importante no hacer el diagnostico de la disfunción sino tratar de realizar una prevención y esto se lograra con la aplicación del diagnostico integral para que se logren medidas terapéuticas con mayores probabilidades de éxito.

El estudio clínico integral consta de diversas áreas que tendrán que explorarse estas son las áreas biológicas, psicológica y sexual.

En el área biológica se realiza el interrogatorio para conocer la historia clínica, realizar la exploración física, y realizar estudios de laboratorio y gabinete con esto lograremos descartar la posibilidad que existiera alguna causa orgánica que provoque una disfunción, en cuanto a la exploración del área psicológica es importante descartar cualquier causa psíquica que nos este provocando la disfunción causas como ansiedad o distintas conductas defensivas que la persona pudiera estar enfrentando para así evitar aceptar su disfunción.

El medio por el que se diagnostican las disfunciones su origen y causa son por medio del área sexual ya que muestra características y situaciones específicas que indicaran la estrategia terapéutica a seguir. por lo que la obtención de la historia clínica sexual requiere minuciosidad, paciencia, habilidad y sensibilidad del medico (7)

TRATAMIENTO

Existen actualmente diferentes métodos y técnicas usados para el tratamiento de las disfunciones sexuales analizando sus ventajas y desventajas así como sus indicaciones y contraindicaciones, sin embargo muchos autores y sobre todo sexoterapeutas afirman que este tratamiento únicamente debe de realizarlo expertos en la materia pero como médicos familiares es importante conocer acerca del tema ya que nuestro perfil profesional nos obliga a conocer el tema pues el primer contacto que tienen los pacientes con el médico es precisamente con nosotros y aplicando un tratamiento integral en el paciente lograremos mas que tratar las disfunciones prevenirlas (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe asociación estadística entre funcionalidad familiar y disfunción sexual en los derechohabientes de la tercera edad que asisten a la consulta externa de la U.M.F. N. 20.

HIPÓTESIS

Hi (alternativa) Existe disfunción sexual y disfuncionalidad familiar en los derechohabientes de la tercera edad.

Ho (nulidad) No existe disfunción sexual y disfunción familiar en derechohabientes de la tercera edad.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional en cien derechohabientes mayores de 60 años de edad que acudieron a la consulta externa de la U.M.F. N. 20 de ambos turnos, y que fueron elegidos al azar en forma aleatoria en el periodo comprendido del 15 de febrero al 5 de marzo de 1999.

Los cuales debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

Mayores de 60 años
Personas de ambos sexos
Adscritos a la U.M.F. N. 20
Sin padecer diabetes mellitus o hipertensión arterial
Deseen participar en el estudio.

No inclusión:

Personas que cursen con diabetes mellitus o hipertensión arterial Participen en grupos de apoyo de la tercera edad No deseen participar en el estudio Personas que presenten déficit neurológico

Exclusión:

Personas que por alguna causa orgánica requieran tratamiento con medicamentos que actúen a nivel de SNC.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se estudiaron a 100 pacientes mayores de 60 años de edad de los cuales 68 correspondieron al sexo masculino y 32 al sexo femenino. encontrándose que dentro del grupo de edad de 60 a 64 años se entrevistaron un total de 44 pacientes, 30 pacientes comprendían al grupo de 65 a 69 años de edad, 20 al grupo de 70 a 74 años, 4 al grupo de 75 a 79 años y 2 al grupo de edad de mas de 80 años.

De los 100 pacientes estudiados, las disfunciones predominaron en el grupo de edad de 60 a 64 años, obteniéndose 48 casos (48%). 30 casos se presentaron en el grupo de 65 a 69 años, 16 casos (16%) en el grupo de 70 a 74 años, 4 casos (4%) en el grupo de 75 a 79 años, y 2 casos (2%) en mayores de 80 años.

Los tipos de disfunción sexual encontrados fue la disritmia en 54 casos (54%), incompetencia eréctil en 10 casos (10%), 2 casos con incompetencia eyaculatoria, 12 casos (12%) con eyaculación precoz. 12 casos (12%) con anorgasmia y 10 casos (10%) no presentaron ningún tipo de disfunción sexual.

