



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.**

**“REPERCUCION DE LA DISFUNCION ERECTIL EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD DE LA
POBLACION ADSCRITA A LA U.M.F. No. 23 DE CERRITOS, S.L.P.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

HUMBERTO JIMENEZ RUIZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

FEBRERO 2008



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.

**“REPERCUCION DE LA DISFUNCION ERECTIL EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD DE LA
POBLACION ADSCRITA A LA U.M.F. No. 23 DE CERRITOS, S.L.P.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

HUMBERTO JIMENEZ RUIZ

AUTORIZACIONES:

**DR. HIPOLITO JIMENEZ RUIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES SEDE UMF 47**

**ASESOR METODOLOGICO:
DRA. LOURDES CECILIA CORREA GONZALEZ**

**ASESOR CLINICO:
DR. LUIS EDUARDO LARA VILCHIS**

**ASESOR DE TEMA DE TESIS
DR. HIPOLITO JIMENEZ RUIZ**

**DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORD. CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

SAN LUIS POTOSÍ

FEBRERO 2008

**“REPERCUCION DE LA DISFUNCION ERECTIL EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE EDAD DE LA
POBLACION ADSCRITA A LA U.M.F. No. 23 DE CERRITOS, S.L.P.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

HUMBERTO JIMENEZ RUIZ

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Introducción	1
Antecedentes científicos.	3
Marco teórico.	11
Epidemiología.	14
Clasificación.	16
Causas y factores de riesgo.	18
Diagnóstico.	21
Tratamiento.	23
Subsistema conyugal.	28
Planteamiento del problema.	29
Justificación.	31
Objetivos.	32
Pacientes y Métodos.	32
Definición operacional de variables.	34
Consideraciones éticas.	36
Resultados.	37
Discusión.	40
Bibliografía.	42
Anexos y graficas.	44

INTRODUCCION

La disfunción eréctil se define como la incapacidad continua para tener o mantener una erección de suficiente calidad que permita una actividad sexual satisfactoria. Impotencia, condición en la que un hombre es incapaz de alcanzar la erección del pene, por lo que éste no alcanza la consistencia precisa para la penetración en las relaciones sexuales. (1)

Los problemas de sexualidad comprenden una gran gama de experiencias relacionadas con la libido, el médico debe de tener siempre en mente que la clave de la sexualidad siempre será el cariño, el amor, el aprecio, la ternura y el respeto.

En infinidad de ocasiones escuchamos el reclamo doloroso de hombres y mujeres como resultado de la insatisfacción de sus expectativas conyugales, éste descontento se traduce en vacío, desmembramiento incluso en soledad al observar el deterioro emocional en el que incurren algunas parejas, la notoria falta de cercanía y de interés en común reflexionamos en la crisis de valores en el desequilibrio de expectativas y en la redefinición del concepto de matrimonio a la luz del nuevo siglo.

El cambio social es eminente y es labor de la pareja de hoy adaptarse a ese cambio para que el núcleo familiar no sucumba ante tales adversidades, es necesario incorporar los cambios sociales y conservar las tradiciones valiosas y productivas para que la pareja contemporánea logre superar los periodos de crisis que se presentan a lo largo de su vida en el subsistema conyugal, entre dichos factores se encuentran la entrada de la mujer al ámbito profesional un mundo que por bastante tiempo era excluida del hombre. Es acaso el desarrollo

profesional de cada cónyuge una condición para experimentar soledad o es un conjunto de factores los que condicionan su presencia.

Se ha visto que la disfunción eréctil es un problema de salud pública en la cual se ha demostrado que la edad es el indicador principal, encontrándose que la población mas afectada es la mayor a 40 años con un 52% y la incidencia aumenta con la edad, dentro del grupo estudiado se pudo observar que existe una mayor incidencia para la disfunción eréctil leve (67.3%) seguida por la moderada (18.2%), la severa (14.5%), donde se ha observado que solo el 10% de los afectados acude a consulta médica urológica, asistiendo habitualmente después de 6 meses de presentado el problema o bien hasta que se presenta un conflicto de orden sexual con la pareja, o bien repercutiendo negativamente sobre la auto imagen del hombre, estos invaden lo cotidiano, interfiriendo en el subsistema conyugal. (1)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A mediados de los años 80, la Organización Mundial de la Salud define el subsistema conyugal como la percepción que el individuo tiene en su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sus valores y en relación a sus objetivos, expectativas y patrones. Ese concepto, afirma la OMS, es afectado de manera compleja por la salud física del individuo, por su estado psicológico, sus creencias, sus relaciones sociales y factores del medio ambiente en el que el sujeto vive.

Se sabe que para la mayoría de los hombres, la autoevaluación de la masculinidad y de la fuerza se enfoca en el pene, en la erección y en lo que se puede hacer con ambos.

Así, la dificultad de erección acaba repercutiendo negativamente sobre la autoimagen del hombre y sobre muchos dominios de su dinámica familiar. Si hay dudas y celos en cuanto al desempeño sexual, estos invaden lo cotidiano, interfiriendo en el rendimiento profesional y en la relación social y familiar, como consecuencia de esta falla o de el recelo de fallar, el hombre pasa a evitar situaciones de intimidad con su compañera, busca consuelo en la bebida, se deprime profundamente y a veces piensa en el suicidio. (2)

Riley comenta que los hombres generalmente superestiman la importancia que la actividad sexual tiene para sus compañeras. Cuando infieren sobre lo que más les gusta en la vida sexual, 60% de ellas responden que son las caricias y apenas el 37% prefiere la relación propiamente, entre tanto, si un hombre tiene disfunción eréctil, mismo la interacción sexual (que no comprende el acto sexual con la mujer) frecuentemente no ocurre: menos del 10% de un contingente de hombres con disfunción eréctil, atendidos con sus compañeras, se refirieron a la

práctica de caricias y estimulación manual alguna vez, en las cuatro semanas que precedieron a la relación.

Por otro lado hay un tipo de hombre para quien el sexo no es fundamental, pero lo es para su compañera. Cuando él es acometido por disfunción eréctil, reacciona inicialmente con culpa y recelo de que la dificultad sexual conduzca a la compañera a una relación extra conyugal, la posibilidad de romper la relación se torna extremadamente ansioso, antes de que la falla eréctil lo preocupe. Otros disparadores de culpa, asociados a la disfunción eréctil son: relación extra conyugal pasada o actual, experiencia o deseo de relación homosexual y auto masturbación excesiva.

Es comprensible que la edad comprometa gradualmente, la satisfacción con la vida, a medida que las limitaciones físicas y psíquicas van imponiéndose en forma inexorable. No contar con la misma agilidad y la misma capacidad de adaptación rápida a nuevas situaciones, no ver y no oír como antes, no moverse con la misma velocidad, no conseguir el mismo ritmo de trabajo, son condiciones inherentes al envejecimiento, altamente indeseables, al mismo tiempo en que insistentemente combatidas en nuestros días.

En la relación sexual es teóricamente posible que el hombre se mantenga activo hasta la fase bien avanzada, desde que su función sexual no sea perjudicada por enfermedades degenerativas o adquiridas comunes en la vejez. Entre tanto, puede no ser fácil la distinción entre la limitación inherente a la situación clínica del anciano y la limitación de su sexualidad, debido a la ocurrencia de múltiples factores como estrés, ansiedad de desempeño, falta de interés, disturbios alimentarios, uso de medicamentos, depresión, los cuales no dejan de ser riesgo para la función eréctil, en cualquier fase de la vida.

En el MMAS, el enojo y la depresión correlacionaron fuertemente con la disfunción eréctil. En un reporte de seguimiento se definió aún más la relación entre la disfunción eréctil y síntomas depresivos y se halló que la asociación permanecía con una razón de momios de 1.82, incluso si se tomaban en cuenta factores de confusión relacionados con el envejecimiento y otros paralelos. (3)

El estudio de la encuesta de salud nacional y vida social NHLS reveló que la disfunción sexual está fuertemente asociada con la funcionalidad familiar global. Los hombres con disfunción eréctil o bajo deseo sexual tienden a tener puntuaciones bajas en relación con satisfacción física y emocional, así como en cuanto a estado de felicidad general. (3)

La organización mundial de la salud define a la disfunción eréctil como la incapacidad continua para tener o mantener una erección de suficiente calidad que permita una actividad sexual satisfactoria, esto puede ir desde dificultades más o menos para tener una erección, hasta la imposibilidad total para alcanzarla.

La disfunción es un problema de salud pública que afecta a más de 130 millones de varones en el mundo y sus repercusiones psicosociales varían desde la baja autoestima hasta el abatimiento de la pareja.

En estudios realizados en estados unidos se estima que entre los hombres de 40 a 70 años este problema ocurre hasta en un 52%. El grado de disfunción varía desde leve a severo. (3)

Según expertos reunidos en el VI congreso de la sociedad Europea de medicina sexual que se realizó el pasado mes de Noviembre, el problema alcanza proporciones de epidemia debido al alto índice de afectados: 152 millones en el

mundo. Para el año 2025 se estima que 322 millones de hombres padecerán en algún grado, este problema. (3)

De acuerdo a la encuesta de atención medica ambulatoria nacional (NAMCS, siglas en ingles), por cada 1000 hombres en los Estados Unidos, se hicieron 7.7 visitas al consultorio medico por disfunción eréctil (DE) en 1985. En 1999, la frecuencia casi se había triplicado a 22.3.

De acuerdo con el estudio “Prevalencia de Disfunción Eréctil en México” presentado en la revista Mexicana Urología como el primer estudio epidemiológico controlado en su tipo, el 55% de sus cinco estados (sobre una base de 1200 hombres de 40 años o más) padece algún grado de disfunción eréctil, al retomar este 55% de los entrevistados y equipararlos con los pocos mas de 10 millones de hombres mayores de 44 años, podría hacerse una equivalencia bastante válida de que casi 6 millones de mexicanos sufren de disfunción eréctil. Dentro del grupo estudiado se pudo observar que existe una mayor incidencia para la disfunción eréctil leve (67.3%) seguida por la moderada (18.2%) y la severa (14.5%). (4)

La clasificación de la disfunción eréctil puede hacerse según el compromiso funcional y su etiología, la primera por la severidad y se describe por leve, moderada y severa, la segunda de mayor uso clínico se ha dividido en dos categorías de origen psicógeno que considera que la mayoría de las causas de disfunción eréctil eran de origen psicógeno, sin embargo el 80% de las causas es de origen orgánico.

Clasificación de la DE psicógena

- I. Generalizada
 - a. De sensibilidad generalizada

1. Falla primaria del deseo sexual
2. Declive del deseo sexual relacionado con el envejecimiento

b. Inhibición generalizada

1. Desorden crónico de la actividad sexual

II. Situacional

a. Relacionada con la pareja

1. Falta de deseo en la relación específica
2. Falta de deseo que se refiere a la preferencia de un objeto sexual
3. Inhibición central que se debe a un conflicto de la pareja o amenaza

b. Relacionado con el acto sexual

1. Asociado con otros trastornos sexuales
2. Ansiedad de actuación circunstancial

c. Estrés psicológico

1. Asociado como estado de humor negativo como depresión o factores estresantes vitales como la muerte de un ser querido.

La disfunción eréctil es un problema de salud pública serio que afecta a millones de hombres y que se asocia con un importante malestar y deterioro en la dinámica familiar de vida, la prevalencia de la disfunción eréctil en México es en hombres mayores de 40 años de un 55%, con una tendencia a incrementarse con la edad. La prevalencia de disfunción eréctil en población urbana de México, en varones entre 18 y 40 años se ha reportado en 9.7%. (4)

En Estados Unidos el Estudio Massachussets del envejecimiento masculino (MMAS por sus siglas en inglés) reportó 52% de prevalencia de algún grado de disfunción eréctil entre las personas de 40 a 70 años de edad entrevistadas. Se presentó disfunción eréctil completa en 10% de los encuestados, disfunción

eréctil moderada en 25% y mínima en 17%. La incidencia de disfunción eréctil moderada o severa se duplica entre los 40 y 70 años. En la encuesta de salud nacional y vida social (NHSLS por sus siglas en inglés) que tomó una muestra nacional de hombres y mujeres entre 18 y 59 años de edad, 10% de los hombres reportó incapacidad para tener una erección. La incidencia fue mayor para los hombres en el grupo de 50 a 59 años de edad (21%) y entre los hombres pobres (14%), divorciados (14%) y con menor educación (13%). La prevalencia de disfunción eréctil fue menor en hispanos (5%), comparados con los blancos (10%) y negros (13%) u otra raza o grupo étnico (12%). (4)

España es uno de los países del mundo con menor prevalencia de casos de disfunción eréctil y encabeza la tendencia mas baja que se registra en el sur de Europa frente al norte del continente y de este en relación con otras zonas del mundo según afirmo el Dr. Antonio Martín Morales, representante de la Asociación Española de Urología, aparentemente, no existen razones específicas que expliquen la menor prevalencia de la disfunción eréctil en España (12.1% de la población masculina), que seguida de Italia (12.8%) y Holanda (13%) podría responder a aspectos culturales relacionados con “Lo que cada hombre se exija a sí mismo” en su actividad sexual, la disfunción eréctil es un problema de salud con alta prevalencia entre los hombres y tiene una importante repercusión en la calidad de vida del varón afectado, así como en la de su pareja. (5)

En estudios Europeos se ha encontrado que existe un decremento lineal en la actividad sexual a medida que se incrementa la edad, con 76.1% de los hombres reportando vida sexual activa a los 45 años de edad, comparado con 16,7% a los 80 años, debido a que las tasas de disfunción eréctil se incrementan con la edad, la creciente proporción de hombres mayores en la población hacen prever que las tasas de prevalencia mundial de disfunción eréctil continuarán aumentando. De hecho, se calcula que la prevalencia de

disfunción eréctil se habrá duplicado a lo largo de los próximos 20 años, pasando de 152 millones de hombres a 322 en el año 2025.

En España se ha realizado un estudio multicéntrico sobre la disfunción eréctil en una muestra de varones peninsulares entre 25 y 70 años y se encuentran prevalencias de disfunción eréctil entre el 12 y 19 %.

El primer estudio epidemiológico sobre DE realizado en España (estudio EDEM, epidemiología de la disfunción eréctil masculina 1998 - 1999.) confirman la importancia del problema, al poner de manifiesto una prevalencia de DE del 12.1%, lo que implica que aproximadamente 1,5 a 2 millones de varones españoles sufren este problema. Sin embargo, según los resultados del mismo estudio, solo el 16,5% de los afectados consulta a un médico. La prevalencia de la disfunción eréctil es aproximadamente del 13% en el reino unido, 19% en España y Alemania, 30% en Francia y 60% en Bélgica.

El primer estudio epidemiológico sobre la disfunción eréctil fue el de Kinsey en 1948, los de más validez son EDEM España 1997, Survey Boxmeer 2001 y el MMAS EE.UU 1999, según cuestionario validado por IIEF (índice internacional de la Disfunción Eréctil). Según el PAMC (Programa de actualización médica continua), la DE afecta a más de 70% de los hombres mayores de 70 años, su prevalencia aumenta con la edad. La incidencia anual estimada es de 29.5% por 1000 hombres por año. (6)

Se estima que en el año 2005 más de 25 millones de hombres de 40 a 70 años de edad estarán afectados por estas condiciones en los Estados Unidos, en Brasil algunos estudios con base poblacional sobre disfunción eréctil sugieren que aproximadamente el 40 al 46% de los brasileños en este mismo rango de edad presentan algún grado de disfunción eréctil. A partir de los datos de estos estudios nacionales, se estima que actualmente en Brasil cerca de 11.3

millones de hombres mayores de 18 años tienen disfunción moderada o severa, los resultados del primer estudio prospectivo sobre la incidencia de esta disfunción en Brasil indican que aproximadamente 1 millón de casos nuevos de disfunción eréctil ocurren cada año en hombres de 40 a 70 años en nuestro país.

La frecuencia de disfunción eréctil en una región rural del estado de Nueva York fue de 46.3%, también fueron descritas tasas semejantes en Francia donde reportaron una prevalencia de 39% en hombres de 18 a 70 años; y en Tailandia donde un estudio poblacional en una muestra de 1,250 hombres de 40 a 70 años demostró una prevalencia de 37.5%.

En España en un estudio que incluía 2,470 varones consultados entre 25 y 70 años la prevalencia fue de 12.1%.

En América Latina en el estudio DENSA reportó una tasa global de disfunción eréctil del 53.4% en hombres de 40 años o más en Colombia, Ecuador y Venezuela, en México, Ugarte – Romano y Barroso – Aguirre en el (2001) encontraron una tasa de disfunción eréctil del 55% en una muestra de 1200 hombres en el mismo rango de edad, y de 9.7% entre 1,800 hombres de entre 18 a 40 años. En Argentina, una encuesta hecha en 2499 hombres de 40 a 75 años de edad, durante una campaña de detección de cáncer de próstata en Buenos Aires, reveló una prevalencia de disfunción eréctil de 41.7% (Nolazco ETal., 2004), cifra que se equiparó en el 11º congreso mundial de la sociedad internacional de investigación sobre impotencia y sexualidad (ISSIR. “Entendiendo la ecología sexual y el manejo de la disfunción eréctil en diferentes poblaciones” buenos aires Argentina 2004.

Hasta hace poco tiempo, los datos epidemiológicos existentes sobre DE eran escasos. A ello ha contribuido la falta de estudios de investigación que

analizasen la relevancia de este problema, otro factor que ha influido es el hecho de que a muchos pacientes y profesionales de la salud les resulta difícil abordar los problemas relacionados con la esfera sexual durante la consulta, en parte debido a factores de índole cultural, religioso o moral.

En México se calcula el 28%, esto significa que la disfunción eréctil posiblemente sea mas común que la DM 2, se estima afecta al 10% de la población mexicana.

La prevalencia de la disfunción eréctil en México en varones de 40 a 70 años se encontró en un 55% de los entrevistados, siendo la disfunción eréctil leve, la más frecuente.

En población urbana la DE en varones de México con población de 18 a 40 años ha reportado en 9.7%. (7)

La dinámica familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros y/o del subsistema conyugal. En base a que la pareja cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, por lo tanto la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez (8)

MARCO TEÓRICO

La disfunción eréctil se define como la incapacidad continua para tener o mantener una erección de suficiente calidad. Esto puede ir desde dificultades más o menos frecuentes para tener una erección, hasta la imposibilidad total para alcanzarla. La erección es una respuesta fisiológica en la que participan complejos mecanismos vasculares, neurológicos y endocrinos, se inicia mediante estímulos sensoriales, que se generan en órganos genitales y/o estímulos psicógenos, visuales, auditivos etc, que se trasladan hacia el cerebro, regiones cerebrales que son claves en el proceso de la erección del pene, los centros cerebrales que integran toda la información son fundamentalmente el núcleo preóptico medial y el núcleo paraventricular del hipotálamo, estos centros a su vez están conectados con el rinencéfalo y la corteza cerebral. Hay varios neurotransmisores involucrados en estas vías, entre los que se encuentran la dopamina, serotonina, oxitocina y noradrenalina, desde el hipotálamo se genera un nuevo mensaje que a través de la medula espinal se conecta con el centro simpático-toraco-lumbar (D10-D2) y con el centro parasimpático sacro (S2- S4). (8)

Estas conexiones pueden modular el flujo de la información, facilitando o inhibiendo la erección refleja, finalmente a través de los nervios erectores llegan hasta las terminaciones nerviosas de los cuerpos cavernosos donde se produce la liberación de óxido nítrico que pone en marcha la erección al aumentar los niveles de nucleótidos cíclicos AMPc, CMPC. Las conexiones parasimpáticas son erectógenas mientras que las simpáticas originan el reflujo inhibitorio, ambas llegan al plexo pélvico de donde se originan los nervios cavernosos que inervan el tejido eréctil del cuerpo esponjoso, arterias ilíacas y la uretra penéana.

El pene también está inervado por los nervios penianos dorsales ramas de los nervios pudendos y del nervio ilioinguinal. Estas ramas transmiten impulsos sensoriales del glande y la piel del pene. En las trabéculas y paredes de arteriolas cavernosas hay terminaciones nerviosas las fibras postganglionares simpáticas y parasimpáticas que juegan un papel fundamental en la regulación de la tumescencia y detumescencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde tiempos remotos, los pueblos se han preocupado tanto de la erección como de la disfunción eréctil. La primera descripción de la disfunción eréctil se encuentra en papiros egipcios que datan del 2000 a.c., aunque también se describe esta patología en las leyendas sumerias que hablan sobre el mito de la disfunción eréctil y en los grabados prehistóricos hallados en cuevas.

El estudio más importante realizado en USA, como se indicó en la sección anterior, (MMAS: Massachusetts Male Aging Study) evaluó la prevalencia de DE en el área metropolitana de Boston en varones de 70 años; el 52% comunicó algún grado de DE y a los 70 años el porcentaje subía al 67%. Basándose en este estudio se ha calculado la incidencia de DE, de modo que aparecen 26 casos por 1000 varones por año, número que se incrementa con la edad, el pobre nivel educativo, la diabetes mellitus², la cardiopatía y la hipertensión arterial.

En España se ha realizado un estudio multicéntrico sobre la DE en una muestra de varones peninsulares entre 25 y 70 años y se encuentran prevalencias de DE entre el 12 y 19% (estudio EDEM).

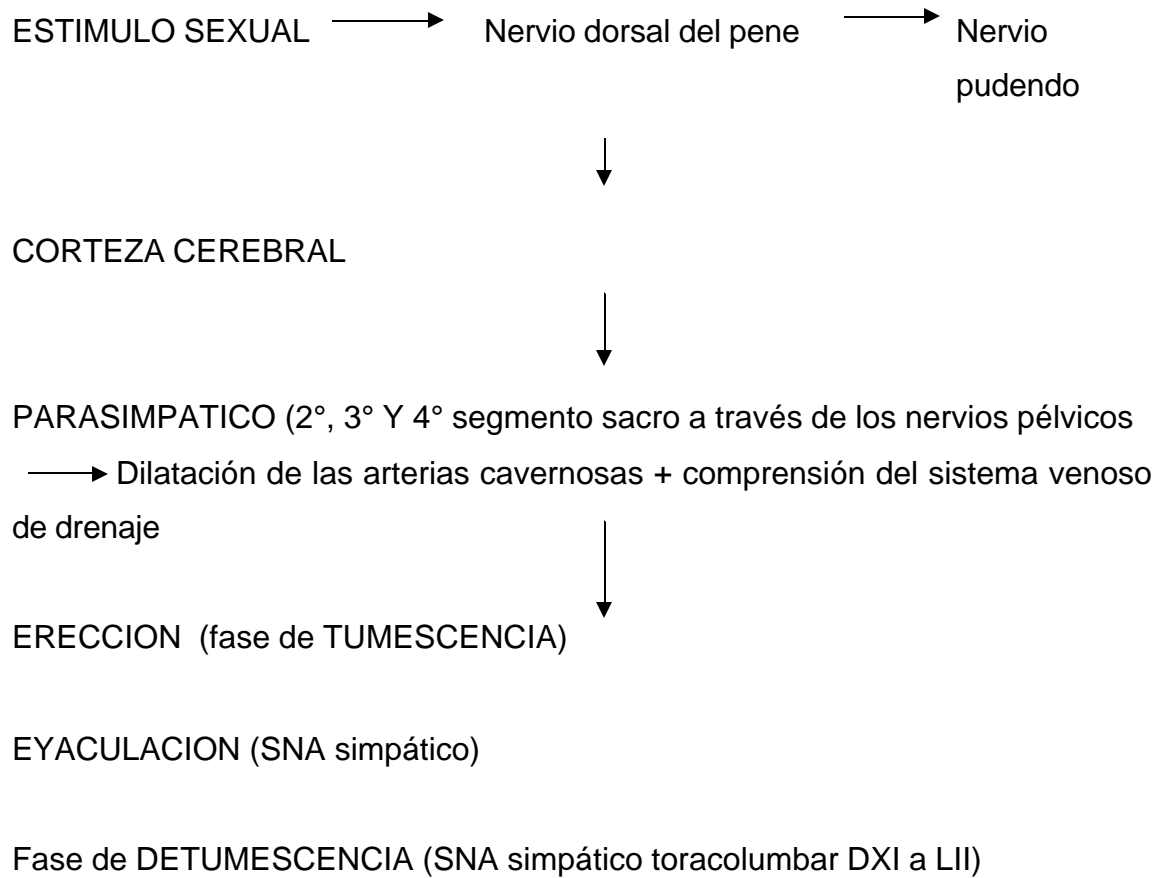
La prevalencia de este problema es elevada, pero pocos consultan de manera espontánea; lo hacen más si les insiste y si considera que el problema les interfiere con su relación conyugal. (10)

ANATOMOFISIOLOGÍA SEXUAL

Para conseguir una erección deben cumplirse una serie de condiciones.

- Estructura peneana normal, con inervación y vascularización adecuadas.

- Estimulación psicógena correcta.
- Valor hormonal suficiente y buen equilibrio metabólico.



CLASIFICACIÓN

En la función eréctil intervienen diversos factores (físicos y psíquicos) por lo que, por simplicidad, se clasifican la DE en:

- Orgánica: Por lesiones vasculares, neurológicas, hormonales o locales.
- Psicógena: Por inhibición central del mecanismo eréctil sin lesiones físicas.
- Mixta: Ambas (orgánica y psicógena)

Hasta hace unos años se creía que el 80% de las DE eran de origen psicógeno; hoy en día, se sabe que el 70% de las DE son de origen orgánico, independientemente si están implicados factores psicológicos o no. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que sigue habiendo un porcentaje de DE atribuibles a causas psicógenas, ya que la presencia de una anomalía orgánica no implica que sea el único motivo, ni la exclusión de causas psicógenas concomitantes. (11)

Tabla 1. Fármacos asociados a disfunción eréctil

Antihipertensivos

- Simpaticolíticos: metildopa, prazosín, clonidina, reserpina, guanetidina
- Bloqueantes beta: propranolol, atenolol, timolol
- Diuréticos: tiazidas, espironolactona, clortalidona, acetazolamida, metazolamida
- Vasodilatadores: hidralazina

Psicotrópicos

- Antidepresivos: imipramina, amitriptilina, nortriptilina, amoxapina, desimipramina, protriptilina
- IMAO: isocarboxacide, fenelzina
- Carbonado de litio
- Tranquilizantes mayores: tioridazina, haloperidol, clorpromazina, molindona, perfenazina, tiorixeno
- Tranquilizantes menores: benzodiacepinas (diazepam)
- Sustancias de abuso: alcohol, heroína, cocaína, anfetaminas, marihuana, metadona, anorexígenos.