En cuanto a funcionalidad familiar en 42 casos(42%) los entrevistados presentaron un grado de disfuncionalidad familiar de este 38 casos (90.4%) presentaron disfuncionalidad moderada y 4 casos (9.5%) presentaron disfuncionalidad severa mientras que 58 de los entrevistados no presentaron ningún grado de disfuncionalidad familiar.

Asociando los tipos de disfunción sexual con la funcionalidad familiar en 32 casos (32 %) con presencia de disritmia no se encontró ningún grado de disfunción familiar lo mismo se presento en los 6 casos(6%) encontrados con eyaculación precoz, 6 casos (6%) con incompetencia eréctil, 6 casos (6%) con anorgasmia, mientras que en 8 casos(8%) sin disfunción familiar se encontró que no presentaban ningún tipo de disfunción sexual, en los casos en donde se encontró con disfunción familiar

moderada 22 de ellos(22%) presentaban disritmia, 2 casos(2%) incompetencia eréctil, 6 casos(6%) eyaculación precoz, 6 casos (6%) anorgasmia y en 2 casos no se encontró ningún tipo de disfunción sexual, mientras que de los entrevistados con disfunción familiar severa solo en 4 casos se presentó incompetencia eréctil como tipo de disfunción sexual.

Explorando el ciclo vital de los entrevistados, 8 casos (8%) que se encontraban en fase de dispersión no presentaban disfunción familiar, 40 casos que se encontraban en fase de independencia (40%) y 10 casos (10%) en fase de retiro y muerte presentaban una disfunción familiar moderada. y, en los casos que presentaban una disfunción familiar severa 2 se encontraban en fase de independencia(2%) y 2 se encontraban en fase de retiro y muerte. El tipo de mensaje encontrado en los casos donde no hubo ningún grado de disfunción familiar fue el directo en 58 de ellos (58%) y ninguno presentó el tipo indirecto, en tanto aquellos con disfunción familiar moderada 28 casos (28%) emitían un mensaje directo y en 10 casos (10%) un mensaje indirecto, en tanto en los pacientes con severa disfunción familiar se encontró en 4 casos (4%) un mensaje indirecto y ninguno con mensaje directo.

**ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN
DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD**

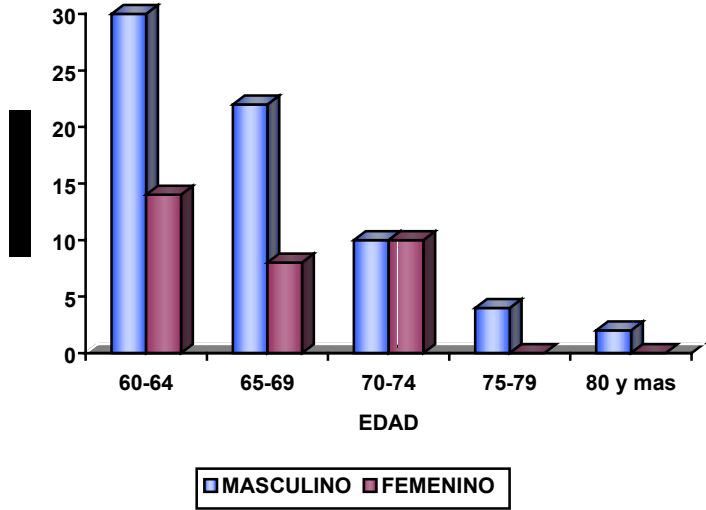
GRUPO DE EDAD DE DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN SEXO EN LA
U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
60-64	30	14	44
65-69	22	8	30
70-74	10	10	20
75-79	4		4
80 y mas	2		2
TOTAL	68	32	100

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

GRUPO DE EDAD DE DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN SEXO EN LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 1



**ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN
DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD**

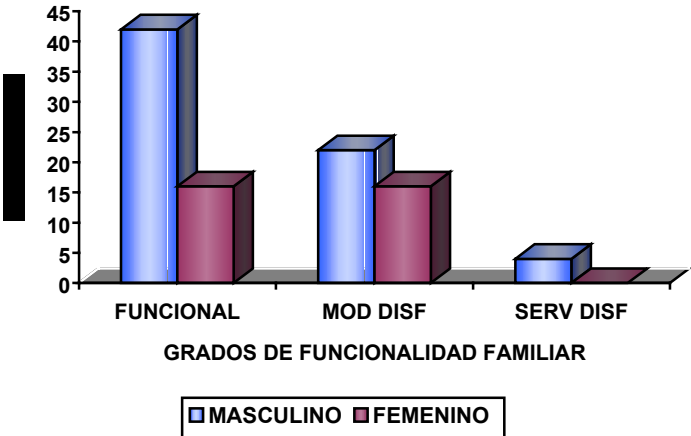
GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN SEXO EN
DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE
MARZO 1999

FUNC. FAM.	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
FUNCIONAL	42	16	58
MOD DISF	22	16	38
SEV DISF	4		4
TOTAL	68	32	100

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 2



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

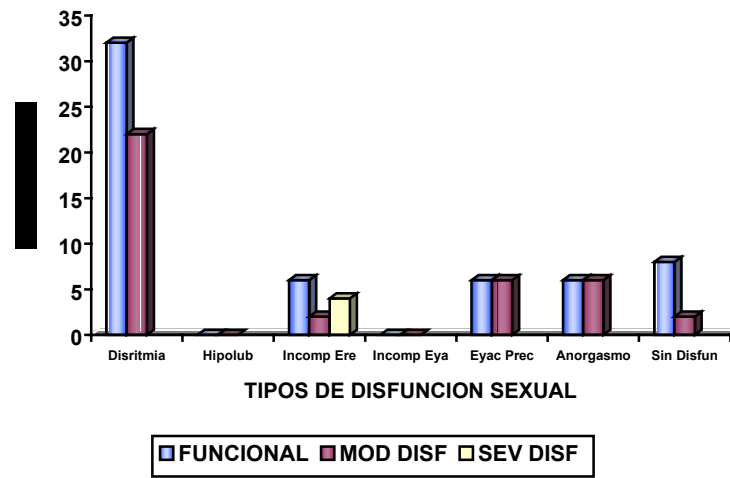
FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN TIPOS DE DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

TIPO DISF SEXUAL	FUNCION	MOD	SEV DISF	TOTAL
Disritmia	32	22		54
Hipolub				
Incomp Ere	6	2	4	12
Incomp Eya				
Eyac Prec	6	6		12
Anorgasmo	6	6		12
Sin Disfun	8	2		10
TOTAL	58	38	4	100

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN TIPOS DE DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 3



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

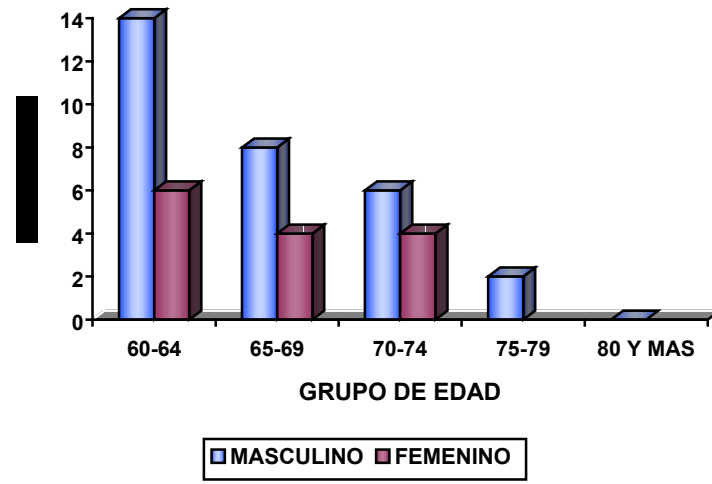
TIPOS DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

HOMB	DISRITMIA	HIPOLUB	INCOMP ERE	INCOMP EYA	EYA PRECOZ	ANORGA	SIN DISF
60-64	14		4	2	8		2
65-69	8		2		2		
70-74	6		2				2
75-79	2		2				
80YM	0				2		
TOTA	40		10	2	12		4
MUJER							
60-64	6					4	4
65-69	4					4	
70-74	4					4	2
75-79							
80YM							
TOTA	14					12	6