Hormonas

- Estrógenos
- Antiandrógenos
- Agentes progestacionales
- Corticoides

Otros

- Antagonistas H²: cimetidina, ranitidina
- Metoclopramida
- Digoxina
- Clofibrato
- Disopiramida
- Fármacos antineoplásicos
- Fármacos antiparkinsonianos: levodopa
- Relajantes musculares (incluidos de fibra lisa): bactofen, opina, mepenzolato, metantelina, propantelina

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Suelen coexistir varios factores de riesgo.

Edad.

La prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad y esto lo reflejan numerosos estudios. Con la edad los pacientes van desarrollando una serie de enfermedades; estas y sus tratamientos tienen una influencia negativa en la erección. De cualquier modo, en el anciano es fisiológico que se tarde más en conseguir una erección, que tengan menos capacidad de excitabilidad y que el intervalo interrelacional coital se alargue.

Diabetes tipo 2:

La probabilidad de presentar DE en DM 2 es tres veces superior y además aparece a edad más temprana que el resto de la población. Los factores implicados son la neuropatía peneana, vasculopatía (que ocasiona insuficiencia arterial cavernosas y fracaso del mecanismo venooclusivo), factores psicológicos, endocrinos y farmacológicos.

Enfermedad cardiovascular:

Por insuficiencia vascular. La isquemia crónica provoca fibrosis en los cuerpos cavernosos que interfiere de forma grave con el mecanismo eréctil. La asociación entre DE y enfermedad cardiovascular está claramente establecida.

Tabaquismo:

Factor de riesgo independiente para DE de causa vascular; el tabaco, mediante la nicotina, favorece la arterioesclerosis y altera la relajación necesaria del músculo liso arterial y de los cuerpos cavernosos.

Secundaria a fármacos:

El 25 % de la disfunción eréctil se atribuye a efectos secundarios de los medicamentos. A veces, es difícil saber si la causa es el fármaco o la enfermedad sobre la que actúa. Los fármacos ocasionan disfunción eréctil por diversos mecanismos: alteraciones vasculares, alteraciones neurológicas (interfieren en el control neuroendocrino de la erección) y psicológicas.

Secundario al consumo de drogas:

Alcohol (600 ml/semana va a ocasionar hipoandrogenismo por desbalance hormonal y neuropatía periférica) cocaína, heroína, marihuana, anfetaminas, nicotina, babilónicos, cannabis, narcóticos. Todas estas drogas atenúan la libido y la erección.

Alteraciones endocrinas:

Hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipo/hipertirodismo, hipopituitarismo, acromegalia.

Anomalías del pene:

Enfermedad de Peyronie, anomalías congénitas.

Insuficiencia renal crónica:

La diálisis origina disfunción eréctil de múltiples causas.

Patología neurológica:

Neuropatía diabética, DM 2, lesiones medulares, esclerosis múltiple, Parkinson, neuropatías periféricas, enfermedad de Alzheimer, enfermedades de las motoneuronas, siringomielia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Trastornos afectivos:

De gran importancia porque altera la capacidad para iniciar los mecanismos hemodinámicos de la erección.

Cirugía regional o traumatismo en esa zona:

Prostatectomías, cistectomía, prostatitis.

Otros:

Hemocromatosis, esclerodermia. (12)

DIAGNÓSTICO

En primer lugar, hay que hacer el diagnóstico de disfunción eréctil y esto se realiza mediante dos test validados en España. (13)

Índice internacional de Disfunción Eréctil (IIEF): Simple, rápido de realizar, con buena sensibilidad y especificidad, permite clasificar la DE en leve, moderada y severa: Consta de 15 preguntas que evalúan 5 campos de la función sexual del varón: función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global.

A partir de él, y con el fin de proporcionar un instrumento más ágil para diagnosticar la disfunción eréctil, se ha elaborado un test llamado Cuestionario de Salud Sexual para Varones (SHM): más fácil, buena sensibilidad y especificidad. Consta de 5 preguntas (extraídas del test anterior). Una puntuación igual o menor a 21 indica disfunción eréctil. (14)

Después hay que hacer el diagnóstico etiológico de la disfunción eréctil.

1. Antecedentes del problema o historia sexual.: Fecha de comienzo, forma de instauración, DE total o parcial, problemas de relación con la pareja; preguntaremos sobre la rigidez peneana, mantenimiento de ésta, si se consigue y presencia de erecciones matutinas, nocturnas o con diversos estímulos, con otra pareja o con la masturbación.

Con todos estos datos se puede diferenciar aproximadamente el grupo de pacientes con DE orgánica del grupo de DE psicógena. (15)

2. Historia médica: valorar factores de riesgo cardiovascular, medicamentos, drogas de abuso, entorno psicosocial, antecedentes médicos y quirúrgicos.

3. Examen físico: explorar:

- Sistema cardiovascular: pulsos periféricos, auscultación cardiaca, tensión arterial.
- Exploración neurológica: alteraciones marcha, reflejo bulbocavernoso, control voluntario esfínter anal, sensibilidad perineal.
- Endocrinopatías: palpar cuello y mamas.
- Hipogonadismos: Distribución del vello, barba, axilas y pubis.
- Trastornos genitales: exploración pene y contenido escrotal.
- Patología prostática: Tacto rectal.

4. Exploraciones complementarias

Obligatoriamente hay que realizar: hemograma, bioquímica, función renal y hepática, perfil lipídico, glucemia y sistemático de orina. La determinación de TSH, testosterona total matutina, radiografía de tórax y abdomen es obligatorio sólo en algunas publicaciones consultadas. (16)

En algunos centro se dispone de métodos de de medición de la tumescencia y rigidez peneana nocturna (NPT Test-Rigiscan), que permite evaluar las erecciones nocturnas del paciente (no controladas voluntariamente) y, por tanto, es un método de diagnóstico diferencial entre patología orgánica y psicógena.

Existe un algoritmo diagnóstico de la DE. (17)

ENVIO AL UROLOGO

Hay que enviar al especialista si existen dudas en el diagnóstico (para realizar otras exploraciones como eco-Doppler, cavernosografía o arteriografía), si el paciente no responde al tratamiento o siempre que así lo demande.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Las pautas a seguir son las siguientes.

MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Abandono del tabaco, alcohol, mejoría del control glucémico. En general, cualquier cambio conductual que promueva una mejoría del bienestar físico y mental es probable que tengan un efecto positivo sobre la función sexual. (18)

LIMITAR LOS FARMACOS CAUSANTES DEL PROBLEMA

En los pacientes que estén tomando alguna medicación que se haya demostrado que produzca disfunción eréctil, deberá intentarse, siempre que sea posible, una prueba sin este agente.

PSICOTERAPIA

¿Envío a un terapeuta sexual o a un psicólogo?

TRATAMIENTO HORMONAL

Estaría indicado tratar con testosterona si se han constatado valores disminuidos de la misma y si no presenta carcinoma de próstata; hay que tener cuidado porque puede acelerar la evolución de un carcinoma de próstata latente y aumentar el volumen prostático. La testosterona parece tener más efecto sobre la libido que sobre la propia disfunción eréctil. (19)

Si se sospecha insuficiencia tiroidea o suprarrenal se tratarán las mismas con la medicación apropiada. (20)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

PENTOXIFILINA

Si se trata de una disfunción eréctil arteriogénica se administrará pentoxifilina a dosis de 400 mg. c/8 horas, lo cual va a mejorar el flujo arterial y por tanto facilitara la fase de tumescencia. Se comunican efectos positivos entre un 40-50%. (21)

YOHIMBINA

Se trata de un bloqueante alfa 2 adrenérgico, cuyo mecanismo no es bien conocido pero que presenta un efecto vasodilatador y es capaz de mejorar un porcentaje muy variable la DE con importante componente psíquico. Se precisa 18 mg al día repartidos en 3 tomas; precisa un tiempo de latencia de 2 a 3 semanas. Entre sus efectos secundarios destacan: cefalea, nauseas, ansiedad y lipotimias. No existen ensayos controlados.

TRAZODONA

Es un antidepresivo con interferencia en el control simpático de la fase de detumescencia peneana.

PAPAVERINA, FENTOLOMINA

Presentan un efecto vasodilatador y son de administración intracavernosa; se suele administrar la fentolamina simultáneamente con la PGE1; destacan como efectos secundarios el priapismo, el dolor, la fibrosis de los cuerpos cavernosos, la hipotensión y la hepatotoxicidad.

SILDENAFILO

Es un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 responsable de la degradación del CMPc el cual permite la relajación del músculo liso a nivel del pene. (22)

El sildenafil restablece la respuesta normal del organismo tras la estimulación sexual, de modo que es necesario que exista un deseo y una estimulación sexual previa para que haga efecto. No tiene efectos sobre la libido. No produce erecciones matutinas ni nocturnas.

La posología es de 50 mg (25-100 mg), una vez al día, ingeridos 60 minutos antes de la relación sexual. Resulta efectivo hasta las 3-5 horas siguientes a su administración. Es un tratamiento sintomático, es decir, no se mantiene la mejoría al interrumpir el tratamiento. No altera las cualidades espermáticas, morfología ni movilidad de los espermatozoides.

Entre sus efectos secundarios destacan el enrojecimiento facial, cefalea, dispepsia, trastornos de la visión (confunden la visión verde/azul tras la administración de 100 mg que deja de ser perceptibles a los 120 minutos), rinitis, etc. Los efectos secundarios son más frecuentes a medida que aumentamos la dosis. (23)

ALPROSTADIL

Prostaglandina E1 cuya función es relajar el músculo liso. Su administración es intracavernosa; consigue 12 minutos de erección con una dosis de 12,5 microgramos y 30 minutos si la dosis es de 20 microgramos. El paciente se pincha antes de mantener la relación sexual. No se puede administrar más de una vez al día o tres veces en semana. (24)

Tiene un alto índice de retiradas por sus efectos secundarios: priapismo, erección prolongada, dolor peniano. Se debe informar al paciente que deberá

acudir al médico en caso de priapismo iatrogénico (erección que dure más de seis horas) para su tratamiento. Existe una presentación de administración intrauretral con menos efectos secundarios pero que no está comercializada en España. (25)

DISPOSITIVO DE VACIO

El dispositivo comercializado en España se llama Erecaid. Utilizan presión extrema negativa para potenciar el flujo arterial en el pene. Se coloca encima del pene un tubo lubricado hermético utilizándose una bomba manual para crear el vacío, y consecuentemente, la erección. A continuación se coloca un anillo de goma alrededor de la base del pene para inhibir el flujo venoso. Cuando se quita el tubo se mantiene la erección hasta que se retira el anillo después de un periodo recomendado de treinta a sesenta minutos. (26)

Presenta una baja incidencia de efectos secundarios como son edema, equimosis y daño isquémico en los tejidos, pero éstas son generalmente evitables con una buena técnica.

Se trata de un método muy económico y muy indicado y aceptado en la población anciana. Los índices de satisfacción son elevados en pacientes con impotencia de origen orgánico, pérdidas venosas o impotencia neurogénica. En pacientes con impotencia de etiología mixta los índices de satisfacción oscilan entre un 66 a 93%.

Está contraindicado en la enfermedad drepanocítica y en las alteraciones de la coagulación. (27)

CIRUGIA

PROTESIS DE PENE: Dispositivos que consisten fundamentalmente en la instalación de dos cilindros, uno en cada cuerpo cavernoso para dar rigidez al

pene y obtener un coito satisfactorio. Presenta una tasa de éxitos globales cercana al 90%.

Las modalidades son las siguientes

- ❖ Varilla semirígida: siempre tiene la misma forma y dimensión y se curva hacia arriba o abajo según se desee.
- ❖ Varilla maleable o ajustable
- ❖ Prótesis: el pene está flácido hasta que una bomba ubicada en el escroto transporta el fluido de un recipiente retropúbico a los cilindros panéanos protésicos.

La capacidad para eyacular y conseguir un orgasmo no se modifica al implantar una prótesis. El índice de fallos de implantes se incrementa con el paso del tiempo. Se espera que la mayoría de las prótesis duren de 7 a 10 años. Dentro de las complicaciones cabe destacar la infección de la prótesis, erosiones del glande, falla mecánica y dolor.

CIRUGIA VASCULAR: ligadura venosa, revascularización arterial o embolización de venas profundas según sea la patología del paciente.

SUBSISTEMA CONYUGAL

Es el eje entorno al cual se forman todas las relaciones, comienza y termina la familia y lleva implícito tareas de complementariedad y de acomodación mutua en los que cada miembro deben adaptarse para formar una identidad en pareja según PHILLIPPE CAILLE hace clara referencia a la pareja como argumento singular claramente diferenciado de las dos personas que la forman, la cual posee funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia, como son el brindarse apoyo y seguridad, mostrarse afecto y tener relaciones sexuales satisfactorias.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción mas conocida esta constituida por la pareja y su descendencia, la OMS define la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros según PINOG, POUPIN en 1999.

Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función y se constituyen cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción de otro en muchas áreas, deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Disfunción eréctil, cuya prevalencia alcanza un 52% en la población mayor de 40 años de edad, es una entidad con manifiesta heterogeneidad patogénica y clínica independientemente de su repercusión en la relación de pareja, la disfunción eréctil tiene otras alteraciones de tipo psicosocial con afección del orden emocional, así como de relación ocasionando incluso la separación y divorcio.

Desde tiempos remotos, los pueblos se han preocupado tanto de la erección como de la disfunción eréctil. La primera descripción de la disfunción eréctil se encuentra en papiros egipcios que datan del 2000 a.c., aunque también se describe esta patología en las leyendas sumerias que hablan sobre el mito de la disfunción eréctil y en los gravados prehistóricos hallados en cuevas.

Trascendencia: Es un padecimiento que afecta a población social, sexual y económicamente activa, por lo que su trascendencia en la población de 40 -70 años, es de vital importancia para su estudio y manejo oportuno, por ende nos permitirá esclarecer la afección al subsistema conyugal.

Vulnerabilidad: Se refleja en nuestra población adscrita a la UMF No. 23, ya que se ha demostrado una alta incidencia hasta 52% en pacientes de 40-70 años que tienen mayor predisposición para padecer disfunción eréctil, en México se calcula el 28%, esto significa que la disfunción eréctil posiblemente sea mas común que la DM 2, se estima afecta al 10% de la población mexicana, en San Luis Potosí, la población vulnerable es en hombres de 40 a 70 años con mayor trascendencia en población urbana y suburbana.

Variabilidad y Factibilidad. Considerando que en la Unidad de Medicina Familiar número 23 existe una población de hombres y mujeres de 40 a 70 años de 438

pacientes, por lo que el estudio es factible de realizarse de estos se aplica el 38% que equivale a 170 pacientes.

Con una probabilidad de presentación de hasta un 52% en pacientes mayores de 40 años, básicamente condicionada por diferentes factores, y con afección directamente al subsistema conyugal, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿CUAL SERA LA REPERCUSION DE LA DISFUNCION ERECTIL EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DE 40 A 70 AÑOS DE LA
POBLACION ADSCRITA A LA U.M.F. No. 23 DE CERRITOS, S.L.P.?**

JUSTIFICACION

Los pacientes con disfunción eréctil tienen una serie de repercusiones del orden psicológico, social, así como en el subsistema conyugal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social no existen estudios sistematizados que indiquen la repercusión de la disfunción eréctil en el subsistema conyugal en la población derechohabiente, aún cuando en la última década en diferentes regiones del país se han elaborado estudios de la disfunción eréctil con porcentajes altos de entre 47 y 52% en pacientes mayores de 40 años.

En México se calcula el 28%, esto significa que la disfunción eréctil posiblemente sea mas común que la DM 2, se estima afecta al 10% de la población mexicana.

La prevalencia de la disfunción eréctil en México en varones de 40 a 70 años se encontró en un 55% de los entrevistados, en un estudio llevado a cabo en enero - abril 2000. En población urbana la disfunción eréctil en México en varones de 18 a 40 años se ha reportado en 9.7%

Por otra parte, las encuestas nacionales de salud del año 2000 muestran que el número de enfermos con enfermedades crónico degenerativas se incrementan anualmente en forma importante, demostrando con esto la variabilidad en el comportamiento de las enfermedades y sus prevalencias a través del tiempo.

Por tal razón se hace necesario desarrollar este protocolo de investigación para establecer estrategias a futuro o en un segundo trabajo que permitan identificar en forma oportuna a la población que tiene mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, para establecer un manejo clínico efectivo y un plan de seguimiento continuo con la finalidad de valorar su repercusión en el subsistema conyugal.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la repercusión de la disfunción eréctil en el subsistema conyugal en pacientes de 40 a 70 años adscritos a la UMF No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar la edad en que aparece la disfunción eréctil
- Evaluar la comunicación, roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones del subsistema conyugal

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio: descriptivo y observacional

Diseño del estudio: transversal

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cerritos, San Luis Potosí, de los meses de Marzo a Octubre del 2006.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 23, Cerritos, San Luis Potosí, S.L.P., del IMSS

POBLACION DE ESTUDIO

Población de 170 pacientes adscritos a la UMF No. 23 de un total de 438 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Hombres y mujeres derechohabientes de 40 a 70 años.
- ❖ Aparentemente sanos o con antecedentes de disfunción eréctil
- ❖ Que acepten participar en el estudio
- ❖ Que tengan pareja sexual

MUESTRA Y TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN:

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomará el 38% de estos 170 para el estudio con base en disponibilidad y accesibilidad de esta población.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Disfunción eréctil	Dependiente	Es la incapacidad continua para tener o mantener una erección de suficiente calidad que permita una actividad sexual satisfactoria.	Se presenta en un 52% en la población de 40 a 70 años	Nominal, Leve, moderada y severa	Instrumento de evaluación del subsistema conyugal (Chávez y Velazco)
Subsistema conyugal	Independiente	Percepción que la pareja tiene en su posición en la vida.			

VARIABLE DEPENDIENTE: Subsistema Conyugal

VARIABLE INDEPENDIENTE: Disfunción Eréctil

VARIABLES:

Edad: Es el tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Sexo: Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales

Escolaridad: Grado máximo de estudios de un individuo

Ocupación: Acción y efecto de tomar posesión

Lugar de origen: Es el lugar del nacimiento de un individuo

Lugar de residencia: Domicilio donde vive un individuo

Hombres sanos: Personas que no padecen ninguna enfermedad

Padecimiento agregados: Padecimientos diferentes a la enfermedad de origen

Hombres con Disfunción Eréctil: Incapacidad continúa para tener o mantener una erección de suficiente calidad.

Subsistema conyugal: Percepción que la pareja tiene en su posición en la vida

Cónyuge: Marido y mujer respectivamente

Pareja: Conjunto de dos personas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza y especialmente la formada por el hombre y la mujer

Comunicación: Acto de expresar y compartir ideas, deseos y sentimientos.

Roles: Forma en que la persona desempeña su función

Satisfacción sexual: Comunicar con sinceridad al otro aquello que desea o siente

Afecto: Proceso de interacción social entre dos o mas organismos

Toma de decisiones: Proceso durante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas

CONSIDERACIONES ETICAS

Etica: Consentimiento informado. En base a la 18ª Asamblea Medica Mundial HELSINKI, Finlandia, Junio 1964 y a la 42ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia de octubre del 2000. El estudio por su naturaleza no pone en peligro la vida y la función de los pacientes o su familia y se apega a la ley general de salud con respecto a la investigación en humanos (2000), el riesgo es de 0.

PLAN DE ANALISIS

Será un análisis descriptivo y observacional utilizando una prueba no probabilística donde se aplicará el instrumento de evaluación del subsistema conyugal que contempla cinco funciones

- Comunicación. Donde se evaluara como nunca ocasional y siempre
- Adjudicación y asunción de roles
- Satisfacción sexual
- Afecto
- Toma de decisiones.

Encaminadas a la disfunción eréctil en el subsistema conyugal, el instrumento que evaluado por Chávez y Velazco siendo aceptada su aplicación.

RESULTADOS

Al terminar la aplicación de los instrumentos para determinar la presencia o no y su grado de la disfunción eréctil y para determinar la presencia o no y su tipo de disfunción del subsistema familiar en la muestra de la UMF #23 del IMSS; se procedió al análisis de la información con la ayuda del programa estadístico SPSS 14. Se analizó la información en dos vertientes: la primera sobre el análisis individual de las variables o sus frecuencias (ver anexo 1) y la segunda sobre el análisis al cruzar las variables (ver anexo 2). Los datos encontrados son los siguientes.

El primer aspecto que se vio en esta encuesta fue el de la edad. Cabe decir que el 57% de los encuestados oscilan entre los 40 y los 50 años. El resto se divide en los demás hasta los 70 años. 31% corresponde a personas entre los 51 y los 60 años y el 12% restante de 61 a 70 años (Anexo 1, gráfica 1).

Un punto base de este trabajo es el tiempo de convivencia que tiene la pareja. La mayoría con el 31.8% tiene de 20 a 25 años. Le siguen los de 26 a 30 años de pareja con 18.8. Las parejas con 36 a 40 y 41 a 45 años ocupan el 3º y 4º lugar respectivamente con 17.6% y 15.9%. Las parejas de 31 a 35 solo abarcan el 8.8% de la muestra y finalizan con el 7% los que tienen más de 46 años de convivencia. (Anexo 1, grafica 4).

La evaluación del sub-sistema conyugal contempla cinco apartados. Los cuales son: tipo de comunicación; adjudicación de roles; satisfacción sexual; tipo de afecto y toma de decisiones. En el anexo 1 gráficas 5 a la 9 se pueden apreciar los resultados obtenidos de cada uno de estos rasgos. Uno de los objetivos específicos de esta investigación es evaluar la comunicación, roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones del subsistema conyugal.

Al respecto se puede observar que la comunicación, los roles, el afecto y la toma de decisiones presentan porcentajes similares, calificándose como buenos, por encima del 54% en la comunicación hasta el 62.9% en el caso de los roles por lo cual no hay una diferencia marcada entre ellos.

Como se puede ver en las graficas la tendencia es muy buena en los 4 aspectos anteriores. Pero hay un rasgo que llama la atención, lo referente a la satisfacción sexual. A diferencia de los anteriores solo el 22.9% manifiesta tener relaciones satisfactorias. La mayoría con un 73% expresa que la satisfacción sexual es regular.

La evaluación general del sub-sistema por la tendencia buena de 4 aspectos resulta favorable. Ya que el 63% manifiesta que la pareja es funcional. Un 35% dice tener disfunción moderada y solo un 2% se clasifica como pareja severamente disfuncional.

La disfunción eréctil es otro de los puntos centrales de este trabajo, al respecto se puede observar que un 70% de la muestra presenta algún tipo de disfunción eréctil. De los cuáles un 50% solo reporta disfunción eréctil leve. Y solamente un 16% moderada y el 4% restante grave.

El objetivo central de este proyecto consiste en determinar la repercusión de la disfunción eréctil en el subsistema conyugal en pacientes de 40 a 70 años adscritos a la UMF No. 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para analizarlo se hizo un cruce de variables entre la evaluación general de la pareja y la disfunción eréctil, encontrándose los siguientes resultados.

Un 29% de las parejas con disfunción eréctil presentan injerencia en la disfunción familiar tanto moderada como leve. La mayoría presenta disfunción familiar moderada. Un dato que se rescata de este trabajo de consideración es

el hecho de que un 40% de las parejas que presentan disfunción eréctil no presentan disfunción en la pareja. (Anexo 2, grafica 2).

Por ultimo se hace mención a otro de los objetivos específicos que consiste en determinar la edad a la que se presenta la disfunción eréctil. Para ello se realizo una relación de variables entre la edad y la disfunción eréctil. Entre los sujetos de 40 a 50 años se presenta un 37% de disfunción eréctil leve, un 10% del mismo tipo de disfunción eréctil se presenta en el siguiente rango edad de los 51 a los 60 años y solo un 4% arriba de los 60. La depresión moderada se presenta en su totalidad arriba de los 50 años al igual que la grave arriba de los 60 años.

DISCUSION

La disfunción eréctil encontrada en este trabajo es alta pero prevista como se observa en el trabajo de Moncada. Moncada menciona en su trabajo que encontró un 55% de disfunción eréctil de los cuales la leve es la más recurrente. Este dato se emula en el presente trabajo pues la disfunción eréctil leve alcanza al 50% del 70% presente. Según el pronóstico del investigador la prevalencia aumentara conforme pasa el tiempo y en el presente estudio se alcanza un total de 70%. (15)

Un dato que sobresale de este trabajo es el hecho de que el 37% de los casos de disfunción eréctil se presenta entre los 41 y los 59 años de edad. Ello indica la presencia de este mal en edades tempranas. El avance y progreso de la disfunción es normal en las demás edades como es de esperarse, pero si queda para posteriores estudios el tratar de determinar si existen factores que predispongan la aparición temprana de la disfunción eréctil. Pues al ver que ésta si infiere en la presencia de disfunción familiar nos debe de llamar la atención como profesionales de la salud este dato.

En el presente estudio se comprueba lo expresado por otras investigaciones Realizadas en México y en el extranjero sobre la proporción de disfunción eréctil en los hombres. También se palpa la tendencia creciente de mayor índice de disfunción eréctil en relación a los estudios anteriores que datan de hace mas de 5 años. Se comprueba también que la disfunción eréctil si incide en la disfunción del subsistema conyugal y que también tiene relación con la poca satisfacción sexual y se corrobora el hecho de que a mayor edad mayor disfunción eréctil y conyugal.

Queda para futuras investigaciones analizar si existen más factores relacionados con este problema y también ahondar más en las posibles causas

de este padecimiento. Ya que se encontró un gran porcentaje de disfunción en edades tempranas donde se supone el hombre aun esta en plenitud de sus capacidades físicas. También convendría analizar si existe relación entre la disfunción eréctil y algunas enfermedades que nos marquen una posible causa de su presencia a edades tempranas.

Los resultados obtenidos de este trabajo se presentaran a las autoridades de la UMF #23 y demás involucrados en los servicios de la misma para que estén al tanto de los resultados y se proceda a tomar medidas que resulten en el bienestar de las familias y pacientes de la Unidad.