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

DISRITMIA COMO TIPO DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

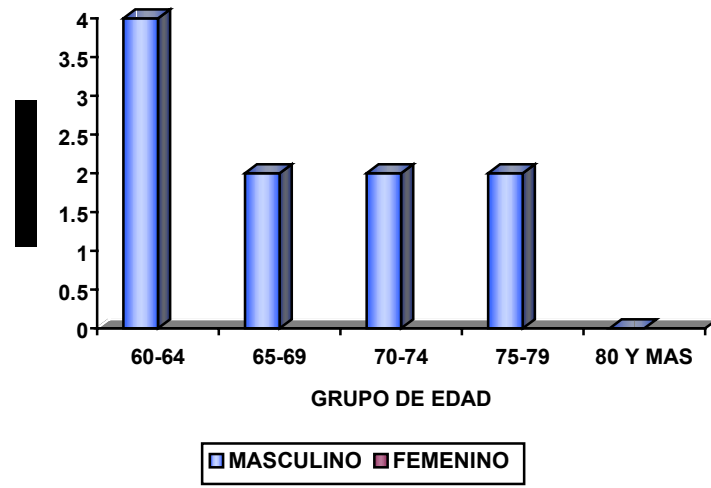
GRAFICA - 4



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

INCOMPETENCIA ERECTIL COMO TIPO DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

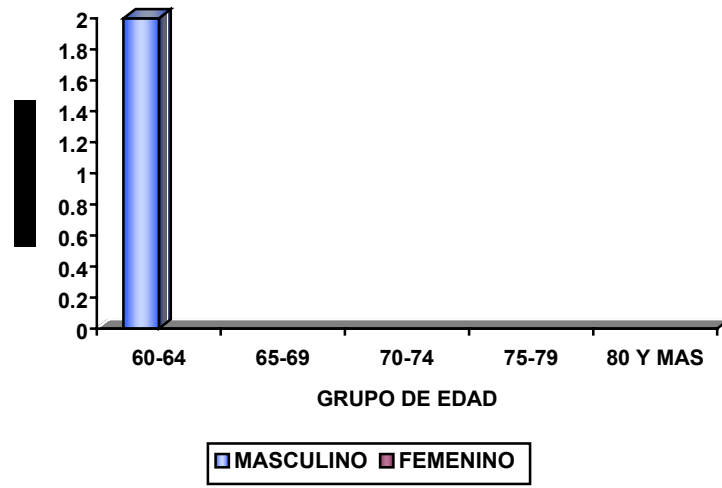
GRAFICA - 4A



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

INCOMPETENCIA EYACULATORIA COMO TIPO DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

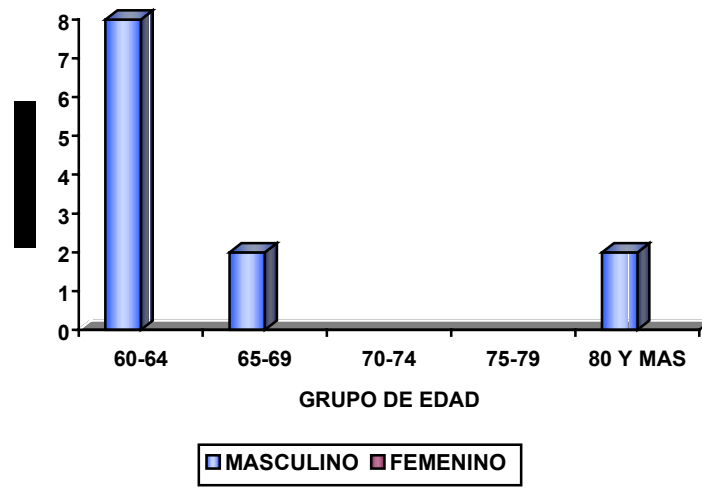
GRAFICA - 4B



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

EYACULACION PRECOZ COMO TIPO DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

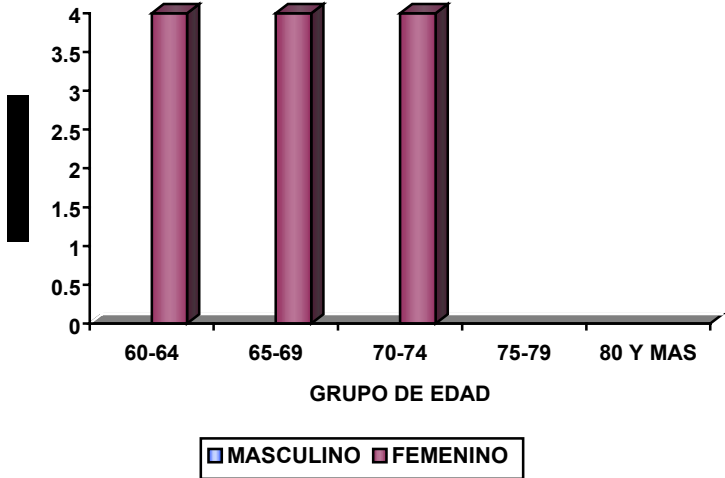
GRAFICA - 4C



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

ANORGASMIA COMO TIPO DE DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO EN DERECHOHABIENTES SENILES DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

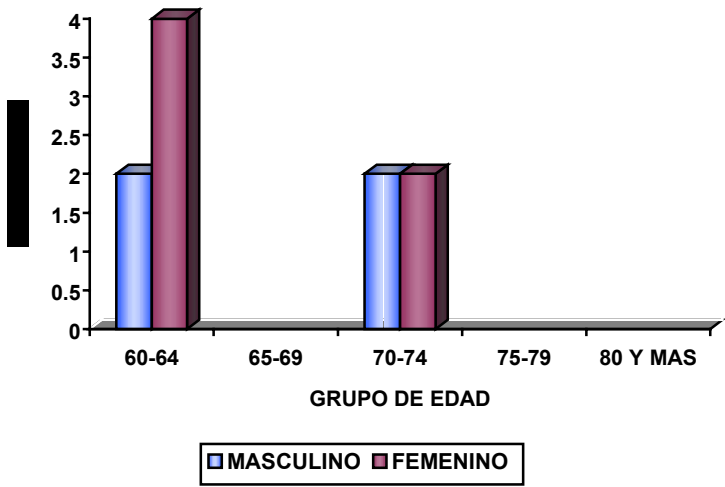
GRAFICA - 4D



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

DERECHOHABIENTES SENILES SIN DISFUNCION SEXUAL SEGUN EDAD Y SEXO DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 4E



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

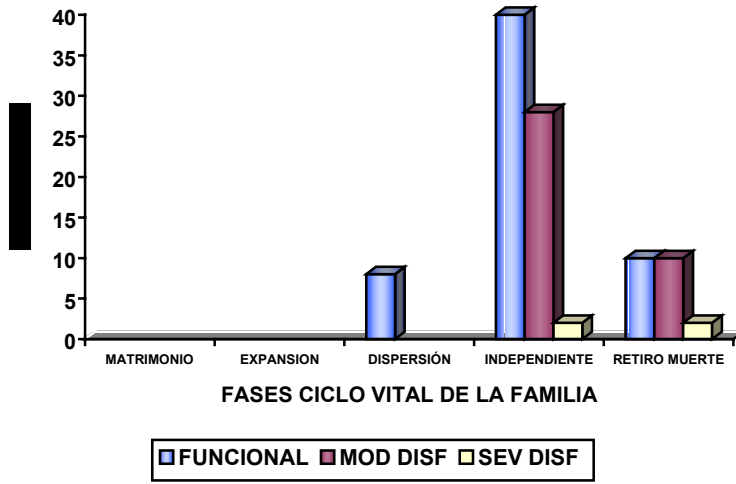
CICLO VITAL EN DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN GRADO DE FUNCIONAUDAAD FAMILIAR DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