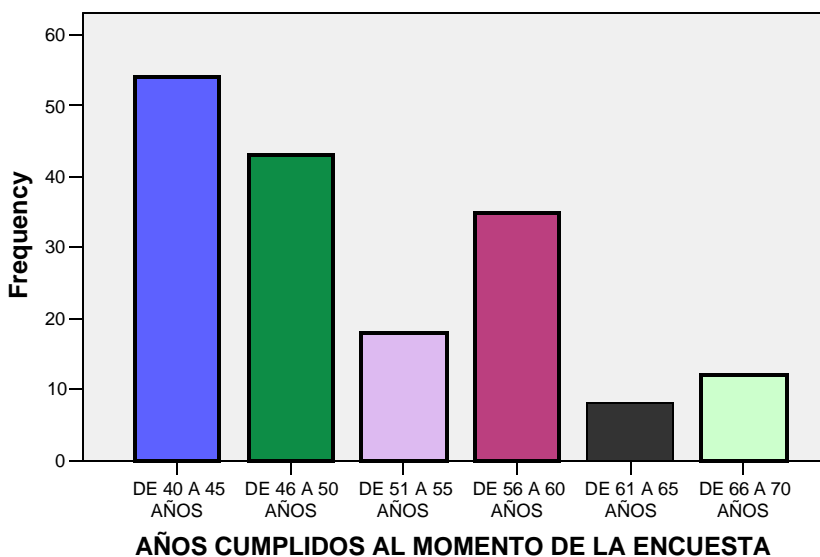
REFERENCIAS

1. Sydney Glina, Pedro Puech-Leao, José Mário dos Reis, Eduardo Pagani, Edgardo Becher y Mariano Sotomayor. Disfunción Sexual Masculina, 2da. Edición 2004: 87-91
2. National Institutes of Health Consensus Development Panel of Impotence: Impotence JAMA; 270:83-90
3. Martín Martínez JC, Martín Martínez F, Jiménez Artieda S, Torronteras Santiago JM, Evaluación de la disfunción eréctil,. JANO 2002; 63:40-48
4. Botons Muntó F, Campos González JC, Gosalbes Soler V, Prosper Sierra M, Silvestre Quilez S. Manejo de la disfunción eréctil en AP. JANO 1998;55:42:50
5. Brenot PH, EDITOR. Male Impotence: a historical perspectiva. Bedous: L'Esprit du Temps, 1994;27-79
6. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J. Urol 1994; 151:54-61
7. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Leinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 70 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 2000; 163:460-3
8. Martín Morales A. Epidemiología de la disfunción eréctil en España. Proyecto EDEM (Estudio de la disfunción eréctil masculina). En Arrondo JL, editor. Actualización en Andrología. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, 1999;240-55
9. Ruíz Castañé E, Puigvert A, Orsola A, Gausa L, Egozcue S. Impotencia coeundi. JANO 1998;38:63-69
10. Ackerman MD, Carey MP. Psychology's role in the assessment of erectile dysfunction: historical precedents, current knowledge, and methods. J. Consult Clin Psychol 1995;63:862-876
11. Girona Bastús MR, Gelado Ferrero MU, Tresseras González E, Viñas Céspedes A. Sildenafil y disfunción eréctil en AP, FMC, 1999;6:199-2005
12. Vázquez Martínez R. ¿Qué hacer ante un anciano que sufre impotencia?. JANO 1996;21:39-56
13. Ferrándiz Santos J. Martín Martínez J.C. Diagnóstico y evaluación de la impotencia. Fmc 1995;2:202-211
14. Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh I, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile dysfunction (IIEF); an multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997;49:822-830
15. Moncada I. Disfunción eréctil inducida por fármacos. Cuadernos de Andrología 2000;4:1-4
16. Salinas J. Viroseca M, Sanblas R, Esteban M, Aristizábal JM, Delgado JA et al. La exploración clínica neuroandrológica de la impotencia. Urol integr invest 1997;2:286-94
17. Greiner K, Weigel J. Disfunción eréctil. Am Fam Phy (ed. esp.) 1998;5:32-40

18. Morales A, Condra M, Owen JA, SurrIDGE DH, Fenemre J, Harris C. Is Yohimbine effective in the treatment organic impotence? Results of a controlled trial. J. Urol 1987;137:1168-1172
19. Sáenz de Tejada I, Ware JC, Blanco R, Pittard JT, Nadig PW, Azodzo K, et al. Pathophysiology of prolonged penile erection associated with trazodone use. J. Urol 1991;145:60-66
20. Linet O, Ogrinc F. Efficacy and safety of intracavenosal alprostadil in men with erectile dysfunction. N Engl J Med 1996;334:873-877
21. Carlson R. Sildenafil: an effective oral drug for impotence Inpharma 1997;1085:11-12
22. Witherintong R. External penile appliances for management of impotence. Semin Urol 1993;8:124-128
23. Rodríguez L, Allona A. Prótesis penianas. En: Disfunciones de la erección: diagnóstico y tratamiento. Tema Monográfico LVKKK Congreso Nacional de Urología. Madrid: ENE ediciones, 1993;197-218
24. Carson CC. Penile prosthesis: complications. En: Montagne KD ed, Prótesis in urology surgery. Washington: American Urological Association Office of Education, 1992.
25. Irigoyen Coria Arnulfo, Fundamentos de Medicina Familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 5ª. Edición, 1998;33-46
26. Huerta González José Luis, La Familia en el Proceso Salud Enfermedad e Instrumentos de Evaluación para la funcionalidad familiar, 1998;37-52

ANEXO 1
FRECUENCIAS (GRAFICA 1)

AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA



AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

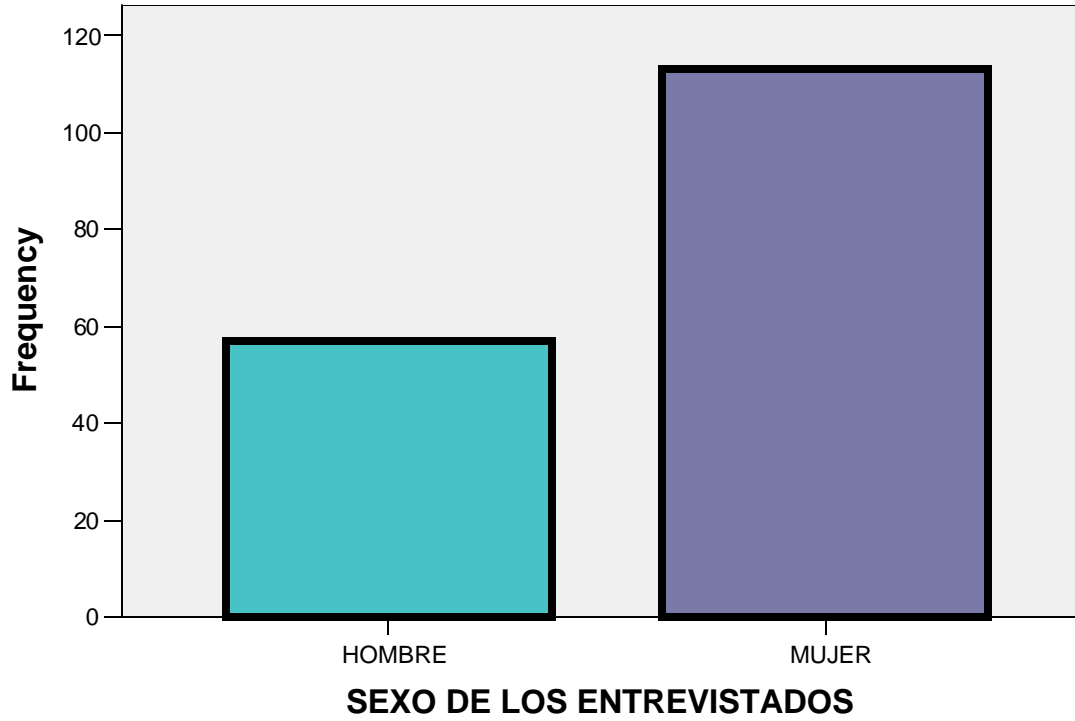
AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

N	Valid	170
	Missing	0
Mean		2,62
Median		2,00
Mode		1
Std. Deviation		1,557
Variance		2,425
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	4,00

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DE 40 A 45 AÑOS	54	31,8	31,8	31,8
DE 46 A 50 AÑOS	43	25,3	25,3	57,1
DE 51 A 55 AÑOS	18	10,6	10,6	67,6
DE 56 A 60 AÑOS	35	20,6	20,6	88,2
DE 61 A 65 AÑOS	8	4,7	4,7	92,9
DE 66 A 70 AÑOS	12	7,1	7,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 2)

SEXO DE LOS ENTREVISTADOS



SEXO DE LOS ENTREVISTADOS

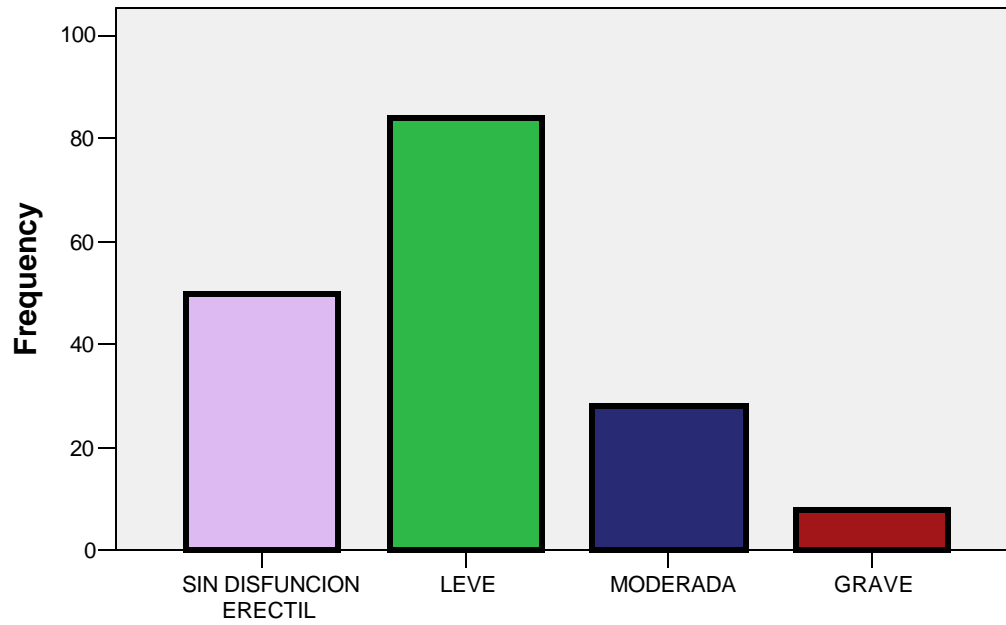
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		1,66
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,473
Variance		,224
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	2,00

SEXO DE LOS ENTREVISTADOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid HOMBRE	57	33,5	33,5	33,5
MUJER	113	66,5	66,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 3)

DISFUNCION ERECTIL PRESENTE



DISFUNCION ERECTIL PRESENTE

DISFUNCION ERECTIL PRESENTE

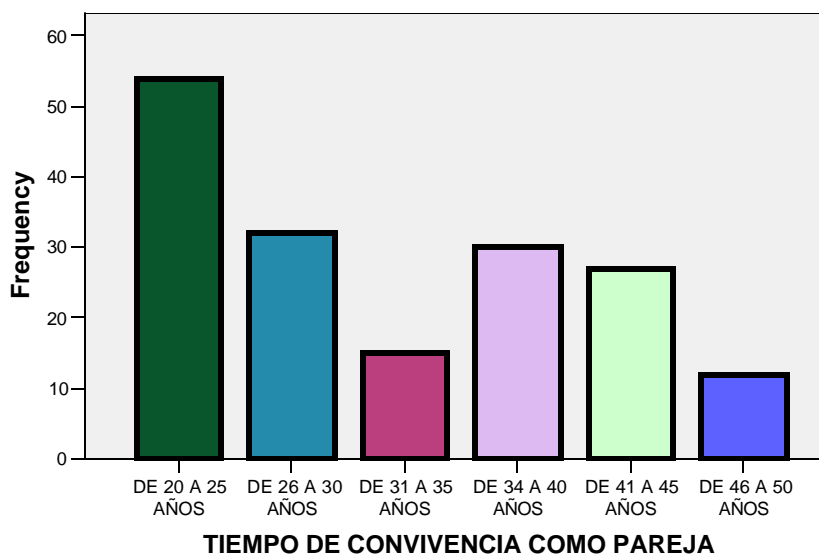
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		,96
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,806
Variance		,650
Percentiles	25	,00
	50	1,00
	75	1,00

DISFUNCION ERECTIL PRESENTE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SIN DISFUNCION ERECTIL	50	29,4	29,4	29,4
LEVE	84	49,4	49,4	78,8
MODERADA	28	16,5	16,5	95,3
GRAVE	8	4,7	4,7	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 4)