CICLO VITAL	FUNCIONAL	MOD DISF	SEV DISF	TOTAL
MATRIMONIO				
EXPANSION				
DISPERSIÓN	8			8
INDEPENDIENTE	40	28	2	70
RETIRO	10	10	2	22
MUERTE				
TOTAL	58	38	4	100

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

CICLO VITAL EN DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 5



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

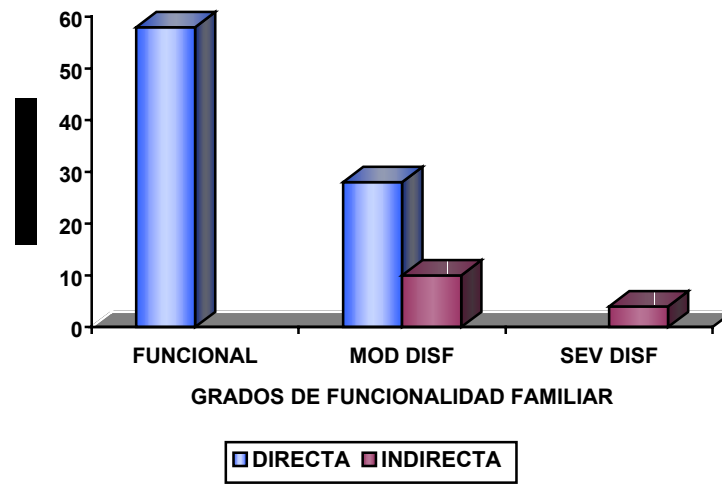
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN TIPO DE COMUNICACION DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRADO FUNC FAM	DIRECTO	INDIRECTO	TOTAL
FUNCIONAL	58		58
MOD DISF	28	10	38
SEV DISF		4	4
TOTAL	86	14	100

ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES SENILES SEGUN TIPO DE COMUNICACION DE LA U.M.F. 20 DEL 15 DE FEBRERO AL 5 DE MARZO 1999

GRAFICA - 6



ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DISFUNCION SEXUAL EN DERECHOHABIENTES DE LA TERCERA EDAD

CHI CUADRADA

Funcionalidad Familia	disfunción +	Sexual -	Total
+	40	2	42
-	50	8	58
Total	90	10	100

	<u>Valor Chi</u>	<u>Valor - P</u>
Sin corrección:	2.21	0.1373298
Mantel-Haenszel:	2.14	0.1393113
Corr. De Yates:	1.32	0.2509171
Test exacto de fisher:	valor P-1 - colar: 0.1241916	

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron fue que se realizo mayor numero de encuestas en derechohabientes del sexo masculino, esto debido a que muchas de las entrevistadas no cumplían con los criterios de inclusión, pues de 5 derechohabientes 3 presentaban alguna enfermedad cronicodegenerativa y 1 de ellas no contaban con pareja y aunque este no se tomo como criterio de no inclusión creí conveniente incluirlo. El grupo de edad que mas se entrevisto fue el comprendido de 60 a 64 años, este mismo grupo lo encontramos como el mas numeroso en la población general mayor de 60 años.

Al explorar la funcionalidad sexual, encontré a la disritmia como la mas frecuente de las disfunciones sexuales resultados que son semejantes a los de la literatura. En mis observaciones este tipo de disfunción predomino mas en el sexo masculino a pesar de que en la literatura no menciona predominio en cuanto a sexo de tal manera que mis resultados pudieran corresponder a que se entrevisto a mayor numero de hombres.

Otra de las principales disfunciones encontradas en mis observaciones privativas del sexo masculino de la tercera edad fue la eyaculacion precoz e incompetencia eréctil mismas que concuerdan con la literatura y que posiblemente pudiera tener una explicación a través de los cambios senescentes del organismo en general. En lo que corresponde al sexo femenino la principal disfunción frecuentemente observada y no solo en el paciente senil sino en cualquier otro grupo de edad fue la anorgasmia la cual al igual que en el sexo masculino pudiera tener una explicación a través de los cambios fisiológicos.

Al interpretar en forma general mis resultados, se rechazo mi hipótesis en cuanto a la relación entre disfunción familiar y disfunción sexual pues, se demostró que la disfunción sexual se presenta independientemente del grado de funcionalidad familiar.

Sin embargo es importante mencionar que la disritmia fue la principal causa de disfunción sexual independientemente de la funcionalidad familiar y que a decir de los entrevistados la causa principal fue la presencia de enfermedades crónicodegenerativas en el cónyuge.

INTERPRETACION ESTADÍSTICA

Para corroborar mis hipótesis se realizó el análisis estadístico mediante Chi cuadrada asociando las variables de funcionalidad familiar y disfunción sexual, encontrándose que no hubo significancia estadística, por resultar una P mayor de 0.05 por lo que se concluyo que la disfunción sexual puede existir en pacientes de la tercera edad con funcionalidad familiar adecuada o con presencia de algún grado de disfunción familiar.

COMENTARIOS

Por lo revisado en el anterior estudio los pacientes de la tercera edad son susceptibles de presentar los distintos tipos de disfunción sexual y aunque según nuestros resultados muchos de los entrevistados con disfunción sexual no presentaron disfunción familiar, sin embargo el solo hecho de cursar con disfunción sexual es un factor para que exista disfunción familiar, por lo que considero conveniente realizar programas de educación sexual para el público en general, principalmente a la población adolescente ya que creo que al impartir una educación sexual en edades tempranas es posible que la actitud de la persona cambie en la etapa adulta y sobre todo en la tercera edad y con esto comprendan que la sexualidad no es solo para los jóvenes, también es una función de la vida en el paciente senil. Además de que cada día en la pirámide poblacional aumenta el número de personas mayores de 60 años personas que como los que encontramos por la cultura de nuestro país no conocen como desarrollar su sexualidad y prefieren olvidarse de la misma, ó incorporar conductas defensivas para mantenerse en equilibrio. Así el médico familiar desarrollar también sus funciones de asistencia, docencia e investigación, en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente geriátrico

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Villa, F. E.; Manual de cuidados y autocuidado del anciano; Ediciones Cuellar; México 1996 p: 19 -103.
- 2.- De Nicola, P.; Geriatría, Editorial El Manual Moderno, México 1985, p: I -18.
- 3.- Langerica, R. Geriatría y gerontología 2³ edición; editorial El Manual Moderno; México 1989; p 26 - 62.
- 4.- Nicolás, P. Aspectos generales del envejecimiento en geriatría; Editorial El Manual Moderno; México 1992; p I -17.
- 5.- Rubio, S.; Las teorías del envejecimiento y los experimentos pioneros acerca del efecto de la dieta en la longevidad; Rev Mex de Geriatría y Gerontología; 1990-.28: 51 - 7.
- 6.- Aragón, J.; Aprendimos a envejecer sanos 2^o edición; Editorial Costa Armic Editores; 1995; p 21 - 47.
- 7.- Alvarez, J.L; Sexoterapia integral; Editorial El Manual Moderno; México 1986; p 55 -184.
- 8.- OPS, La salud de los ancianos en América y el Caribe; Boletín de la OPS;1993;104(6):38-42.
- 9.- Seyma, M.G. Medicina preventiva en geriatría; Clínicas Medicas de Norteamérica; Editorial Interamericana; México 1992; p 1327 - 33.
- 10.- Jiménez, M. Psicología de la senectud; Tratado de Medicina practica 2^a edición; Editorial Interamericana; México 1996; p 2966 - 72.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Nº 20 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EVALUACION
INTEGRAL DE LA FUNCION FAMILIAR

1.- El trabajo del proveedor (del que da gasto en su casa) es acorde con sus estudios

a)Si b)No

2.- Sus ingresos cubren las necesidades básicas de su familia (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud, etcétera)

a) Si b) No

3.- La vivienda donde habita cuenta con dormitorios para cada uno de los integrantes de la familia?

a) Si b) No

4.- Dispone de agua potable y luz eléctrica en su domicilio?

a)Si b)No

5.- La basura es almacenada y eliminada adecuadamente?

a) Si b) No

6.- Cuenta con drenaje?

a)Si b)No

7.- Sus animales domésticos (si tiene) cuentan con espacio dentro de su hogar

a) Si b) No

8.- La familia tiene derecho a una institución de salud?

a)Si b)No

9 - Su domicilio esta cercano a una institución de salud?

a)Si b)No

- 10.- Su horario de trabajo le permite acudir con regularidad al servicio de salud?
a) Si b) No
- 11.- Tiene actividades recreativas en forma regular?
a) Si b) No
- 12.- Como actividad recreativa usted realiza ejercicio?
a) Si b) No
- 13.- La familia forma parte de algún comité comunitario o social?
a)Si b)No
- 14.- La familia coopera con los proyectos de su comunidad?
a) Si b) No
- 15.- Su familia es reconocida socialmente por sus labores en su comunidad?
a) Si b) No
- 16.- Su familia participa con su comunidad en labores que mantienen la salud?
a) Si b) No
- 17.- Su familia organiza acciones para el bien de su comunidad con otras familias?
a) Si b) No
- 18.- Cuando le quieren comunicar a su esposo (a) se lo dice directamente?
a)Si b)No
- 19.- Su esposo (a) le dice claramente lo que siente ante un problema
a)Si b)No
- 20 - Cuando tiene algún problema lo platica con su esposo (a) usted siente que el (ella) coincide lo que había con lo que hace.
a)Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre

- 21.- Se siente satisfecho (a) con la frecuencia en que tiene relaciones sexuales con su esposo (a)?
a)Nunca b) Ocasionalmente c)Siempre
- 22.- Se siente satisfecho (a) con la calidad de su relación?
a)Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre
- 23.- Se demuestran manifestaciones físicas (abrazos. saludos. besos) de afecto con su familia?
a) Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre
- 24.- El tiempo que le dedica a su familia es gratificante?
a) Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre
- 25.- Realiza actividades de superación con su familia (acuden a museos, participan en grupos culturales)?
a) Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre
- 26.- Considera que su esposo (a) siente que usted lo (a) quiere?
a)Si b)No
- 27.- Se han cumplido sus expectativas y las de su familia?
a)Si b)No
- 28.- Se explican entre si las expectativas de cada uno de los integrantes de la familia?
a) Nunca b) Ocasionalmente c) Siempre
- 29.- Cuando usted enferma su esposo (a) dedica las actividades que usted realizaba con el resto de la familia⁹
a)Si b)No
- 30.- Quien vive con usted?
a) Solo esposa (o) b) Esposa (o) e hijo c)Sus hijos

3.- Actualmente tiene relaciones sexuales con su esposa - (o)?
a) 1 vez por mes b) 2 a 4 veces por mes c) mas de 4 veces por mes

32.- Se entusiasma con la idea de tener relaciones sexuales con su esposo (a)?
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

33.- Cuando su esposo o esposa le acaricia su cuerpo usted tiene deseos de tener relaciones sexuales con el o con ella?
a) siempre b) ocasionalmente c) siempre

34.- Cuando usted ve una película erótica, usted siente deseos de tener relaciones sexuales con su esposo (a)?
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

CONTESTAR SOLO MUJERES

35^a.- Cuando su esposo le acaricia su cuerpo, usted se lubrica (se humedece)
a) siempre b) ocasional mente c) nunca

CONTESTAR SOLO HOMBRES

36.- Cuando su esposa le acaricia su cuerpo usted presenta erección
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

37.- Antes de tener penetración usted presenta eyaculación
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

38.- Tiene eyaculación inmediatamente después de penetrar.
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

39.- A tenido problemas para eyacular durante su relación sexual
a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

PREGUNTA PARA AMBOS SEXOS

40.- A presentado dolor cuando tiene relaciones sexuales con su esposo (a)?

- a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

41.- Con que frecuencia cuando desea tener relaciones sexuales uno desea y el otro no?

- a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

42.- Se siente satisfecho (a) cuando tiene relaciones sexuales con su esposo (a)?

- a) siempre b) ocasionalmente c) nunca

43.- Cuando termina su relación sexual con su esposo (a) se siente complacido de haberla tenido?

- a) siempre b) ocasionalmente c) nunca