TIEMPO DE CONVIVENCIA COMO PAREJA



TIEMPO DE CONVIVENCIA COMO PAREJA

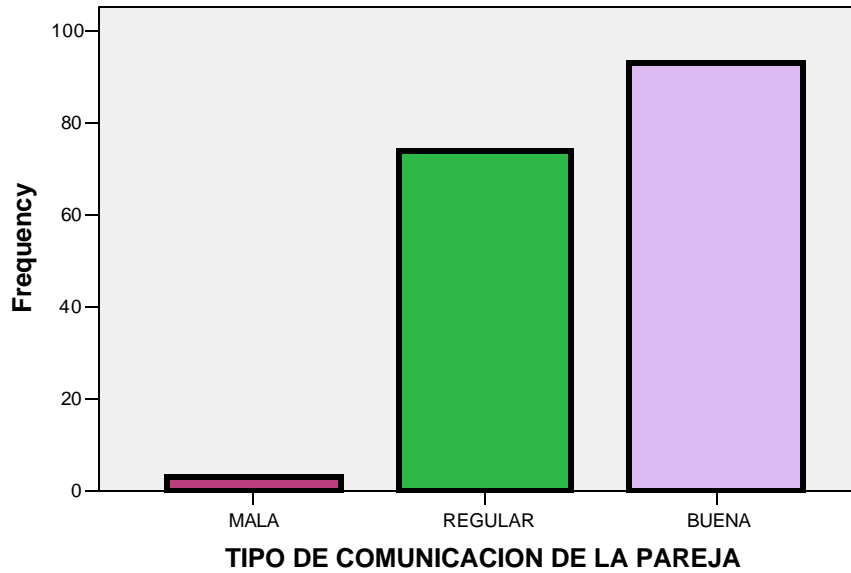
TIEMPO DE CONVIVENCIA COMO PAREJA

N	Valid	170
	Missing	0
Mean		2,88
Median		2,00
Mode		1
Std. Deviation		1,706
Variance		2,909
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	4,00

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
DE 20 A 25 AÑOS	54	31,8	31,8	31,8
DE 26 A 30 AÑOS	32	18,8	18,8	50,6
DE 31 A 35 AÑOS	15	8,8	8,8	59,4
DE 34 A 40 AÑOS	30	17,6	17,6	77,1
DE 41 A 45 AÑOS	27	15,9	15,9	92,9
DE 46 A 50 AÑOS	12	7,1	7,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 5)

TIPO DE COMUNICACION DE LA PAREJA



TIPO DE COMUNICACION DE LA PAREJA

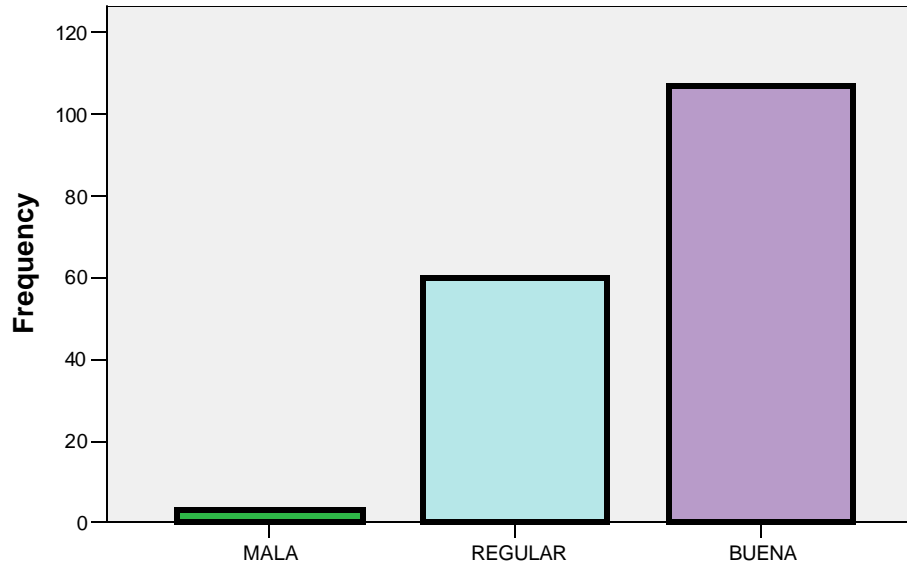
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		22,94
Median		30,00
Mode		30
Std. Deviation		8,023
Variance		64,375
Percentiles	25	15,00
	50	30,00
	75	30,00

TIPO DE COMUNICACION DE LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MALA	3	1,8	1,8	1,8
	REGULAR	74	43,5	43,5	45,3
	BUENA	93	54,7	54,7	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 6)

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES DE LA PAREJA



ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES DE LA PAREJA

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES DE LA PAREJA

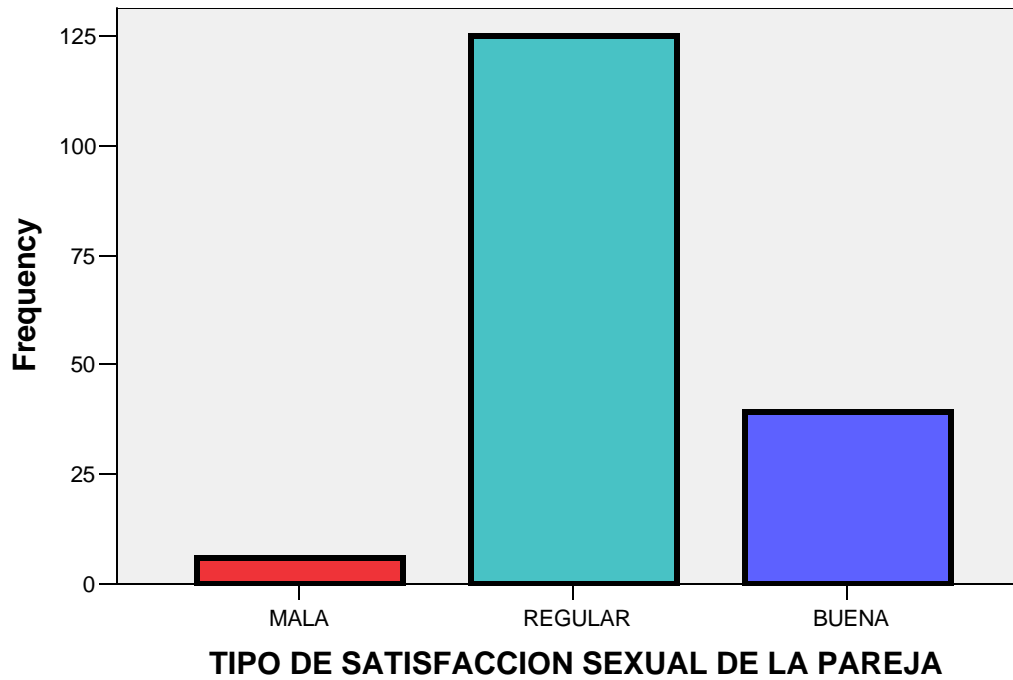
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		11,91
Median		15,00
Mode		15
Std. Deviation		4,138
Variance		17,122
Percentiles	25	7,00
	50	15,00
	75	15,00

ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES DE LA PAREJA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MALA	3	1,8	1,8	1,8
REGULAR	60	35,3	35,3	37,1
BUENA	107	62,9	62,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 7)

TIPO DE SATISFACCION SEXUAL DE LA PAREJA



TIPO DE SATISFACCION SEXUAL DE LA PAREJA

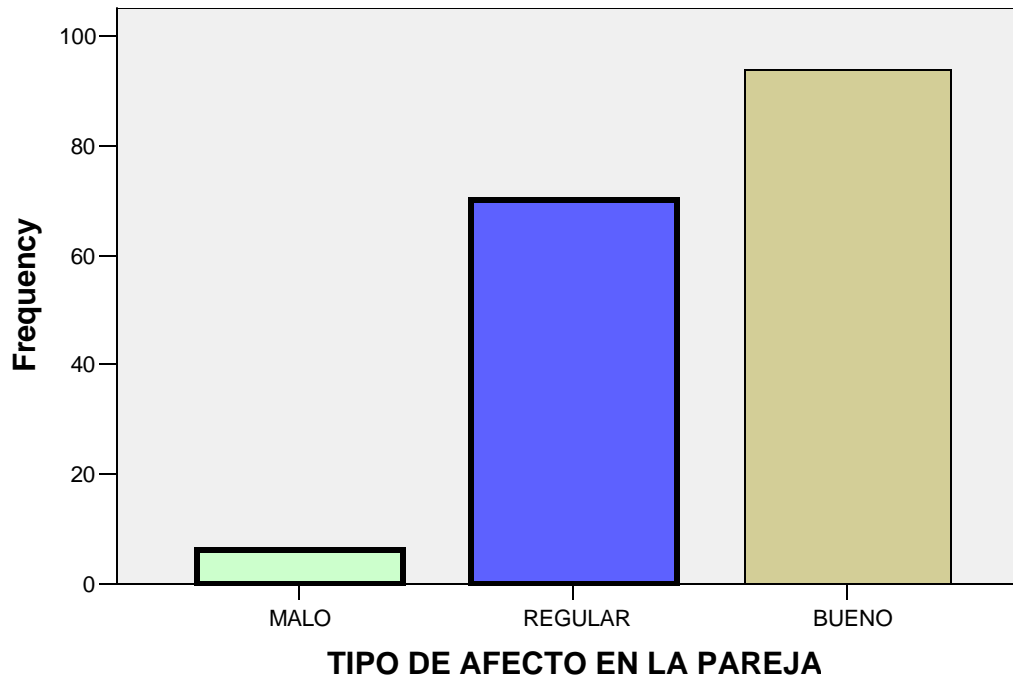
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		11,94
Median		10,00
Mode		10
Std. Deviation		4,779
Variance		22,837
Percentiles	25	10,00
	50	10,00
	75	10,00

TIPO DE SATISFACCION SEXUAL DE LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MALA	6	3,5	3,5	3,5
	REGULAR	125	73,5	73,5	77,1
	BUENA	39	22,9	22,9	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 8)

TIPO DE AFECTO EN LA PAREJA



TIPO DE AFECTO EN LA PAREJA

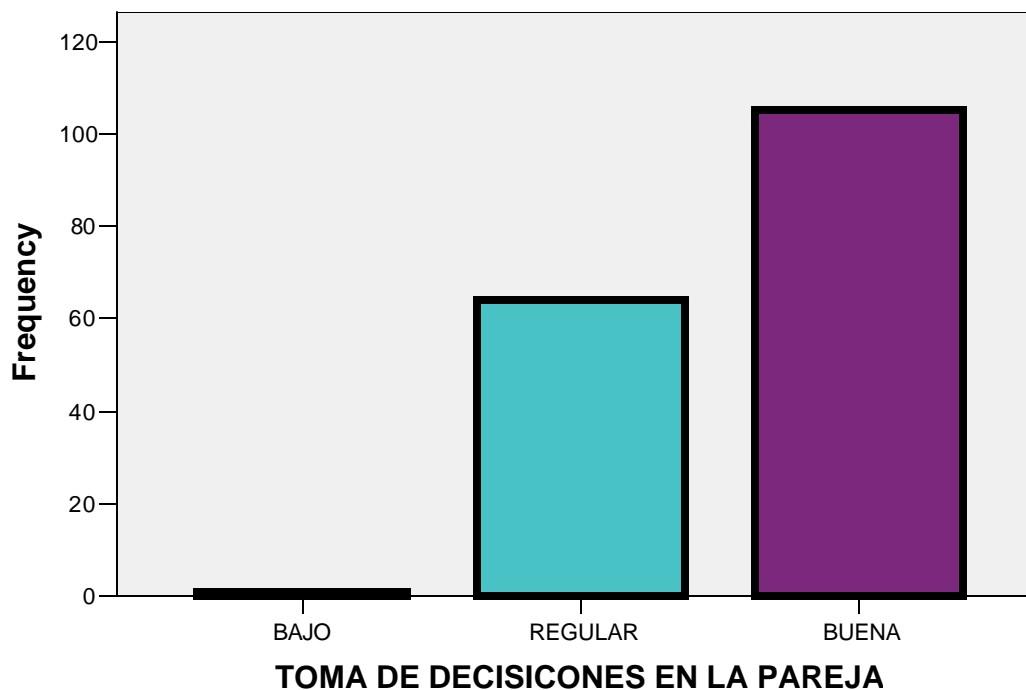
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		15,18
Median		20,00
Mode		20
Std. Deviation		5,676
Variance		32,217
Percentiles	25	10,00
	50	20,00
	75	20,00

TIPO DE AFECTO EN LA PAREJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MALO	6	3,5	3,5	3,5
	REGULAR	70	41,2	41,2	44,7
	BUENO	94	55,3	55,3	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 9)

TOMA DE DECISIONES EN LA PAREJA



TOMA DE DECISIONES EN LA PAREJA

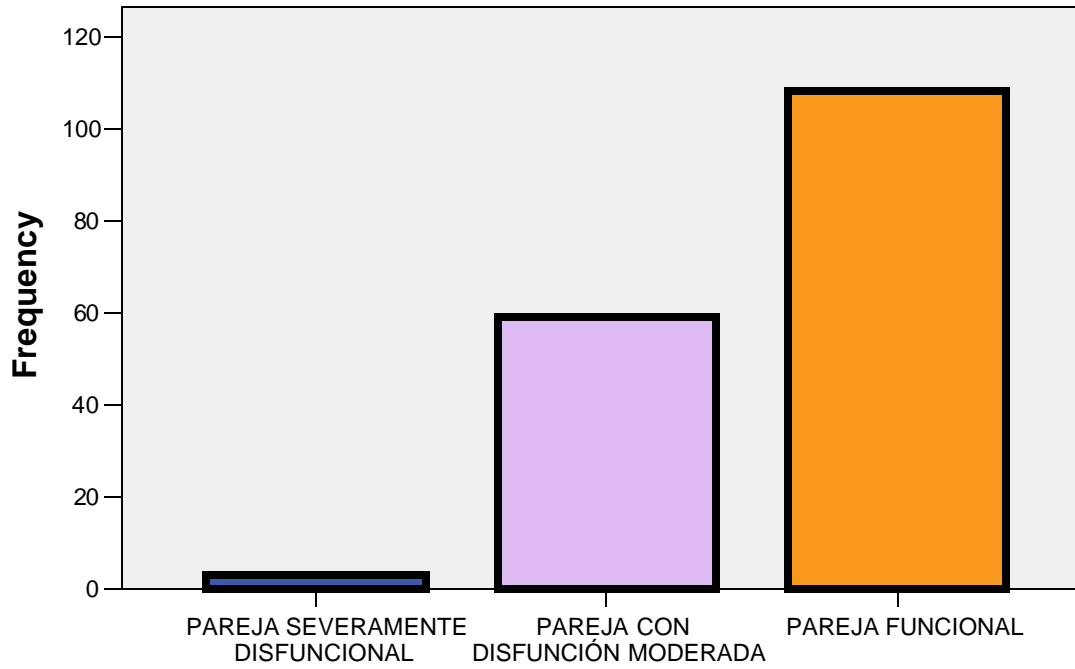
N	Valid	170
	Missing	0
Mean		12,28
Median		15,00
Mode		15
Std. Deviation		3,525
Variance		12,426
Percentiles	25	8,00
	50	15,00
	75	15,00

TOMA DE DECISIONES EN LA PAREJA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BAJO	1	,6	,6	,6
8	64	37,6	37,6	38,2
BUENA	105	61,8	61,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	

(GRAFICA 10)

EVALUACION GENERAL DE LA PAREJA



EVALUACION GENERAL DE LA PAREJA

EVALUACION GENERAL DE LA PAREJA

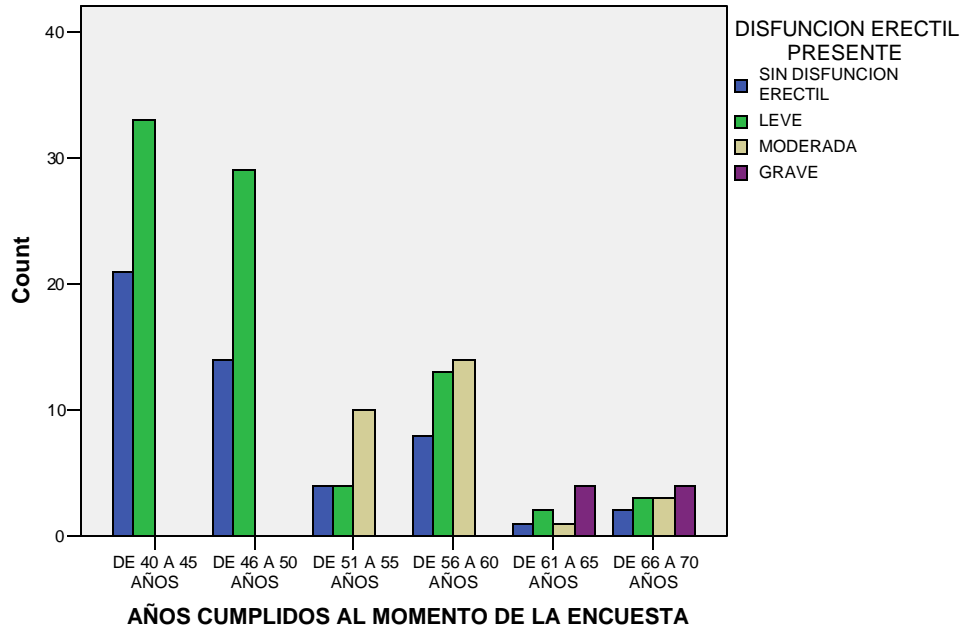
EVALUACION GENERAL DE LA PAREJA

N	Valid	170
	Missing	0
Mean		2,62
Median		3,00
Mode		3
Std. Deviation		,523
Variance		,273
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	3,00

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	3	1,8	1,8	1,8
PAREJA CON DISFUNCION MODERADA	59	34,7	34,7	36,5
PAREJA FUNCIONAL	108	63,5	63,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

ANEXO 2
 CRUZAMIENTO DE VARIABLES
 DISFUNCION ERECTIL Y EDAD (GRAFICA 1)

Bar Chart



Symmetric Measures

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	122,434(a)	15	,000
Likelihood Ratio	101,439	15	,000
Linear-by-Linear Association	39,640	1	,000
N of Valid Cases	170		

a 12 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,849			,000
Nominal by Nominal Cramer's V	,490			,000
Ordinal by Ordinal Gamma	,494	,077	5,685	,000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,421	,069	6,018	,000(c)
Interval by Interval Pearson's R	,484	,068	7,175	,000(c)
N of Valid Cases	170			

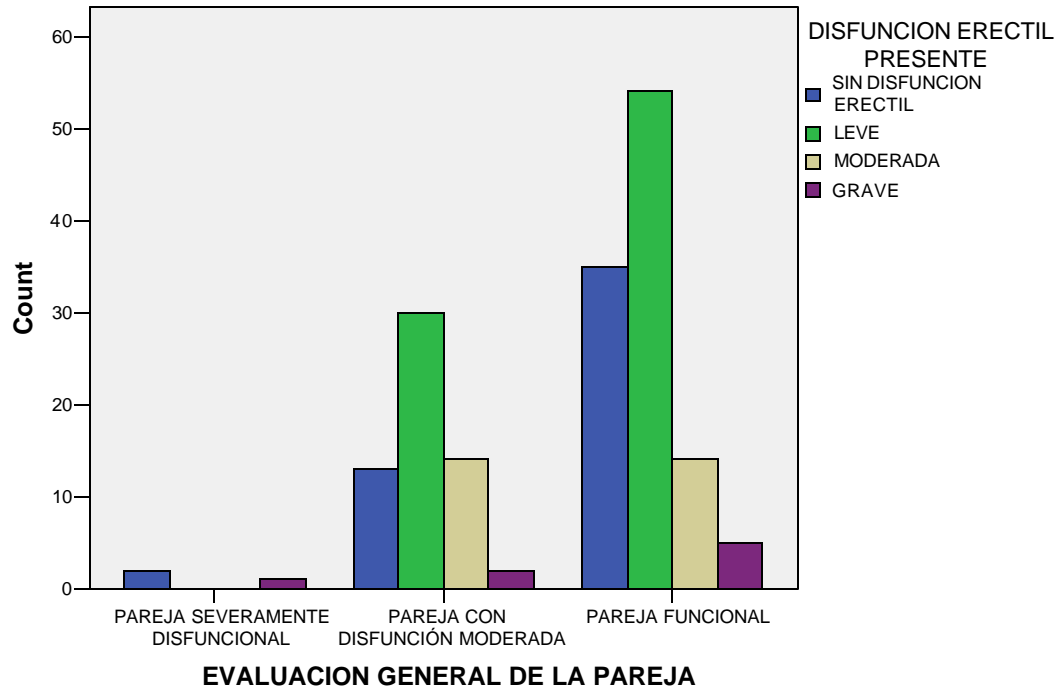
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

DE Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (GRAFICA 2)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,983(a)	6	,043
Likelihood Ratio	11,508	6	,074
Linear-by-Linear Association	1,775	1	,183
N of Valid Cases	170		

a 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,276			,043
Nominal by Ordinal Cramer's V	,195			,043
Ordinal by Ordinal Gamma	-,186	,130	-1,415	,157
Ordinal by Interval Spearman Correlation	-,111	,078	-1,449	,149(c)
Interval by Interval Pearson's R	-,102	,087	-1,335	,184(c)
N of Valid Cases	170			

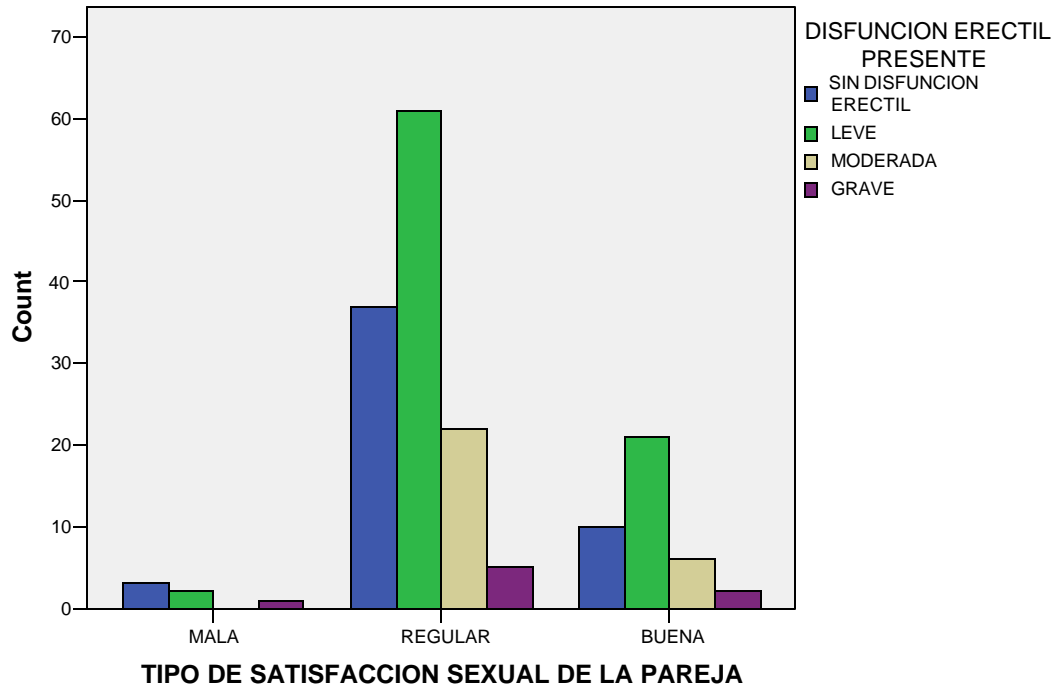
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

DISFUNCION ERECTIL Y SATISFACCION SEXUAL (GRAFICA 3)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,617(a)	6	,594
Likelihood Ratio	4,774	6	,573
Linear-by-Linear Association	,187	1	,666
N of Valid Cases	170		

a 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Symmetric Measures

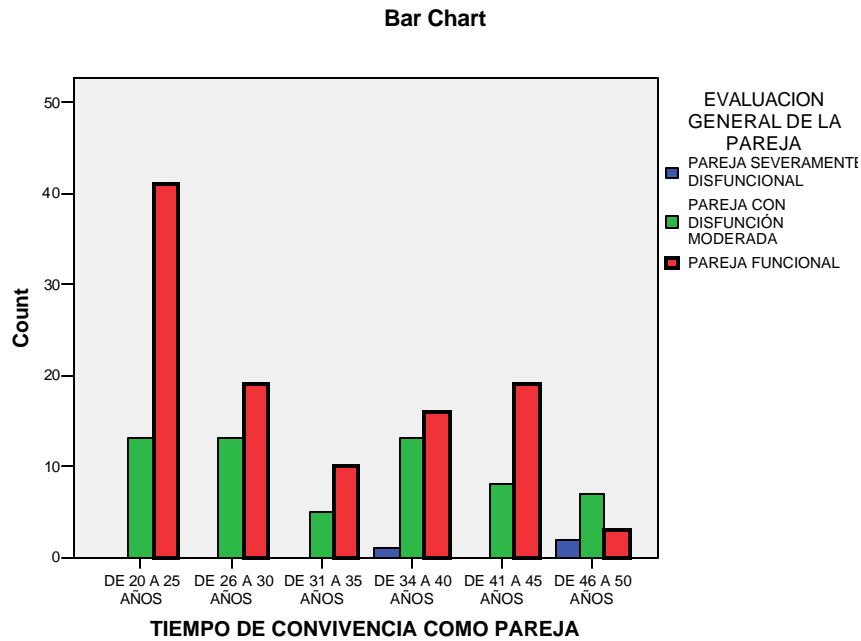
	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	,165			,594
Nominal by Ordinal Cramer's V	,117			,594
Ordinal by Ordinal Gamma	,079	,141	,562	,574
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	,044	,077	,568	,571(c)
Interval by Interval Pearson's R	,033	,082	,431	,667(c)
N of Valid Cases	170			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y EVALUACION GENERAL (GRAFICA 4)



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,552(a)	10	,002
Likelihood Ratio	20,650	10	,024
Linear-by-Linear Association	7,939	1	,005
N of Valid Cases	170		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,373			,002
Interval by Interval Pearson's R	-,217	,077	-2,878	,005(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,196	,075	-2,590	,010(c)
N of Valid Cases	170			

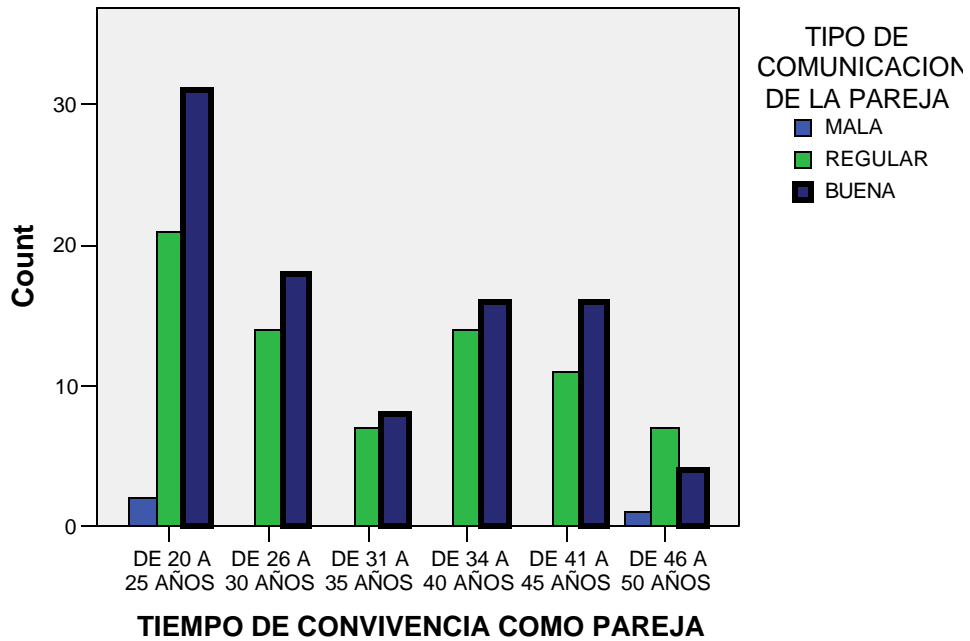
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y TIPO DE COMUNICACIÓN (GRAFICA 5)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,147(a)	10	,614
Likelihood Ratio	8,408	10	,589
Linear-by-Linear Association	,503	1	,478
N of Valid Cases	170		

a 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,214			,614
Interval by Interval Pearson's R	-,055	,081	-,708	,480(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,053	,078	-,685	,495(c)
N of Valid Cases	170			

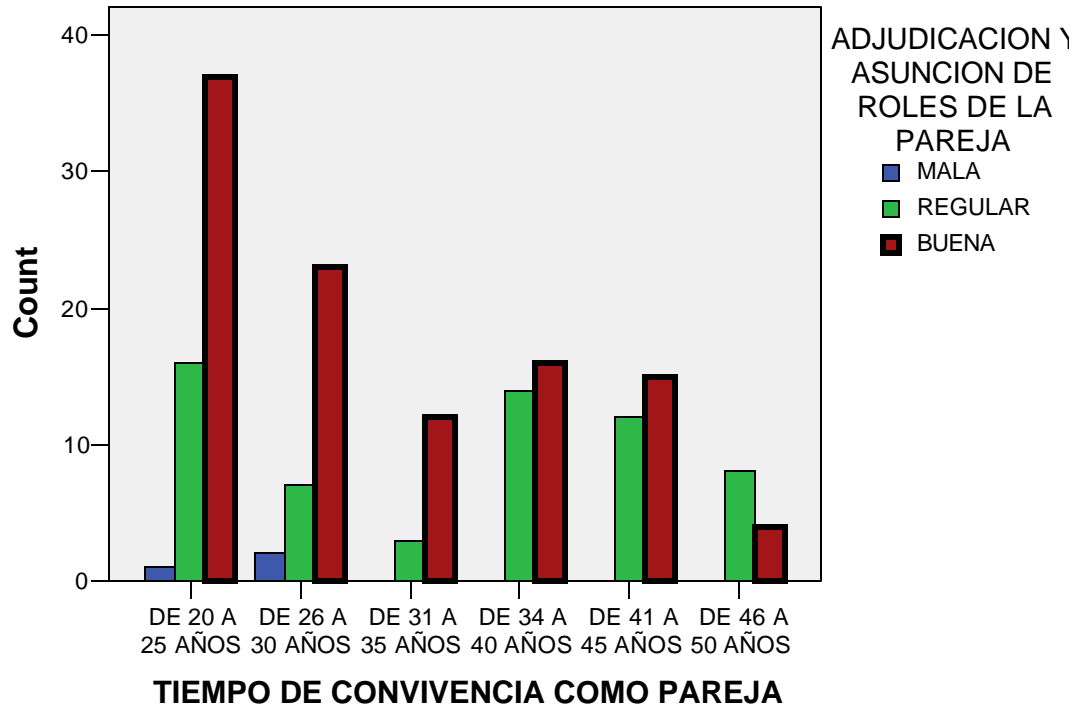
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y ADJUDICACION DE ROLES (GRAFICA 6)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,048(a)	10	,073
Likelihood Ratio	16,995	10	,074
Linear-by-Linear Association	4,099	1	,043
N of Valid Cases	170		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,302			,073
Interval by Interval Pearson's R	-,156	,077	-2,044	,043(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,162	,077	-2,129	,035(c)
N of Valid Cases	170			

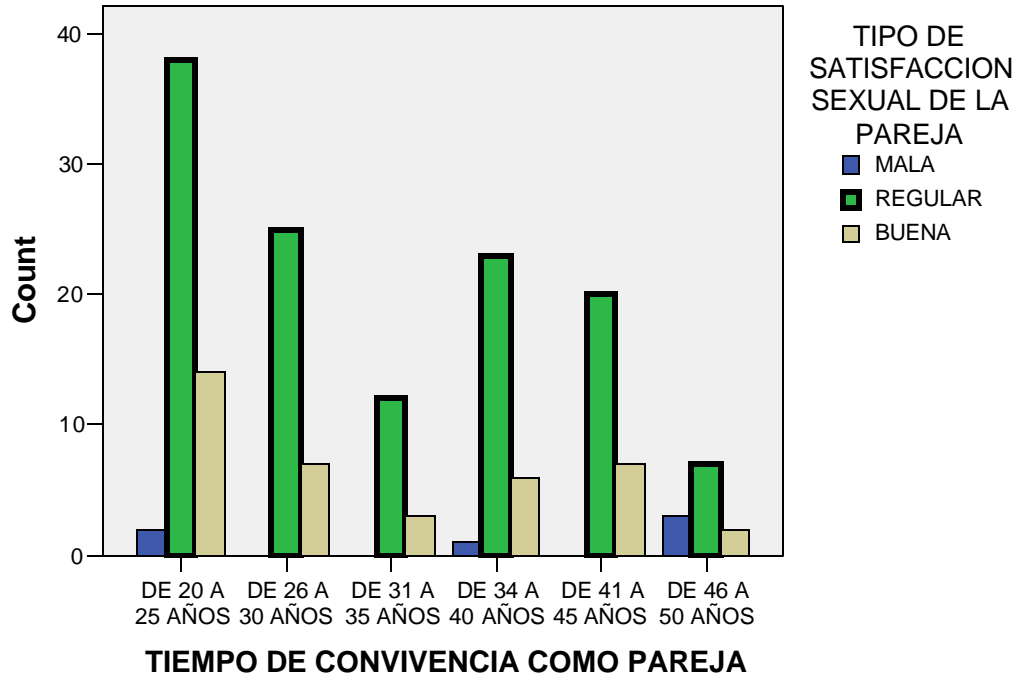
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y SATISFACCION SEXUAL (GRAFICA 7)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,668(a)	10	,033
Likelihood Ratio	13,242	10	,210
Linear-by-Linear Association	1,101	1	,294
N of Valid Cases	170		

a 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,322			,033
Interval by Interval Pearson's R	-,081	,084	-1,050	,295(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,067	,082	-,877	,382(c)
N of Valid Cases	170			

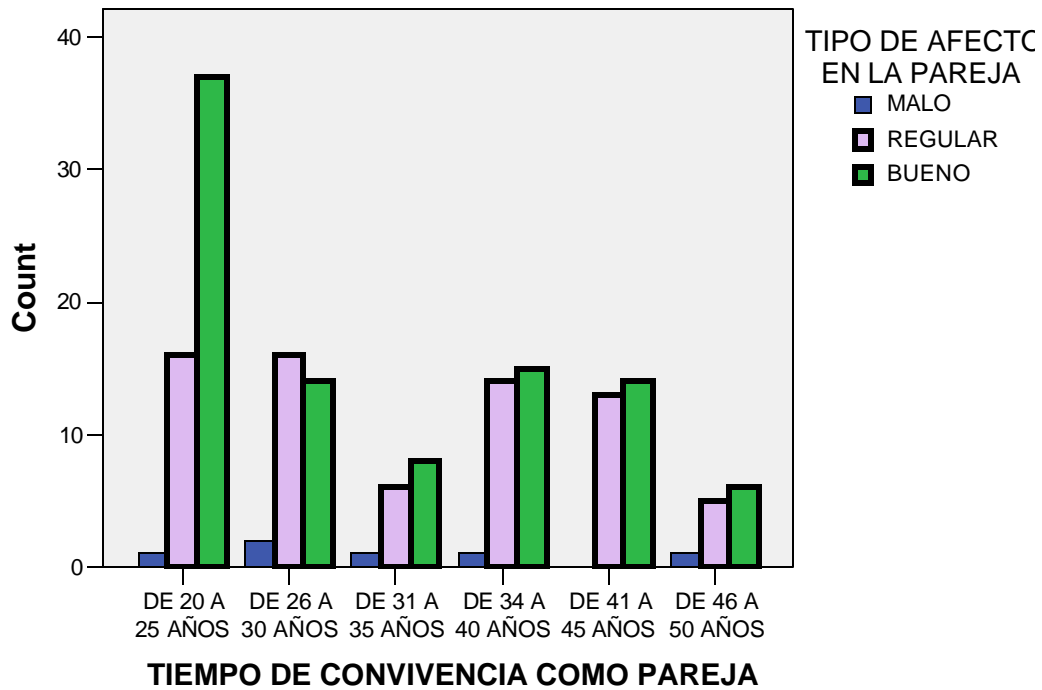
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y TIPO DE AFECTO (GRAFICA 8)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,919(a)	10	,540
Likelihood Ratio	9,603	10	,476
Linear-by-Linear Association	1,750	1	,186
N of Valid Cases	170		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,223			,540
Interval by Interval Pearson's R	-,102	,075	-1,326	,187(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,125	,075	-1,631	,105(c)
N of Valid Cases	170			

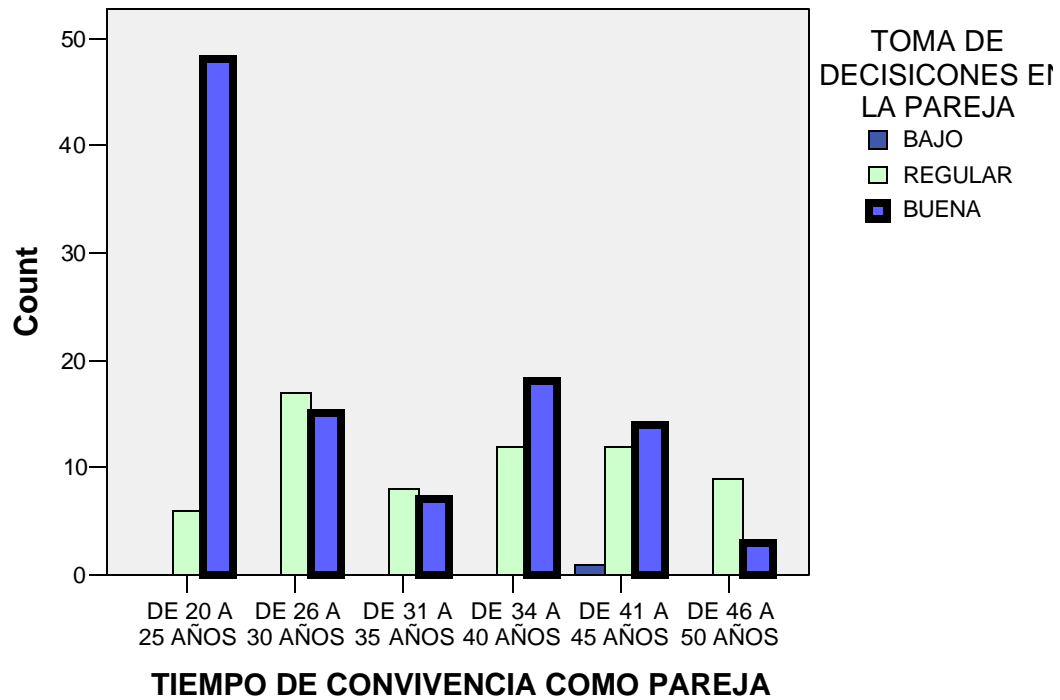
a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation

TIEMPO DE CONVIVENCIA Y TOMA DE DECISIONES (GRAFICA 9)

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,441(a)	10	,000
Likelihood Ratio	35,544	10	,000
Linear-by-Linear Association	17,021	1	,000
N of Valid Cases	170		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,410			,000
Interval by Interval Pearson's R	-,317	,068	-4,338	,000(c)
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,337	,068	-4,647	,000(c)
N of Valid Cases	170			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Evaluación del subsistema conyugal

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
I. Comunicación:			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles:			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual:			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10

IV. Afecto:			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Toma de decisiones:			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

Calificación de la disfunción del subsistema conyugal

0 A 40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 A 70 PAREJA CON DISFUNCIÓN MODERADA

71 A 100 PAREJA FUNCIONAL

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

Lugar y Fecha _____

Nombre _____ No. de Expediente _____, edad _____

Identificado con _____

Nombre del Familiar Responsable _____

Identificado con _____

Representante Legal _____

Identificado con _____

Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimientos que se realizarán en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones y autorizó al personal de salud de este hospital para efectuar

Así como para la atención de contingencias y/o urgencias, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico Tratante
Quién se identifica con

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quién se identifica con

Nombre y Firma del Testigo
Quién se identifica con

Nota. La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente