



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 249 TLAXOMULCO**

**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DISFUNCION ERECTIL
DE LA UMF 226 DEL IMSS EN IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO DE
NOVIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO 2012”**

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

PRESENTA:

MC. ERIKA JIMENEZ GARCIA

ESTADO DE MEXICO, AGOSTO 2012


**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERECTIL
DE LA UMF 226 DEL IMSS EN IXTLAHUACA ESTADO DE MEXICO DE
NOVIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012”**

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

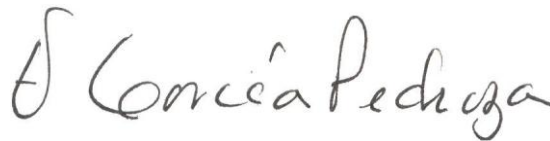
PRESENTA

DRA. ERIKA JIMÉNEZ GARCIA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DISFUNCION ERECTIL
DE LA UMF 226 DEL IMSS EN IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

MC. ERIKA JIMENEZ GARCIA


AUTORIZACIONES



**DRA. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 249; TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO.**



**DRA. BLANCA E. ARIZMENDI MENDOZA.
DIRECTORA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**DR. ARMANDO SALAS ORTIZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD DEL H. G. R. 220**

DEDICATORIA

A DIOS:

Por darme la oportunidad de seguirme superando y darme una gran familia

A OSCAR, EDUARDO E IKER:

Por apoyarme, amarme y hacerme reír en tiempo difíciles. Los amo y son mi razón de seguir adelante.

A MI MAMA:

Por su gran apoyo incondicional, y facilitarme las cosas para lograr esta meta

A MI SUEGRA:

Por ayudarnos y apoyarnos en este proyecto

A MIS PADRINOS:

Por ayudarnos a ser mas fácil el camino

MUCHAS GRACIAS

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	6
II.	MARCO TEORICO	
	CAPITULO 1 FAMILIA Y SUBSISTEMA CONYUGAL.....	7
	CAPITULO 2 DISFUNCION ERECTIL.....	9
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
IV.	JUSTIFICACION.....	19
V.	OBJETIVOS.....	21
VI.	MATERIAL Y METODOS	
	TIPO DE ESTUDIO.....	22
	UNIVERSO DE TRABAJO.....	23
	TAMAÑO DE MUESTRA.....	24
	TIPO DE MUESTREO.....	24
	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	25
	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
	METODO.....	27
VII.	IMPLICACIONES ETICAS.....	32
VIII.	RESULTADOS.....	34
IX.	DISCUSION.....	49
X.	CONCLUSIONES.....	50
XI.	SUGERENCIAS.....	51
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	52
XIII.	ANEXOS.....	54

I. INTRODUCCION

La disfunción eréctil se define como la incapacidad que tiene el hombre para lograr y/o mantener una erección lo suficientemente adecuada para lograr una actividad sexual satisfactoria. La población en México con disfunción eréctil fluctúa en más de 7 millones de hombres. Constituyendo en la actualidad un verdadero problema de salud pública, sus repercusiones en la salud son diversas manifestándose en los ámbitos físico, mental, social y familiar.

El impacto en la vida familiar y de pareja llega a constituir verdaderos problemas en el cumplimiento de sus funciones y roles determinados, siendo el más afectado el subsistema conyugal.

Recordemos que la vida sexual plena con una buena satisfacción influye en la relación de pareja (subsistema conyugal). Por lo que puede reflejar perturbaciones en el subsistema conyugal inicialmente debido al impacto psicológico y funcional del sistema conyugal inicialmente en la satisfacción sexual, comunicación, afecto, toma de decisiones y adjudicación y asunción de roles, ocasionando perturbaciones hacia el resto del grupo familiar.

II. MARCO TEORICO

CAPITULO FAMILIA Y SUBSISTEMA CONYUGAL

La familia se define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad¹.

La familia es un grupo primario y sus características son las características propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en el mismo.

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en lo que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad cada una de las partes ésta dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, características que permite distinguirlas entre sí. Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos subsistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos, se hace necesariamente la participación de los otros dos².

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje es una maquinaria, en dicha composición tenemos: subsistema conyugal (mamá-papá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistemas fraterno (hermanos)³.

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo en la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe en su entorno, mientras que el equilibrio en esta función de la familia se puede alterar por determinadas circunstancias y afectar a la salud de alguno o cada uno de sus integrantes⁴.

La relación de pareja tiene gran importancia para todo el grupo familiar, siendo así el subsistema conyugal otra base importante para la conservación del bienestar entre sus miembros. Los problemas existenciales al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en algunos de sus miembros. La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria⁵.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que éstos se presente y en el momento que se les presente.

Las principales funciones del subsistema conyugal para su evaluación son: adjudicación y asunción de papeles; satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones y comunicación.

En la función de adjudicación y asunción de Roles, la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asumen esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad, Las características que deben evaluarse de esta función son: a) congruencia: La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge; b) satisfacción: Implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado; y c) flexibilidad: Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sea domésticas o de índole laboral.

La función de satisfacción sexual, es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explica la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de 6 a 9 meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. En este rubro la información y la orientación a las parejas resultan siempre tranquilizantes para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges⁶.

La función de afecto, debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para una pareja puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas.

La función de toma de decisiones, es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que éste produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentales; los estilos más frecuentes son: a) toma de decisiones conjunta: Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés; y, b) toma de decisiones individual:

Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.

La función de comunicación, debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como lo señala Watzlawick y cuyas características deben ser: a) que se clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que se dice; b) que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada; y, c) que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Aquí adquieren mucha importancia los gestos y actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice más no diciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia⁶.

Este instrumento aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. Las cuales son: adjudicación y asunción de papeles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones y comunicación. A cada función se le agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, de acuerdo cada una de los 13 items, la respuesta a elegir puede ser una de las tres opciones: nunca, ocasionales o siempre, cada una de, esta respuesta tiene un valor asignado.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se clasifican de la siguiente forma: 40 puntos o menos: parejas gravemente disfuncionales, 41-70 puntos: parejas moderadamente disfuncionales y 71-100 puntos: parejas funcionales⁶.

Al valorar el subsistema conyugal debe recordarse que la existencia de una interacción, no significa necesariamente la alteración del conjunto familiar valorado en su totalidad. En algunas familias uno o ambos padres han desertado en ciertas ocasiones, de sus funciones maritales, por las familias parentales pueden permanecer intactas, totalmente funcionales y sanas. Sin embargo lo más frecuente es que el mal funcionamiento de la pareja refleje resentimiento y malestar hacia el resto del grupo familiar, produciendo entonces, perturbaciones que se manifestarán en la totalidad de la estructura familia⁷.

DISFUNCION ERECTIL (DE)

Es una condición médica que se define como la dificultad para lograr o mantener una erección peneana suficiente para permitir la penetración vaginal y una conclusión satisfactoria del acto sexual⁸.

La disfunción eréctil es un problema de salud de alta prevalencia entre los hombres.

Diversos estudios han mostrado que repercute de forma importante en la disminución de la calidad de vida del varón afectado y su pareja, en áreas como la estabilidad emocional o la felicidad y las relaciones sociales. La experiencia aportada por los pacientes indica también que la disfunción eréctil es un problema de salud que provoca un gran impacto emocional, que afecta a la vivencia de la masculinidad.

Independientemente de la calidad de vida y la autoestima, cada día es más evidente que la disfunción eréctil se puede comportar como síntoma centinela de otras enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, etc.), y que está estrechamente relacionada con la evolución de enfermedades cardiovasculares, pudiendo actuar como marcador de la progresión de la enfermedad. En muchos casos, los mecanismos fisiopatológicos de la disfunción eréctil son comunes a los implicados en la enfermedad vascular. Los hombres con enfermedad coronaria probada tienen una alta incidencia de disfunción eréctil y en algunos, el inicio de la disfunción eréctil anticipa los síntomas y diagnóstico de enfermedad coronaria⁹.

De acuerdo con el Massachusetts Male Aging Study (uno de los primeros estudios no sesgados de gran validez estadística), 52% de hombres mayores de 40 años padecen algún grado de disfunción eréctil; no obstante, los que solicitan atención médica son sólo un porcentaje mucho menor.

En el estudio multinacional de Pfizer sobre prevalencia y correlación de la disfunción eréctil, la prevalencia ajustada a la edad fue de 81% en Japón, 69.8% en Italia, 62.1% en Malasia y 39.9% en Brasil. En China se realizó un estudio que mostró una elevada prevalencia de disfunción eréctil en hombres mayores de 40 años: 40.2% (ajustada a la edad). Asimismo, se realizó un estudio en Viena, Austria, en población general entre 20 y 80 años de edad, donde la prevalencia general fue de 32.2%.

En Latinoamérica se cuenta con datos epidemiológicos sobre disfunción eréctil, como los de un estudio realizado en Brasil, que evaluó la prevalencia y los factores determinantes de la disfunción eréctil en población abierta entre 40 y 70 años de edad, donde se informó una prevalencia de 45.9%¹⁰.

El estudio DENSA efectuado en Venezuela, Ecuador y Colombia, determinó una incidencia de DE en el norte de Sudamérica del 53.4%. Siendo 33% leve, 16% moderada y 4% severa o completa.

En México de acuerdo al estudio de Ugarte y Romano la prevalencia de DE en población mayor de 40 años fue del 55%, observándose que existe una mayor incidencia para la DE leve (37%), disminuyendo de acuerdo al grado de severidad¹¹.

De acuerdo al estudio de Barroso- Aguirre de Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18-40 años en México y factores de riesgo asociados, Reporta una prevalencia de DE en este grupo de edad es importante. El 9.7% de los varones entre 18 y 40 años presenta algún grado de DE. Predomina ampliamente la DE leve¹².

El pene está constituido por tres estructuras cilíndricas: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. Cada una de éstas se encuentra rodeada por la túnica albugínea, una cápsula que permite la expansión del pene, pero dada su naturaleza fibrosa limita su extensión, posibilitando la rigidez durante la erección. Otra membrana fibrosa más externa llamada fascia de Buck, rodea todas estas estructuras.

Los cuerpos cavernosos ocupan la parte dorsolateral del pene y representan el tejido eréctil propiamente dicho. La túnica albugínea a su alrededor está formada por dos capas: una longitudinal externa y una circular interna; esta última proyecta hacia el centro los pilares intracavernosos, formando trabéculas fibrosas distribuidas irregularmente que contienen en su interior múltiples lagunas que reciben la sangre que proporciona la turgencia del pene observada durante la erección; cada cuerpo cavernoso es un conglomerado de sinusoides. El cuerpo esponjoso presenta una estructura distinta y no parece jugar un papel indispensable durante la erección.

El evento inicial para la erección es la estimulación sexual desencadenada por estímulos audiovisuales o cerebrales. Los impulsos cerebrales activan a los centros medulares involucrados con la erección, localizados en las zonas toracolumbar (T11-L2) y sacra (S2-S4). El centro simpático que controla la erección por estimulación psicógena se origina en las raíces nerviosas T11-L2, cuyos impulsos pasan a los ganglios de la cadena simpática. Las fibras simpáticas descienden hasta alcanzar la zona presacra donde forman el plexo hipogástrico inferior que también recibe fibras provenientes del centro parasimpático, originado de las raíces nerviosas de los segmentos S2-S4. De este plexo parten los nervios cavernosos, esponjosos y bulbares. Tanto el sistema simpático como el parasimpático constituyen el componente motor de los estados de flaccidez o de erección.

También se producen erecciones reflejas desencadenadas por estímulos táctiles sobre el área genital, lo cual activa el arco reflejo en las raíces sacras S2-S4. Las ramas sensitivas proceden de abundantes receptores sensoriales localizados en la piel del pene, periné y porción posterior del escroto que envían impulsos aferentes por vía del nervio pudendo y que se conectan en la médula sacra con los nervios eferentes parasimpáticos. Una vez que llegan a los centros medulares, los estímulos aferentes se difunden a zonas superiores en el tálamo y la corteza cerebral para la percepción sensitiva, al tiempo que activan a los núcleos autónomos que a su vez causan la erección peniana a través de los nervios cavernosos. Las ramas motoras nacen del segundo al cuarto segmentos medulares sacros y una parte de ellas forma el nervio dorsal del pene, el cual

inerva a los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso; el primero, importante para producir la fase de erección rígida y el segundo necesario para la eyaculación.

El tercer evento asociado a la erección es la fase de movimientos oculares rápidos durante el sueño, momento en el que se activan neuronas colinérgicas en el segmento lateral de la protuberancia, al tiempo en que se encuentran en reposo las neuronas adrenérgicas del *locus coeruleus* y las neuronas serotoninérgicas del rafe del mesencéfalo.

La respuesta al estímulo sexual es la transmisión nerviosa eferente a través del nervio cavernoso, mediante fibras nerviosas colinérgicas y fibras no adrenérgicas/no colinérgicas. El neurotransmisor de las primeras es acetilcolina, la cual inhibe la liberación de noradrenalina desde las fibras adrenérgicas, al tiempo que estimula a las células endoteliales para liberar óxido nítrico (ON) producido en los vasos sanguíneos a partir de la arginina, reacción desencadenada cuando se incrementa la concentración de calcio intracitoplasmático. El neurotransmisor de las fibras nerviosas no simpáticas/no parasimpáticas es el ON. De esta forma, el ON, proveniente tanto de las células endoteliales como de las fibras nerviosas, difunde a las células musculares de las arteriolas y del cuerpo cavernoso. En las células musculares el ON activa a la guanilatociclasa para formar guanosin monofosfato cíclico (GMPC). Éste activa proteincinasas que fosforilan algunas proteínas y canales iónicos provocando la apertura de canales de potasio, lo que hiperpolariza a la célula, a la vez que bloquea el ingreso de calcio con la consecuente caída en el calcio libre citosólico; entonces, la cinasa se inactiva, la miosina es desfosforilada y se separa del filamento de actina y el músculo se relaja. Consecuentemente, la relajación de las arteriolas permite el ingreso de sangre a los sinusoides que junto a la relajación del músculo de los cuerpos cavernosos causan la erección.

En contraparte, la flaccidez y la detumescencia peniana está mediada por la activación simpática de los receptores α postsinápticos a través de la noradrenalina, el neurotransmisor de las fibras α adrenérgicas localizadas en las trabéculas cavernosas y alrededor de las arterias cavernosas.¹⁶ La noradrenalina activa receptores en el músculo liso incrementando el inositol trifosfato y el diacilglicerol, lo que provoca una elevación transitoria de calcio libre citoplasmático en las células musculares. A concentraciones altas, el calcio se une a la calmodulina y cambia la conformación de ésta, exponiendo sitios de interacción con la cinasa de la cadena ligera de la miosina, conduciendo a la fosforilación de esta proteína y a hidrólisis de ATP, que proporciona la energía para la contracción muscular. El resultado es la flacidez peniana¹³.

Hay muchos factores que pueden alterar la fisiología normal de la erección masculina. La etiología de la disfunción eréctil se divide en:

Orgánica: Ésta se debe a la presencia de factores que condicionan alteraciones vasculares, neurológicas, endocrinas, secundarias a fármacos o por lesiones

locales. Se estima que la organicidad está presente en el 80% de las disfunciones. La enfermedad arteriosclerótica y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, descenso de las lipoproteínas de baja densidad [HDL], tabaco...) condicionan el 40% de los casos; así, es la primera causa de disfunción eréctil². El origen farmacológico es responsable del 25% de los casos. Existe un gran número de fármacos que pueden desencadenar una disfunción eréctil, entre los que destacan los antihipertensivos, los fibratos, los psicofármacos y los anti-H2.

Otras causas orgánicas son los trastornos venosos, las enfermedades endocrinas (hipogonadismo, hiperprolactinemia, hipo/hipertiroidismo), las neuropatías (medulopatías, esclerosis múltiple, neuropatía diabética y alcohólica, Parkinson), los trastornos locales (traumatismos, enfermedad de Peyronie) y las sustancias de abuso (heroína, alcohol...).

Psicógena: Se debe a la inhibición central del mecanismo de la erección (depresión, ansiedad, estrés, problemas de pareja...).

Mixta: Se debe a una combinación de factores orgánicos y mixtos¹⁴.

Existen tres mecanismos básicos que pueden ocasionar DE: 1) incapacidad para iniciar la erección (causa psicógena, endocrina o neurógena); 2) insuficiencia de llenado (arteriódgena), o 3) incapacidad para almacenar un volumen de sangre suficiente en la red lagunar. Estas causas no son excluyentes entre sí, y en muchos pacientes existen múltiples factores que contribuyen a la aparición de DE.

La causa orgánica más frecuente de DE es la alteración de los flujos sanguíneos aferente y eferente del pene. La arteriopatía aterosclerótica o traumática puede disminuir el flujo hacia los espacios lagunares, dando lugar a una rigidez menor y a la necesidad de mayor tiempo para conseguir la erección completa. Un flujo de salida excesivo por las venas, aunque exista un flujo de entrada suficiente, también puede contribuir a la presencia de DE. Esta situación puede deberse a una relajación insuficiente del músculo liso trabecular y puede presentarse en individuos ansiosos con un tono adrenérgico muy alto o en aquéllos que sufren una alteración del flujo de salida parasimpático. Las alteraciones estructurales de los componentes fibroelásticos de los cuerpos pueden producir disminución de la distensibilidad y la imposibilidad de comprimir las venas de la túnica albugínea. Este trastorno puede producirse con el envejecimiento, por el aumento del entrecruzamiento de las fibras de colágena inducido por glucosilación no enzimática, por la hipoxia o por las alteraciones de la síntesis de colágena vinculadas a hipercolesterolemia¹⁵.

En México la hipertensión arterial la prevalencia es del 62% cuando se encuentra acompañada de otras enfermedades, siendo para la disfunción eréctil severa de caso tres veces más que en la hipertensión sola. En las enfermedades cardiovasculares de nuevo se presenta una prevalencia mayor cuando se acompaña de otras entidades con 68%.

Las enfermedades que afectan a la médula espinal sacra o a las fibras autonómicas del pene imposibilitan al sistema nervioso para relajar el músculo liso del pene, originando de este modo DE. En los pacientes con lesión de la médula espinal, el grado de DE depende de la amplitud y del nivel de la lesión. Los pacientes con lesiones incompletas o de la parte superior de la médula espinal tienen más probabilidades de mantener la capacidad de erección que los que sufren lesiones completas o de la parte inferior de la médula espinal. Si bien 75% de los pacientes con lesiones de la médula espinal presenta cierta capacidad eréctil, sólo 25% de ellos tiene erecciones aptas para la penetración. Otros trastornos neurológicos que a menudo se vinculan a DE son la esclerosis múltiple y la neuropatía periférica. La causa de esta última suele ser la diabetes o el alcoholismo. La cirugía de la pelvis puede causar DE por la ruptura de la inervación autónoma.

Los andrógenos aumentan la libido, pero aún no se establece su participación exacta en la función eréctil. Los individuos con valores de testosterona en niveles de castración pueden lograr erecciones mediante estímulos visuales o sexuales. No obstante, los niveles normales de testosterona parecen ser importantes para la función eréctil, en particular en los varones de edad avanzada. El tratamiento de restitución de andrógenos puede mejorar la función eréctil deprimida cuando este estado es consecuencia de hipogonadismo; no es útil cuando la DE conlleva niveles normales de testosterona endógena. El aumento de prolactina disminuye la libido al suprimir la hormona liberadora de gonadotropina (*gonadotropin-releasing hormone*, GnRH) y también origina disminución de los niveles de testosterona. El tratamiento de la hiperprolactinemia con agonistas de la dopamina puede restablecer la libido y los valores de testosterona.

La DE afecta de 35 a 75% de los varones diabéticos. Los mecanismos patológicos guardan relación ante todo con las complicaciones vasculares y neurológicas vinculadas a la diabetes. Las complicaciones macrovasculares de la diabetes se relacionan principalmente con la edad, mientras que las microvasculares vinculan a la duración de la diabetes y al grado de control glucémico. Los diabéticos también tienen cantidades reducidas de sintasa del óxido nítrico en el endotelio y en el tejido nervioso¹⁵.

En México de acuerdo al estudio realizado en tres ciudades reporta que la diabetes mellitus sola o acompañada de otra enfermedad mostraron prevalencias similares, siendo de 77 y 76% respectivamente. Esto es más evidente para el grado de disfunción eréctil severo donde el porcentaje es elevado. Con un aumento de riesgo de caso tres veces para disfunción eréctil al padecer diabetes y de un poco más de dos veces cuando se consumen medicamentos hipoglucemiantes. Los años de padecer diabetes no mostraron aumento de riesgo para desarrollar disfunción eréctil.

Dos mecanismos contribuyen a la inhibición de las erecciones en la DE psicógena. En primer lugar, los estímulos psicógenos de la médula sacra pueden inhibir las respuestas reflexógenas y, con ello, bloquear la activación del flujo de entrada

vasodilatador hacia el pene. En segundo lugar, un exceso de estimulación simpática en el paciente ansioso puede aumentar el tono del músculo liso del pene. Las causas más frecuentes de DE psicógena son la angustia por el desempeño, la depresión, los problemas de relación, la pérdida de la atracción, la inhibición sexual, los conflictos relacionados con las preferencias sexuales, abuso sexual en la infancia y el miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual. Casi todos los pacientes con DE, incluso cuando existe una base orgánica evidente, presentan un componente psicógeno por reacción a la disfunción eréctil¹⁵.

La DE psicógena pura se ha calculado entre 10 y 30%. La depresión se relaciona a la DE debido a la disminución de la producción de la testosterona, y aún más importante, a la terapéutica para la misma, como también a la inhibición del reflejo parasimpático desfavoreciendo el flujo arterial. En 50 a 90% de los casos de depresión se ha observado desinterés sexual, y en 70% de pacientes menores de 35 años con trastornos depresivos mayores existe DE¹². En el estudio de MMAS se observó que cambios como la supresión de la expresión de la agresividad y relaciones interpersonales inadecuadas son factores de riesgo para DE. De acuerdo al estudio de prevalencia de disfunción eréctil en México los sujetos con depresión, la prevalencia de DE fue de 60% y se observó que cuando se acompaña de otras enfermedades la prevalencia de DE severa es de 24%.

Se calcula que la DE inducida por fármacos afecta a 25% de los varones que reciben atención ambulatoria. Entre los antihipertensivos, los que con mayor frecuencia se han vinculado a DE son los diuréticos tiazídicos y los betabloqueantes. Con menor frecuencia se cita a los antagonistas del calcio y a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Estos fármacos pueden actuar de forma directa en el organismo (p. ej., los antagonistas del calcio) o de modo indirecto reduciendo la presión arterial pélvica, que es importante en el desarrollo de la rigidez del pene. Es menos probable que los alfabloqueantes causen DE. Los estrógenos, los agonistas de la GnRH, los antagonistas H2 y la espirolactona producen DE impidiendo la producción de gonadotropina o bloqueando la acción andrógena. Los antidepresivos y antipsicóticos (en particular los neurolepticos, los tricíclicos y los SSRI) se asocian con problemas en la erección, la eyaculación, el orgasmo y el deseo sexual. Muchos fármacos pueden producir DE, pero los pacientes suelen presentar factores de riesgo concomitantes que confunden el cuadro clínico. En los casos en que exista un vínculo evidente entre el inicio del tratamiento con un fármaco y la aparición de DE, deben considerarse fármacos alternativos. Por otro lado, suele ser práctico tratar la DE sin cambiar mucho de medicamentos, ya que puede resultar difícil establecer la relación causal de un fármaco¹⁵.

Los estilo de vida como el cigarrillo es factor de riesgo indirecto a largo plazo por la afectación a nivel cardiovascular relacionada con el proceso aterosclerótico y la inducción de vasoconstricción e insuficiencia venosa en el pene pero también se ha vinculado con procesos agudos de DE producto de la depleción de óxido nítrico en el pene necesario para la erección, debido a la producción de

carboxihemoglobina cuyo sustrato es el monóxido de carbono del cigarrillo, dando lugar a hipoxia tisular en la vasculatura del pene. En un estudio se observó reversibilidad de la DE después de 24 horas de supresión del hábito de fumar. Historia de 5, 10, 20 paquetes/año se asocia a 15, 20 y 70% de incidencia de enfermedad arterial oclusiva en la arteria peniana común. El alcohol en pequeñas cantidades mejora las erecciones e incrementa la libido debido a su efecto vasodilatador y supresor de ansiedad, pero grandes cantidades producen sedación central, disminución de la libido y DE transitoria.

Con el envejecimiento disminuye la habilidad para lograr erecciones a través de fantasías sexuales y la erección se hace más lenta. Otro cambio relacionado con el envejecimiento es la prolongación del período refractario. Según Masters y Jonson el intervalo oscila de 30 minutos en los jóvenes hasta días en los octogenarios. Los niveles de testosterona disminuyen progresivamente con la edad. El hombre maduro tiene una mayor labilidad en la concentración en el momento del acto sexual, de manera que cualquier estímulo externo lo desconcentra y pierde fácilmente la erección. Además se señala en estas personas disminución de la libido y desórdenes eyaculatorios, así como la necesidad de una mayor estimulación directa genital para lograr una erección efectiva.

La DE relacionada a la edad, se ha asociado al aumento del período latente entre el estímulo sexual y la erección, erecciones menos rígidas, eyaculaciones más débiles, disminución del volumen de eyaculado y aumento del período refractario entre las erecciones. No se debe dejar de lado la asociación de estados comórbidos en edades avanzadas y el uso de diversos medicamentos.

Las pruebas de diagnóstico específicas incluyen:

El Test de Tumescencia Peneana Nocturna, confirma la pérdida de función eréctil, en aquellos pacientes que refieren ausencia total de erecciones. Durante el sueño REM el hombre presenta entre 3-5 erecciones por noche que duran, 25-30 minutos. Es el método más sensible para determinar afección del aparato contráctil (causa orgánica). Es un método muy caro y requiere que el paciente duerma tres noches en un laboratorio, con monitoreo de EEG Y EMG¹⁶.

Estudios vasculares como: inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos, ecografía Doppler de las arterias cavernosas, cavernosografía/cavernosometría con infusión, y arteriografía de la arteria pudenda interna. Estudios neurológicos (p. ej., latencia del reflejo bulbo cavernoso, estudios de conducción nerviosa). Estudios endocrinológicos y evaluación psicodiagnóstica especializada¹⁷.

El cuestionario de Satisfacción con la Vida de Fugl-Meyer et al o LISAT 8 es un *checklist* o inventario, desarrollado para evaluar la satisfacción con la vida de población adulta sometida a programas de rehabilitación y que, posteriormente, ha sido validado en varones con DE. Durante la validación y adaptación cultural al español, se observó que la dimensión satisfacción con la vida afectiva o emocional

(preguntas dos y tres del instrumento) podrían mostrar buenas propiedades clinimétricas para ser utilizada como instrumento o variable subrogada de cribado de DE. La sensibilidad es del 87% y una especificidad del 84%¹⁸.

El cuestionario FAME (Female Assesment of Male Erectile Dysfunction Detection Scale) consiste en poder facilitar la detección de la Disfunción Eréctil. Actualmente, a pesar de estar documentada una muy alta prevalencia de la DE. El cuestionario FAME consiste en 6 preguntas, las cuales se responden de acuerdo a 5 opciones que se califican de 1 a 5. La suma total de las calificaciones da un máximo de 30 y un mínimo de 5. Cuando la suma es menor o igual a 24, la persona sobre la que se responde tiene una altísima probabilidad de tener Disfunción Eréctil. La sensibilidad de la prueba 96% y una especificidad del 86%¹⁹.

El Índice Internacional de disfunción eréctil abreviado (IIEF-5) es un cuestionario de cinco preguntas desarrollado a partir Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), siendo una versión abreviada del mismo y que facilita su utilización en la atención primaria en salud. Su sensibilidad se ha estimado en 98% y su especificidad en 88% y su utilidad es como instrumento diagnóstico.

El instrumento de índice internacional de función eréctil (IIEF-5) el cual cuenta con un total de 5 ítems, el cual se contesta con una X la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses.

Ese instrumento se califica con un rango de puntuación, oscila entre 5 y 25 puntos, considerando el punto de corte óptimo en 21. La Disfunción eréctil se puede clasificar en cinco categorías¹⁹: 5-7 puntos severa; 8-11 puntos moderada; 12-16 puntos de media a moderada; 17-21 puntos media; y 22-25 puntos no sufre de disfunción eréctil²⁰.

Los exámenes paraclínicos básicos que se deben ordenar de rutina en la primera consulta incluyen: hematología completa, glicemia, BUN, creatinina, colesterol total y fraccionado, TAG, testosterona libre y prolactina. Las pruebas de funcionalismo hepático y las hormonas tiroideas se ordenan si el interrogatorio y el examen físico nos indica que puede existir alguna alteración de estos parámetros²¹.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. Siendo el problema sexual más común entre las causas de disfunción sexual. El impacto de esta enfermedad en la vida familiar y de pareja llega a constituir verdaderos problemas en el cumplimiento de sus funciones y roles determinados.

Es una enfermedad que disminuye notablemente la calidad de vida de quien la padece y de su pareja, afectando inicialmente al subsistema conyugal, y posteriormente la familia.

En México no contamos con ningún estudio en el cual nos indique el grado de funcionalidad conyugal de acuerdo al grado de disfunción eréctil a pesar de que esta enfermedad tiene una prevalencia del 55% en los hombres mayores del 40 años y del 9.7% entre hombres de 18 a 40 años de edad. Por lo que es importante investigar el grado de afectación de la funcionalidad conyugal en las parejas que padecen de este problema de salud.

¿Cuál es la funcionalidad conyugal en pacientes con disfunción eréctil de la UMF 226 del IMSS en Ixtlahuaca, Estado de México?

IV. JUSTIFICACION

Con frecuencia, la disfunción sexual suele ser un tema tabú. En la mayoría de los países, es difícil que los varones saquen el tema de la disfunción eréctil. A pesar que de acuerdo a los resultados del MMAS (Massachusetts Male Aging Study) en el que sugiere que cerca de 30 millones de personas en los Estados Unidos y de 100 millones de personas en el mundo entero sufren de disfunción eréctil.

De acuerdo al estudio realizado por Ugarte y Romano en el 2001, la prevalencia de disfunción eréctil fue del 55% en hombres mayores de 40 años o más padecen algún grado de disfunción eréctil. Si tomamos en cuenta que de acuerdo a INEGI hay 10 y medio millones de hombres mayores de 44 años que, estamos hablando de que aproximadamente 6 millones de mexicanos sufren de algún grado de disfunción eréctil. Mientras que la prevalencia de disfunción eréctil de entre 18 y 40 años de edad fue de 9.7% de acuerdo al estudio realizado por Barroso Aguirre, y de acuerdo a INEGI hay 18 millones de hombres entre los 19 y 44 años de edad que, por lo que podríamos hablare de aproximadamente 1 millón y medio de mexicanos que sufren disfunción eréctil. Por lo que podríamos hablar de 7 millones de mexicanos con esta patología y la mayoría sin un diagnostico, ni tratamiento.

En México solo se cuenta con un estudio que estudia el Impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético en la que se establecer que existe una alta frecuencia de disfunción eréctil en el paciente diabético tipo 2 con predominio del grado leve. Se logró la identificación de la disfunción conyugal, teniendo en su mayoría a la categoría de moderada. La presentación de la disfunción eréctil leve, al igual que la moderada se dio en mayor porcentaje en la categoría de funcionalidad conyugal.

Recordemos que la vida sexual plena con una buena satisfacción influye en la relación de pareja (subsistema conyugal). Por lo que puede reflejar perturbaciones en el subsistema conyugal inicialmente debido al impacto psicológico y funcional del sistema conyugal inicialmente en la satisfacción sexual, comunicación, afecto, toma de decisiones y adjudicación y asunción de roles, ocasionando perturbaciones hacia el resto del grupo familiar.

El impacto de la disfunción eréctil en la vida familiar y de pareja llega a constituir verdaderos problemas en el cumplimiento de sus funciones y roles determinados.

Este trabajo nos ayudara identificar a los hombres con disfunción eréctil y su grado de funcionalidad conyugal, nos permitirá dar un diagnostico de esta patología, y otorgar un tratamiento oportuno para tener una vida sexual plena, y mejorar la

relación conyugal. Por lo que justifica el presente trabajo para disminuir los problemas ocasionados por esta patología.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad conyugal en pacientes con disfunción eréctil en la UMF 226 del IMSS en Ixtlahuaca, Estado de México de noviembre del 2011 a febrero del 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar a los pacientes de acuerdo al grupo de edad que participaron en el estudio.
2. Conocer a los pacientes con disfunción eréctil mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), para la evaluación de la disfunción eréctil en la UMF 226 del IMSS.
3. Determinar los grados de disfunción eréctil de más afectación de acuerdo a grupo de edad.
4. Evaluar la funcionalidad del sistema conyugal mediante el instrumento de evaluación del subsistema conyugal.

VI. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo (de acuerdo al periodo que se capta la información) toda la información se analizara de acuerdo a los criterios y fines específicos de la investigación.

Transversal (de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado): se miden una sola vez las variables, no se pretende evaluar la evolución de las unidades.

Descriptiva (De acuerdo a la comparación de las poblaciones): solo se cuenta con una población.

Observacional: (De acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que analiza): el investigador solo puede describir o medir el fenómeno.

UNIVERSO DE TRABAJO

POBLACION

Pacientes masculinos mayores de 20 años con pareja estable que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar de turno matutino y vespertino.

LIMITE DE TIEMPO

Dentro de los meses comprendidos del 01 de noviembre al 31 de diciembre del 2011.

LIMITE DE ESPACIO

Unidad de Medicina Familiar No 226, Ixtlahuaca Estado de México. Poniente Delegación 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculará mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = Z^2 \frac{Npq}{i^2(N-1) + Z^2pq}$$

Donde:

n = número de la muestra

N = Total de la población 1689

z = Es la constante cuya seguridad es del 95% y su valor es de 1.96

p = Es la proporción esperada y su valor es del 5%, es decir 0.05

q = Es 1-p en este caso es de 0.95

i = Es el margen de error 10% (0.1)

Resultado:

n = 164

Se utilizará la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar pacientes masculinos mayores de 20 años con pareja estable que acudan al servicio de la consulta externa en ambos turnos de la UMF 226 en el periodo de 01 de noviembre al 31 de diciembre del 2011, los cuales cumplan con los criterios de inclusión, no inclusión y eliminación.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Paciente derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 226.
- Pacientes que sean diagnosticados con disfunción eréctil y que sufran esta patología y que asistan a la consulta externa de medicina familiar.
- Hombres mayores de 20 años con pareja estable que acepten participar en el estudio y que firmen la hoja de consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes con enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes que tengan el diagnostico de Diabetes mellitus.
- Pacientes que no desearon contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no terminaron de contestar los cuestionarios (función eréctil y función conyugal).

VARIABLES

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: “Pacientes con disfunción eréctil” y “Edad”

Variable dependiente: “Funcionalidad conyugal”

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLE:

Variable independiente: aleatoria, nominales, discreta infinitas.

Variable dependiente: aleatorias, nominales, discreta infinitas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde que nació.	Clasificación de la edad en décadas.	CONTINUA	1= 20-29 años 2= 30-39 años 3=40-49 años 4= 50-59 años 5= 60-69 años 6= 70- 79 años 7= más de 80 años	CUANTITATIVA
Funcionalidad conyugal:	Las funciones específicas del subsistema conyugal se enfocan a: adjudicación y asunción de roles; satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones y comunicación.	Clasificar la funcionalidad conyugal mediante el instrumento de evaluación del subsistema conyugal.	ORDINAL	Pareja gravemente disfuncional (40 PUNTOS), Pareja moderadamente disfuncional (41-70), Pareja funcional (71-100)	CUALITATIVA
Pacientes con disfunción eréctil	Es la incapacidad de obtener y mantener una erección del pene suficiente para realizar un acto sexual satisfactorio.	Detectadas por el índice internacional de función eréctil (IIEF-5).	ORDINAL	Severa (5-7), Moderada (8-11), De media a moderada (12-16), Media (17-21), No sufre disfunción eréctil (22-25).	CUALITATIVA

METODO

La investigación se dirigió a determinar la funcionalidad conyugal en pacientes con disfunción eréctil en la UMF 226 del IMSS en Ixtlahuaca, Estado de México, y se realizó a todos los pacientes mayores de 20 años que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para dicha investigación.

Se entrevistó al investigador con los paciente que cumplieron con los criterios de inclusión ya establecidos para la investigación, y se aplicaron de manera individual registrando todos los datos requeridos en el instrumento, contestándose todas la preguntas en una sola sesión, se hizo mención a cada uno de los derechohabientes sujetos de estudio de la finalidad de la investigación y el carácter confidencial de la misma y que los datos obtenidos sólo serán tomados para fines de investigación, por lo que se les dio a firmar el formato de consentimiento informado, y los que firmen dicho consentimiento se les aplico los dos instrumentos que permitieron obtener la información para poder cumplir con los objetivos general y específicos planteados para la presente investigación.

El instrumento de funcionalidad conyugal cuenta con un total de 13 ítems, y aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

FUNCIONES	PARAMETROS	CLASIFICACION ASIGNADA	%
1. Comunicación	Clara	10	30%
	Directa	10	
	Congruente	10	
2. Adjudicación y asunción de papeles	Congruencia	5	15%
	Satisfacción	5	
	Flexibilidad	5	
3. Satisfacción Sexual	Frecuencia	10	20%
	Satisfacción	10	
4. Afecto	Manifestación física.	5	20%
	Calidad de convivencia.	5	
	Interés por el desarrollo de la pareja.	5	
	Reciprocidad	5	
5. Toma de decisiones	Conjunta	15	15%
TOTAL		100	100%

Se contesta colocando una "X" en la respuesta en la que el entrevistado considere más acorde.

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
1.- Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.			
2.-La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.			
3.- Existe congruencia entre la comunicación verbal			

y lo realizado.			
4.- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican.			
5.- Son satisfactorios los papeles que asume la pareja.			
6.- Se propicia el intercambio de papeles entre pareja.			
7.- Es satisfactoria la frecuencia de relaciones sexual.			
8.- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.			
9.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.			
10.- El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.			
11.- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.			
12.- Perciben que son queridos por su pareja.			
13.- Las decisiones importantes para apareja se toman conjuntamente.			

ESCALA EVALUATIVA

La respuesta a elegir puede ser una de las tres opciones: nunca, ocasionales o siempre y cada una de esta respuesta tiene un valor asignado como se indica a continuación:

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
COMUNICACIÓN			
1.- Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.	0	5	10
2.- La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
3.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.	0	5	10
ADJUDICACIÓN DE PAPELES			
4.- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5
5.- Son satisfactorios que los papeles que asume la pareja.	0	2.5	5
6.- Se propicia el intercambio de papeles entre pareja.	0	2.5	5
SATISFACCIÓN SEXUAL			
7.- Es satisfactoria la frecuencia de relaciones sexuales.	0	5	10
8.- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
AFECTO			
9.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5
10.- El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
11.- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0	2.5	5
12.- Perciben que son queridos por su pareja.	0	2.5	5
TOMA DE DECISIONES			

13.- Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15
TOTAL			

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

40 puntos	Pareja gravemente disfuncional
41-70 puntos	Pareja moderadamente disfuncional
71-100 puntos	Pareja funcional

El instrumento de índice internacional de función eréctil (IIEF-5) el cual cuenta con un total de 5 ítems, el cual se contesta con una X la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses.

Es preciso hacer dos aclaraciones:

* El acto sexual se define como la penetración de la pareja.

* La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

1. ¿Cómo clasificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?

<input type="checkbox"/>	Muy baja
<input type="checkbox"/>	Baja
<input type="checkbox"/>	Moderada
<input type="checkbox"/>	Alta
<input type="checkbox"/>	Muy alta

2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

<input type="checkbox"/>	Nunca / Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre / Siempre

3. Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

<input type="checkbox"/>	Nunca / Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre / Siempre

4. Durante el acto sexual, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?

	Extremadamente difícil
	Muy difícil
	Difícil
	Ligeramente difícil
	No difícil

5. Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

	Nunca / Casi nunca
	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
	Casi siempre / Siempre

El cual se le dará una puntuación a cada una de las respuestas como a continuación se señala:

1. ¿Cómo clasificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?

1	Muy baja
2	Baja
3	Moderada
4	Alta
5	Muy alta

2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

1	Nunca / Casi nunca
2	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
5	Casi siempre / Siempre

3. Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

1	Nunca / Casi nunca
2	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)

5	Casi siempre / Siempre
---	------------------------

4. Durante el acto sexual, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?

1	Extremadamente difícil
2	Muy difícil
3	Difícil
4	Ligeramente difícil
5	No difícil

5. Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

1	Nunca / Casi nunca
2	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
3	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
4	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
5	Casi siempre / Siempre

Ese instrumento se califica con un rango de puntuación oscila entre 5 y 25 puntos, considerando el punto de corte óptimo en 21. La Disfunción eréctil se puede clasificar en cinco categorías:

5-7 puntos	Severa
8-11 puntos	Moderada
12-16 puntos	De media a moderada
17-21 puntos	Media
22-25 puntos	No se sufre de disfunción eréctil



VII. IMPLICACIONES ETICAS

En este estudio de investigación está sujeto a normas éticas para su elaboración, donde se promueve el respeto a los derechos humanos de los sujetos que participan en el mismo.

Se trata de un estudio Observacional, donde no se realizara ningún tipo de intervención sobre la integridad física, psicológica y/o moral de los participantes.

- **Ley General de Salud**

1. Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.
2. Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ellas.
3. Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y
4. Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a la salud de las personas.

- **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

Recomendaciones para guiar a los investigadores en materia de Investigación Biomédica en seres humanos. Adaptación por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

- **Declaración de Ginebra**

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional de ética Médica se declara que:

“El médico debe actuar solamente en interés del paciente el proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel”.

El propósito de la investigación Biomédica en seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y la

comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades.

La asociación Médica Mundial redactó recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación biomédica en seres humanos. Los médicos no están exentos de las responsabilidades penales, civiles y éticas bajo la ley de sus propios países.

VIII. RESULTADOS

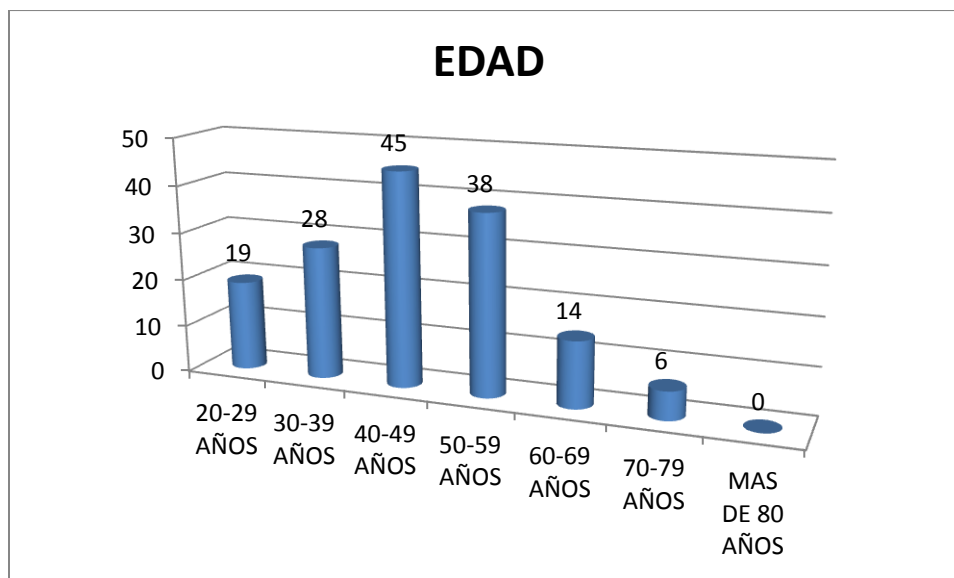
Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la UMF 226 del IMSS donde se aplicaron los instrumentos: Evaluación del Subsistema Conyugal y el Índice Internacional de Función Eréctil a 150 derechohabientes mayores de 20 años con pareja estable. La edad se agrupó por decenios, el de mayor frecuencia fue de 40-49 años con un 30.0%; con una edad máximo de 74 años y un mínimo de 20 años (media de 45.29 + 12.52, mediana de 44, moda de 51). Tabla 1 y Gráfico 1.

TABLA 1. Distribución de frecuencia de la población por Edad de los Pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	20-29	19	12.7	12.7	12.7
	30-39	28	18.7	18.7	31.3
	40-49	45	30.0	30.0	61.3
	50-59	38	25.3	25.3	86.7
	60-69	14	9.3	9.3	96.0
	70-79	6	4.0	4.0	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 1. Distribución de frecuencia de la población por Edad de los Pacientes.



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

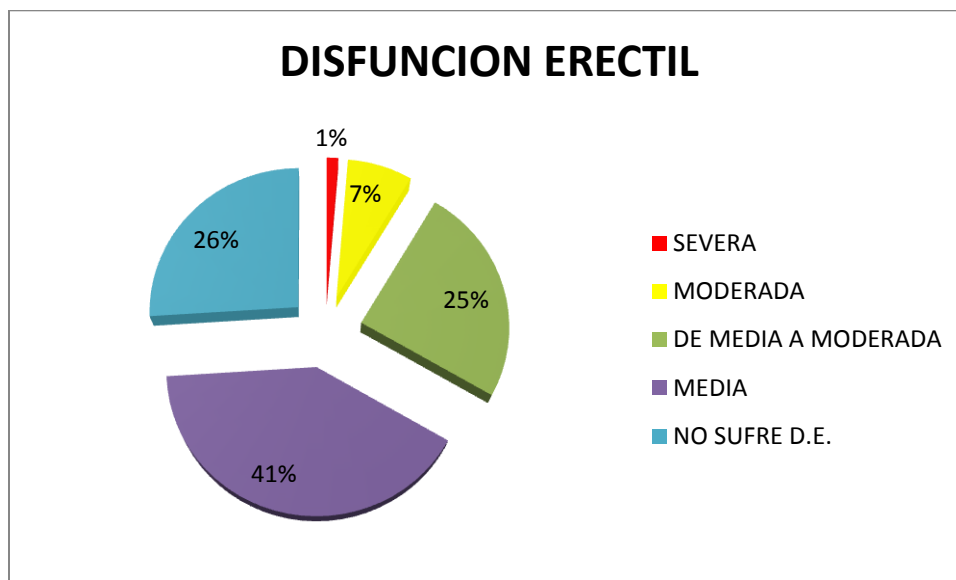
Se observo que de acuerdo al grado de Disfunción Eréctil, se encontró severa con el 1.3%, moderada 7.3%, de media a moderada 24.7%, media 40.7% y; no sufre disfunción eréctil 26%. Por lo que nos dio una prevalencia general de disfunción eréctil para del 74%. Tabla 2 y Grafico 2

TABLA 2. Distribución de Disfunción Eréctil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos NO SUFRE DE DISFUNCION ERECTIL	39	26.0	26.0	26.0
MEDIA	61	40.7	40.7	66.7
MEDIA A MODERADA	37	24.7	24.7	91.3
MODERADA	11	7.3	7.3	98.7
SEVERA	2	1.3	1.3	100.0
Total	150	100.0	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 2. Distribución de Disfunción Eréctil



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

De acuerdo a la edad de los pacientes y la disfunción eréctil, se encontró que entre los 20-29 años de edad no sufren de disfunción eréctil el 3.3%, media del 6%, de media a moderada el 2%, moderada el 1.3%. De 30-39 años de edad el 9.3% no sufrían de disfunción eréctil, el 3.3% media, el 5.3 % de media a moderada, y el 0.7% severa. De los 40-49 años el 4.7% no sufren de disfunción eréctil, el 14% media, el 8.7% de media a moderada, y el 2.7% moderada. Entre los 50-59 años de edad no sufren de disfunción eréctil el 4.7%, media el 13.3%, de media a moderada el 4% moderada el 2%, severa 1.3%. entre los 60-69 años de edad no sufren de disfunción eréctil el 2%, media 3.3%, de media a moderada el 3.3%, moderada el 0.7%. y de los 70-79 años el 2% no sufre de disfunción eréctil, el 0.7% media, y el 1.3% de media a moderada. Tabla 3 y Grafico 3

Del 100% de los paciente de 20-29 años y su relación con la disfunción eréctil, el 26.3% no sufre de disfunción eréctil, el 47.4% media, el 15.8% de media a moderada, 10.5% moderada. Del 100% de los pacientes entre 30-39 años y su relación con la disfunción eréctil, el 50% no sufren de disfunción eréctil, 17.9% media, 28.6% de media a moderada, y el 3.6% moderada. Del 100% de los pacientes de 40-49 años de edad el 15.6% no sufre de disfunción eréctil, el 46.7% media, el 28.9% de media a moderada, y 8.9% moderada. Del 100% de los pacientes de 50-59 años de edad el 18.4% no sufre de disfunción eréctil, el 52.6% media, el 15.8% de media a moderada, el 7.9% moderada, y 5.3% severa. Del 100% de los pacientes entre 60-69 años de edad el 21.4% no sufre de disfunción eréctil, el 35.7% media, el 35.7% de media a moderada, y el 7.1% moderada. Del 100% de los paciente de 70-79 años de edad el 50% so sufre de disfunción eréctil, el 16.7% media, y el 33.3% de media a moderada. Grafico 4

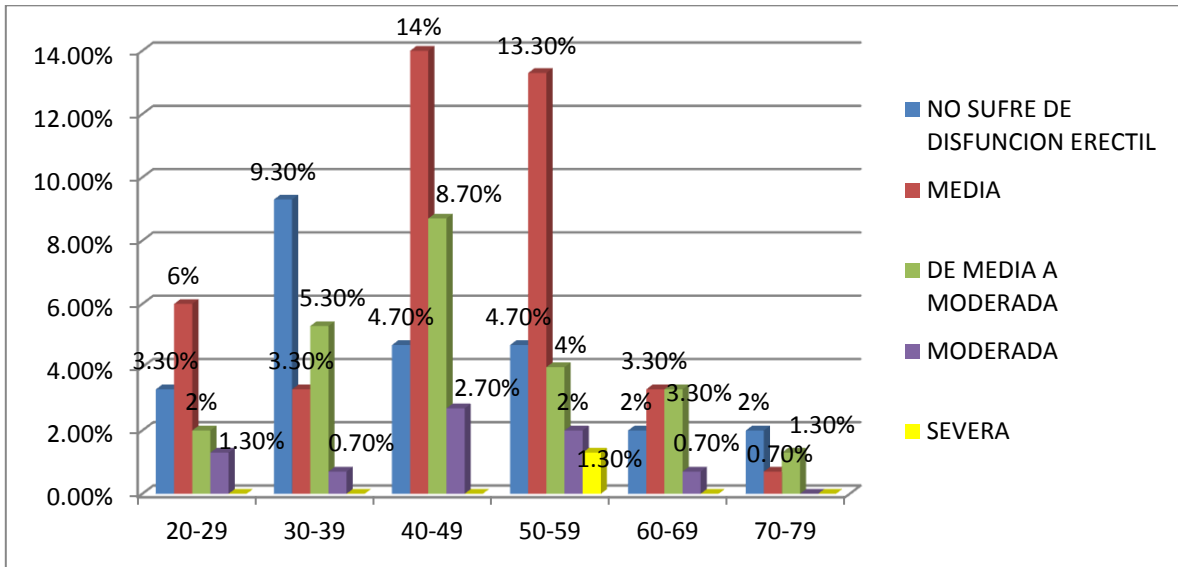
Del 100% de los pacientes que no sufre de disfunción eréctil el 12.8% es de 20-29 años, el 35.9% de 30-39 años, el 17.9% de 40-49 años, 17.9% de 50-59 años, 7.7% de 60-69 años, 7.7% de 70-79 años. Del 100% de los paciente con disfunción eréctil media el 14.8% es de 20-29 años, el 8.2% de 30-39 años, 34.4% de 40-49 años, 32.8% de 50-59 años, 8.2% de 60-69 años, y 1.6% de 70-9 años. Del 100% de los pacientes con disfunción eréctil de media a moderada el 8.1% es de 20-29 años, el 21.6% de 30-39 años, 35.1% de 40-49 años, 16.2% de 50-59 años, 13.5% de 60-69 años, y el 5.4% de 70-79 años. Del 100% de los pacientes con disfunción eréctil de moderada el 18.2% es de 20-29 años, el 9.1% de 30-39 años, el 36.4% de 40-49 años, el 27.3% de 50-59 años, y el 9.1% de 60-69 años de edad. De los pacientes con disfunción eréctil severa el 100% son de 40-49 años de edad. Grafico 5

TABLA 3. Distribución de pacientes de acuerdo a la Edad de los Pacientes y la Disfunción eréctil

			DISFUNCION ERECTIL					Total
			NO SUFRE DE DISFUNCION ERECTIL	MEDIA	MEDIA A MODERADA	MODERADA	SEVERA	
Edad de los Pacientes	20-29	Recuento	5	9	3	2	0	19
		% dentro de Edad de los Pacientes	26.3%	47.4%	15.8%	10.5%	.0%	100.0%
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	12.8%	14.8%	8.1%	18.2%	.0%	12.7%
		% del total	3.3%	6.0%	2.0%	1.3%	.0%	12.7%
	30-39	Recuento	14	5	8	1	0	28
		% dentro de Edad de los Pacientes	50.0%	17.9%	28.6%	3.6%	.0%	100.0%
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	35.9%	8.2%	21.6%	9.1%	.0%	18.7%
		% del total	9.3%	3.3%	5.3%	.7%	.0%	18.7%
	40-49	Recuento	7	21	13	4	0	45
		% dentro de Edad de los Pacientes	15.6%	46.7%	28.9%	8.9%	.0%	100.0%
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	17.9%	34.4%	35.1%	36.4%	.0%	30.0%
		% del total	4.7%	14.0%	8.7%	2.7%	.0%	30.0%
50-59	Recuento	7	20	6	3	2	38	
	% dentro de Edad de los Pacientes	18.4%	52.6%	15.8%	7.9%	5.3%	100.0%	
	% dentro de DISFUNCION ERECTIL	17.9%	32.8%	16.2%	27.3%	100.0%	25.3%	
	% del total	4.7%	13.3%	4.0%	2.0%	1.3%	25.3%	
60-69	Recuento	3	5	5	1	0	14	
	% dentro de Edad de los Pacientes	21.4%	35.7%	35.7%	7.1%	.0%	100.0%	
	% dentro de DISFUNCION ERECTIL	7.7%	8.2%	13.5%	9.1%	.0%	9.3%	
	% del total	2.0%	3.3%	3.3%	.7%	.0%	9.3%	
70-79	Recuento	3	1	2	0	0	6	
	% dentro de Edad de los Pacientes	50.0%	16.7%	33.3%	.0%	.0%	100.0%	
	% dentro de DISFUNCION ERECTIL	7.7%	1.6%	5.4%	.0%	.0%	4.0%	
	% del total	2.0%	.7%	1.3%	.0%	.0%	4.0%	

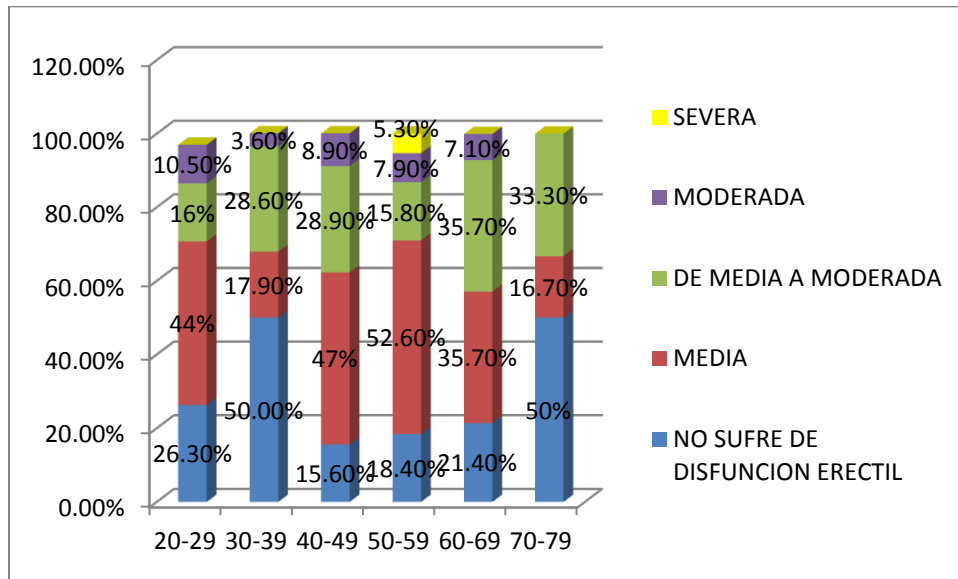
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICA 3. Distribución de pacientes de acuerdo a la Edad de los Pacientes y la Disfunción eréctil



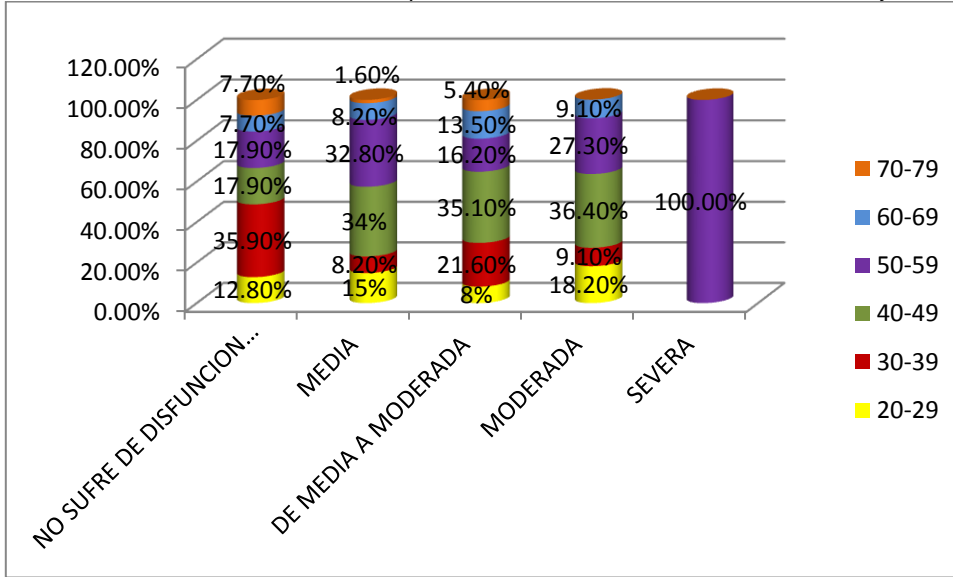
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICA 4. Distribución de 100% de pacientes de acuerdo a grupo de Edad de los Pacientes y la Disfunción eréctil



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICA 5. Distribución de 100% de pacientes de acuerdo a la Disfunción eréctil y el Grupo de Edad



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

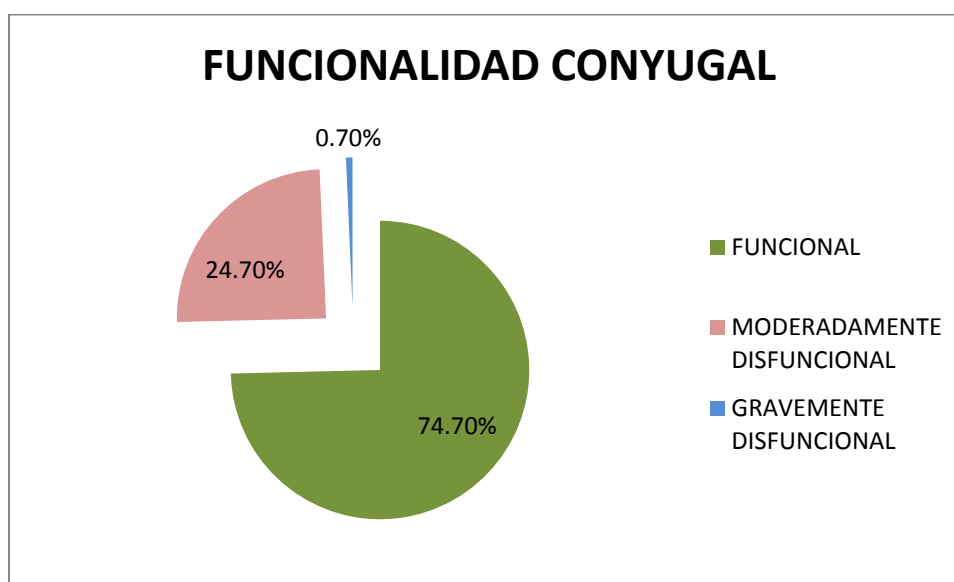
De acuerdo a la variable de funcionalidad conyugal se encontró un predominio de pareja funcional con 112 casos lo que equivale a un 74.7%. Tabla 4 y Grafico 6.

TABLA 4. Distribución de Funcionalidad Conyugal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Funcional	112	74.7	74.7	74.7
	Moderadamente Disfuncional	37	24.7	24.7	99.3
	Gravemente Disfuncional	1	.7	.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 6. Distribución de Funcionalidad Conyugal



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

En lo que respecta a la disfunción eréctil y la funcionalidad conyugal se encontró que los casos de los pacientes que no sufren disfunción eréctil su funcionalidad conyugal es moderadamente disfuncional en el 3.3% y funcional en el 22.7%. Con disfunción eréctil media su funcionalidad conyugal moderadamente disfuncional en el 8.7% y funcional en el 32.0%. Pacientes con disfunción eréctil media a moderada su funcionalidad conyugal moderadamente funcional en el 9.3%, funcional en el 14.7%, y gravemente disfuncional del 0.7%. Paciente con disfunción eréctil moderada su funcionalidad conyugal moderadamente disfuncional en el 3.3%, funcional en el 4% Paciente con una disfunción eréctil severa su funcionalidad conyugal fue funcional en 1.3%. Tabla 5 y Grafico 7

Del 100% de los pacientes que, no sufren disfunción eréctil el 87.2% presenta una función conyugal funcional, el 12.8% moderadamente disfuncional. Con una disfunción eréctil media el 78.7% presentaron una función conyugal funcional, el 21.3% moderadamente disfuncional. Con una disfunción eréctil de media a moderada el 59.5% presentaron una función conyugal funcional, el 37.8% moderadamente disfuncional y el 2.7% gravemente disfuncional. Con una disfunción eréctil moderada el 54.5% presentaron una función conyugal funcional, el 45.5 moderadamente funcional. Y con una disfunción eréctil severa el 100% presentaron una función conyugal funcional. Tabla 5 y Grafico 8

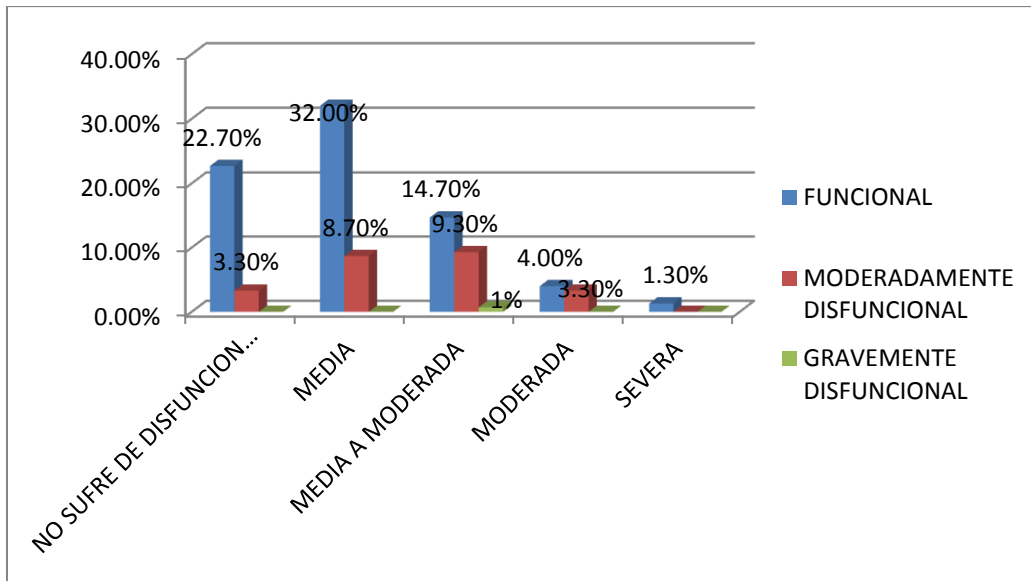
Del 100% los pacientes que tiene una función conyugal funcional un 30.4% no sufren de disfunción eréctil, el 42.9% media, el 19.6% de media a moderada, el 5.4% moderada, y el 1.8% severa. Los moderadamente disfuncionales el 13.5% no sufren de disfunción eréctil, y el 35.1% sufren disfunción eréctil media, y el 37.8% disfunción eréctil de media a moderada, y el 13.5% moderada. Cabe mencionar que hubo un caso de con funcionalidad conyugal grave y su disfunción eréctil fue de media a moderada. Tabla 5 y Grafico 9

TABLA 5. Distribución de pacientes de acuerdo a la Disfunción Eréctil y la Funcionalidad Conyugal

			Funcionalidad Conyugal			Total
			Funcional	Moderadamente Disfuncional	Gravemente Disfuncional	
DISFUNCION ERECTIL	NO SUFRE DE DISFUNCION ERECTIL	Recuento	34	5	0	39
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	87.2%	12.8%	.0%	100.0%
		% dentro de Funcionalidad Conyugal	30.4%	13.5%	.0%	26.0%
		% del total	22.7%	3.3%	.0%	26.0%
MEDIA		Recuento	48	13	0	61
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	78.7%	21.3%	.0%	100.0%
		% dentro de Funcionalidad Conyugal	42.9%	35.1%	.0%	40.7%
		% del total	32.0%	8.7%	.0%	40.7%
MEDIA A MODERADA		Recuento	22	14	1	37
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	59.5%	37.8%	2.7%	100.0%
		% dentro de Funcionalidad Conyugal	19.6%	37.8%	100.0%	24.7%
		% del total	14.7%	9.3%	.7%	24.7%
MODERADA		Recuento	6	5	0	11
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	54.5%	45.5%	.0%	100.0%
		% dentro de Funcionalidad Conyugal	5.4%	13.5%	.0%	7.3%
		% del total	4.0%	3.3%	.0%	7.3%
SEVERA		Recuento	2	0	0	2
		% dentro de DISFUNCION ERECTIL	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% dentro de Funcionalidad Conyugal	1.8%	.0%	.0%	1.3%
		% del total	1.3%	.0%	.0%	1.3%

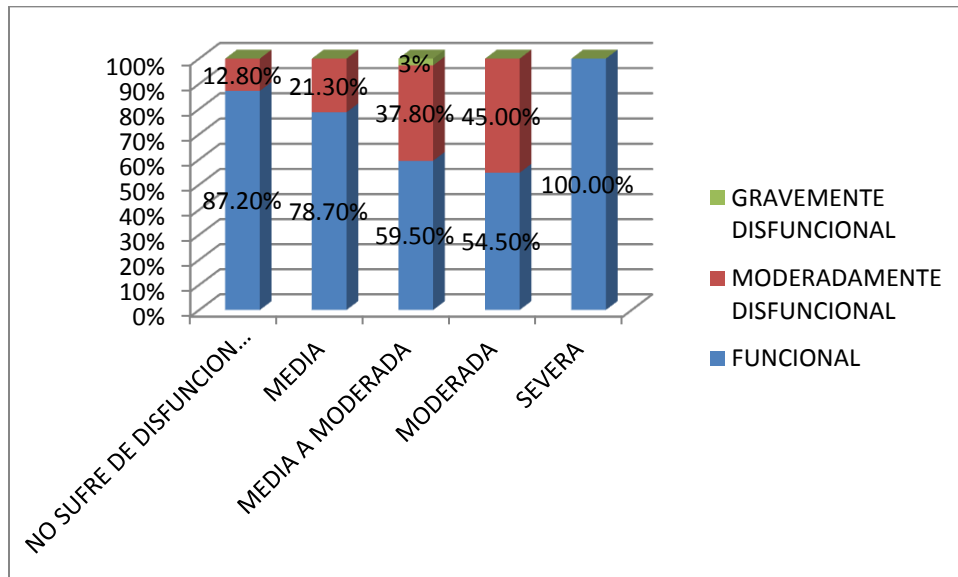
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 7. Distribución de pacientes de acuerdo a la Disfunción Eréctil y la Funcionalidad Conyugal



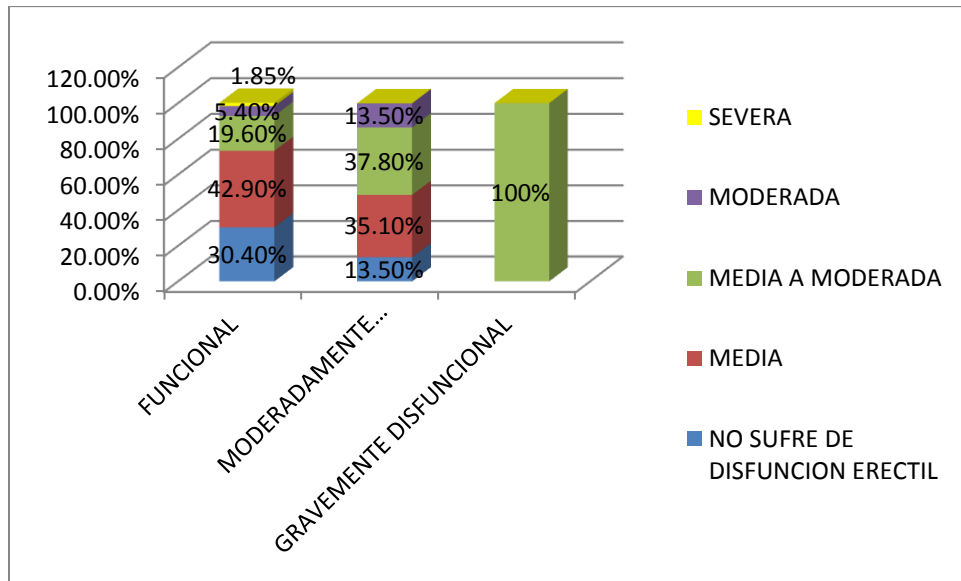
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 8. Distribución de 100% de paciente de acuerdo a la Disfunción Eréctil y la Funcionalidad Conyugal



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

GRAFICO 9. Distribución de 100% de paciente de acuerdo la Funcionalidad Conyugal y la Disfunción Eréctil



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

De acuerdo a la edad de los pacientes y la función conyugal se encontró que entre 20-29 años el 11.3% fue funcional, el 1.3% de moderadamente disfuncional. De 30-39 años de edad el 13.3% funcional, el 5.3% moderadamente funcional. De 40-49 años el funcional fue del 22%, moderadamente funcional del 7.3%, y gravemente funcional del 0.7%. De 50-59 años el 18.7% funcional, el 6.7% moderadamente funcional. De 60-69 años el 6% funcional, el 3.3% moderadamente funcional. De los 70-79 años el 3.3% funcional, el 0.7% moderadamente funcional. Tabla 6 y Grafico 10

Del 100% de los paciente de entre 20-29 años de edad y su relación con la funcionalidad conyugal, el 89.5% son funcionales, y el 10.5% moderadamente funcional. De entre 30-39 años de edad el 71.4% es funcional, y el 28.6 moderadamente funcional. De entre 40-49 años el 73.3% es funcional, el 24.4% es moderadamente funcional, y el 2.2% gravemente disfuncional. De entre 50-59 años el 73.3% es funcional, y el 26.3% es moderadamente funcional. De entre 60-69 años el 64.3% es funcional, y el 35.7% es moderadamente funcional. De entre los 70-79 años el 83.3% es funcional, y el 16.7% es moderadamente funcional. Tabla 6 y Grafico 11

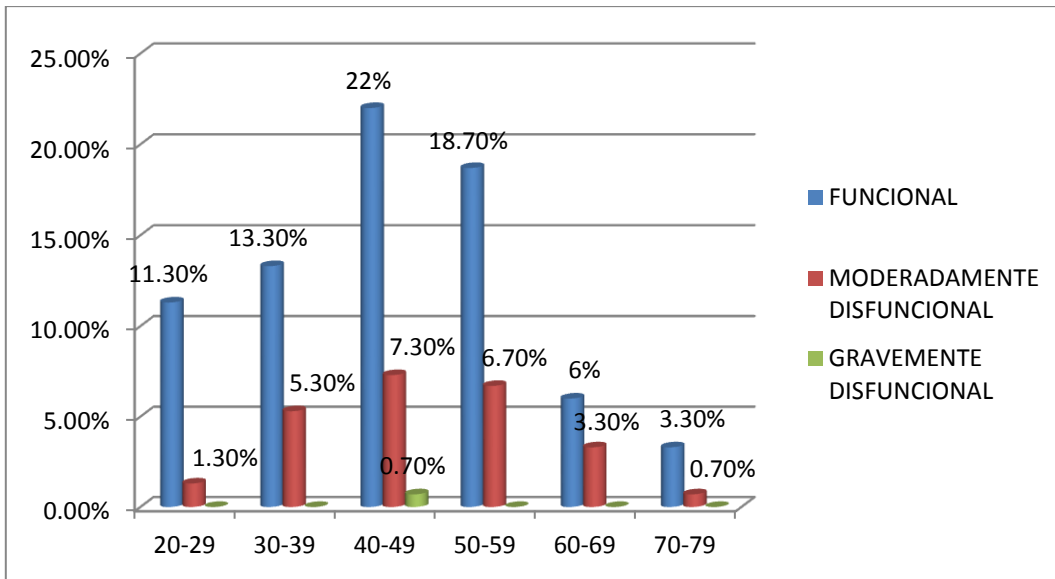
Del 100% de los paciente con una función conyugal funcional el 15.2% son de 20-29 años, el 17.9% de 30-39 años, el 29.5% de 40-49 años, el 25% de 50-59 años, 8% de 60-69 años, y el 4.5% de 70-79 años de edad. Los moderadamente disfuncionales el 5.4% son de 20-29 años, el 21.6% de 30-39 años, el 29.7% de 40-49 años, el 27% de 50-59 años, el 13.5% de 60 a 69 años, y el 2.7% de 70-79 años. De los gravemente disfuncionales el 100% es de 40-49 años. Tabla 6 y Grafico 12

Tabla 6. Distribución de pacientes de acuerdo a la Edad de los Pacientes y la Funcionalidad Conyugal

		Funcionalidad Conyugal			Total
		Funcional	Moderadamente Disfuncional	Gravemente Disfuncional	
Edad de los Pacientes	20-29 Recuento	17	2	0	19
	% dentro de Edad de los Pacientes	89.5%	10.5%	.0%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	15.2%	5.4%	.0%	12.7%
	% del total	11.3%	1.3%	.0%	12.7%
30-39	Recuento	20	8	0	28
	% dentro de Edad de los Pacientes	71.4%	28.6%	.0%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	17.9%	21.6%	.0%	18.7%
	% del total	13.3%	5.3%	.0%	18.7%
40-49	Recuento	33	11	1	45
	% dentro de Edad de los Pacientes	73.3%	24.4%	2.2%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	29.5%	29.7%	100.0%	30.0%
	% del total	22.0%	7.3%	.7%	30.0%
50-59	Recuento	28	10	0	38
	% dentro de Edad de los Pacientes	73.7%	26.3%	.0%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	25.0%	27.0%	.0%	25.3%
	% del total	18.7%	6.7%	.0%	25.3%
60-69	Recuento	9	5	0	14
	% dentro de Edad de los Pacientes	64.3%	35.7%	.0%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	8.0%	13.5%	.0%	9.3%
	% del total	6.0%	3.3%	.0%	9.3%
70-79	Recuento	5	1	0	6
	% dentro de Edad de los Pacientes	83.3%	16.7%	.0%	100.0%
	% dentro de Funcionalidad Conyugal	4.5%	2.7%	.0%	4.0%
	% del total	3.3%	.7%	.0%	4.0%

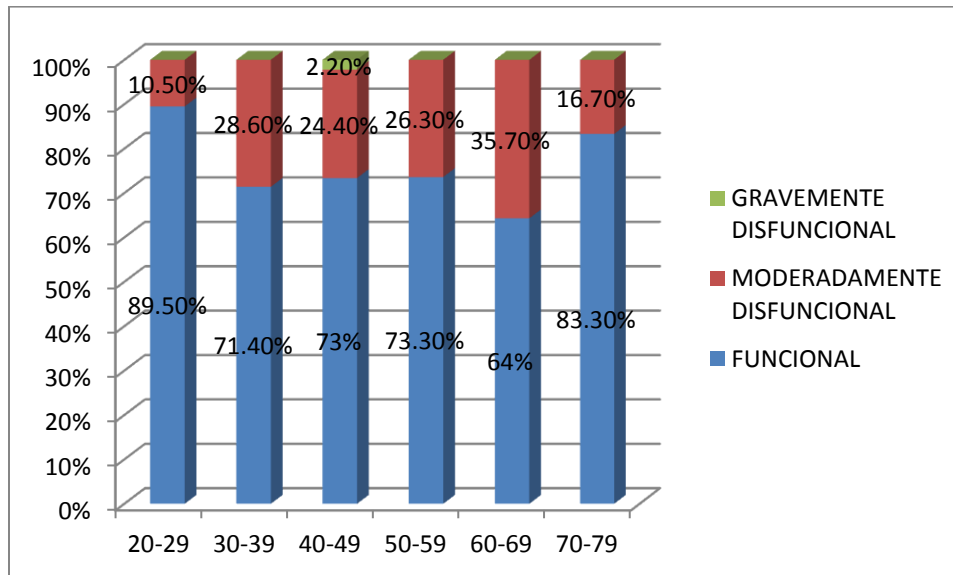
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Grafica 10. Distribución de pacientes de acuerdo a Funcionalidad Conyugal y la Edad de los Pacientes



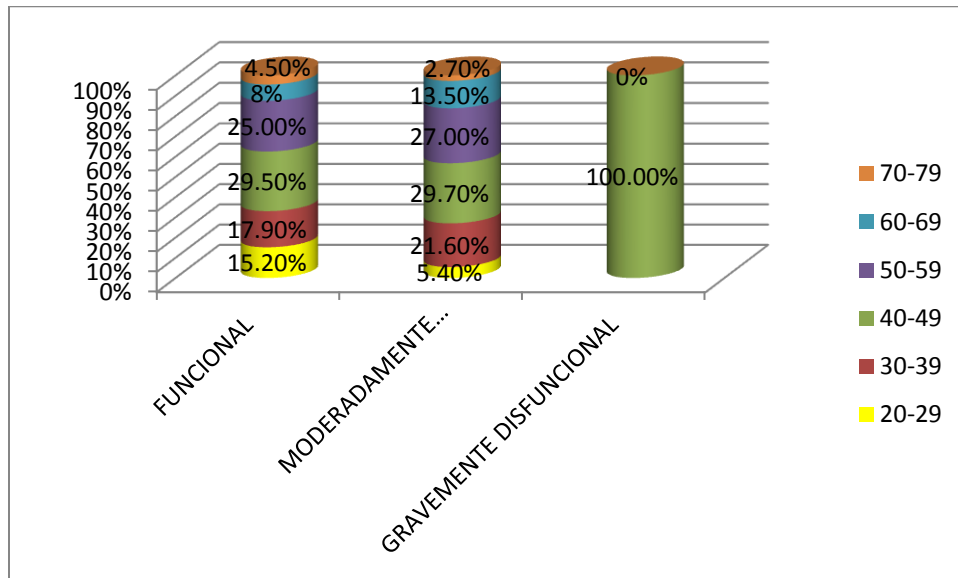
FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Grafico 11. Distribución de 100 % pacientes de acuerdo al rango de Edad de los Pacientes y la Funcionalidad Conyugal



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Grafico 12. Distribución de 100 % pacientes de acuerdo a la Funcionalidad Conyugal y el grupo de Edad de los Pacientes



FUENTE: CUESTIONARIO DE (IIEF-5) Y EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

IX. DISCUSION

De acuerdo a la prevalencia general de la disfunción eréctil fue de 74%, observándose que existe una mayor incidencia para la disfunción eréctil media (40.7%), disminuyendo de acuerdo al grado de severidad.

Con respecto a la prevalencia de entre 18-39 años se encontró que 3 de cada 4 pacientes menores de 40 años no sufren disfunción eréctil. De esta forma el dato resulta diferente al encontrado por Barroso Aguirre¹² en una población de 18 a 40 años de edad con solo el 7.9%.

Con respecto a la prevalencia general de los pacientes con disfunción eréctil para toda la población fue del 74%. Por lo que se observa una mayor prevalencia que la que reporto el estudio de Ugarte¹¹ con solo el 55%. El estudio de Ugarte¹¹ cita prevalencias para moderada del 10% y el 8% para la severa, siendo para el presente estudio de 7% para la moderada y de 1% para la severa. Con la diferencia el estudio antes mencionado es solo de mayores de 40 años y nuestra prevalencia es de mayores de 20 años de edad.

En un estudio realizado en la UMF 94 de IMSS en el 2005 donde evaluaron el impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético por Moreno²³ encontraron una mayor frecuencia de disfunción conyugal en pacientes portadores de disfunción eréctil.

En este estudio se observo que las parejas con disfunción eréctil tienen 2.88 veces más la probabilidad de presentar disfunción conyugal en comparación de los que no la tienen.

La disfunción eréctil se asocia significativamente con la funcionalidad conyugal ya que se obtuvo una chi cuadrada de 4.36.

X. CONCLUSIONES

La Disfunción eréctil es una enfermedad subdiagnosticada, ya que la mayoría de los hombres que la padecen lo callan por vergüenza, miedo y temor, en nuestro estudio observamos que aproximadamente 1 de cada 4 paciente de 20 a 40 años padecen algún grado de disfunción eréctil. Solo se encontraron 2 casos de disfunción severa en el rango de edad de 50-59 años de edad.

La disfunción eréctil es una enfermedad muy frecuente, y de acuerdo al grado de disfunción la que se encontró con mayor frecuencia fue la media con un 41%, y la edad donde se encontró mayor frecuencia fue de 40-49 años.

En las instituciones de salud pública no existe un protocolo adecuado para diagnosticar, estudiar, tratar y dar seguimiento a los pacientes con disfunción eréctil, y menos para apoyarlos en el subsistema conyugal la cual es la base de la familia. Es importante realizar los cuestionarios de disfunción eréctil en el primer nivel de atención para otorgar una Atención Integral a nuestros pacientes y nuestras familias.

XI. SUGERENCIAS

Capacitar al personal de Salud de primer nivel de atención médica sobre la disfunción eréctil, informar los resultados obtenidos en este estudio para tomar conciencia de que la disfunción eréctil es un problema de salud pública.

El médico de primer nivel de atención debe estar capacitado para poder diagnosticar la disfunción eréctil, y la funcionalidad conyugal para poder realmente dar una atención integral al paciente y a la familia.

A los pacientes diagnosticados con algún grado de disfunción eréctil, es conveniente informar, orientar, educar, e informar a la pareja sobre el problema que se sufre para evitar una disfunción conyugal y sirva como red de apoyo al paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Dorado-Gaspar MP. Loría-Castellanos J. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Archivos en medicina familiar 2006;8:3:169-174.
2. Farfán-Salazar G. Huerta-González J.L. Estudio de la Salud Familiar. PAC MF-1 1999:5-31.
3. Mendoza-Solís LA. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar 2006;8:27-32
4. Boo Vera D, Torres J y Montesinos Balboa J E Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. Rev Salud Publica Nutr 2010;11: 2
5. Salazar Colín e, Boschetti Fentanes B. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Archivos de Medicina Familiar 2005;7:2:45-48.
6. Chávez Aguilar V y R Velazco Orellana. Disfunciones Familiares del Subsistema conyugal. Criterios para su Evaluacion Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social soc. 1994;32: 39-43.
7. [http://terapia.yfamilia.blogspot.com/2007/05/el sistema conyugal-en sesin.html](http://terapia.yfamilia.blogspot.com/2007/05/el_sistema_conyugal-en_sesin.html)
8. Zúñiga González S. Disfunción eréctil y su relación con la vejez. Rev. de endocrinología y nutrición 2007; 15: 1: 32-36
9. Martín-Morales A, Meijide Rico F, García González J. I., Regadera Anechina L y Manero Font. Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. Actas Urol Esp 2005;29:5
10. Fong Mata E.R. y Azuara Jaramillo A. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos. Med Int Mex 2007;23:6:477-480.
11. Ugarte y Romano F y Barroso Aguirre J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados Rev Mexicana de Urología 2001;61:2: 63-76.
12. Barroso Aguirre J. Ugarte y romano F. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18-40 años en México y factores de riesgo asociados. Perinatol Reprod Hum 2001;15:254-261.
13. Juárez Bengoa A. Pimentel Nieta D. Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 Perinatol Reprod Hum 2009;23:3:169-177.
14. Ferrer Moret S. Pérez López S. Disfunción eréctil. JANO 2006;1609: 45-50.
15. <http://www.mcgraw-hill.es/med/recursos/capitulos/8448155750.pdf>
16. <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL39.htm>
17. Wespes E, Aamar E. Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. Eur URol 2006;49:5:806-815.

18. Rejas Gutierrez J. Gil de Miguel A. Construcción de una variable subrogada de detección de disfunción eréctil a partir de la versión española del Cuestionario de Satisfacción con la vida "LISAT 8". SEMERGEN 2005;31:10:462-470.
19. Auriol Eusebio R. Sand Michael. Female Assessment of Male Erectile dysfunction detection scale (FAME): development and validation. The journal of sexual medicine 2009;6:8:2255-2270
20. Rhoden E. L., Telöken C, Sogari P. R. y Vargas Souto C. A. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. The journal of Sexual Medicine 2002; 14:4: 245-250
21. <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL77.htm>
22. Montesano Delfin J. R. Manual del Protocolo de Investigación, México: editorial Aurosh, SA de CV, 2001: 5-34
23. Moreno M, Arrieta R. Impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético. Archivos de Medicina 2008;10:2:42-46

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE GANTT
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249

NOMBRE INVESTIGADOR: _____ ERIKA JIMENEZ GARCIA

PROGRAMADO						ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL					
2010-2011		2011-2012		2012-2013			2010-2011		2011-2012		2012-2013	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE	1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
							Planteamiento del problema					
						Revisión y análisis de bibliografía						
						Selección Director de Tesis						
						Justificación						
						Formulación de objetivos						
						Material y métodos						
						Resumen del proyecto						
						Presentación del protocolo al CLI						
						Elaboración de correcciones sugeridas por CLI						
						Presentación de correcciones al CLI						
						Recolección de datos						
						Codificación de los datos						
						Análisis estadístico de los datos						
						Elaboración de cuadros y gráficas de los datos						
						Redacción de resultados						
						Redacción de Discusión y Conclusiones						
						Informe Final al CLI						
						Informe Final a la UNAM						
						Difusión de los resultados						
						Redacción del escrito científico						
						Publicación de los resultados						

ELABORO:

ERIKA JIMENEZ GARCIA

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha TOLUCA, MEXICO AGOSTO DEL 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: FUNCIONALIDAD CONYUGAL

EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF 226 DEL IMSS EN IXTLAHUACA, ESTADO DE MÉXICO

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 2011/1502/010

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE LA UMF 226 DEL IMSS EN IXTLAHUACA, ESTADO DE MÉXICO

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: CONTESTAR LOS CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

CONYUGAL Y INDICE INTERNACIONAL DE DUNCIÓN ERÉCTIL

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD, Y DE PRESENTAR ESTA ENFERMEDAD SE ME ENVIARA CON MI MEDICO FAMILIAR PARA VALORACION

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

ANEXO 3

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERECTIL (IIEF-5)

Iniciales: _____

Núm. De Afiliación: _____

Consultorio: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Por favor, marque con una X la respuesta que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses. Es preciso hacer dos aclaraciones:

* El acto sexual se define como la penetración de la pareja.

* La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

1. ¿Cómo clasificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?

<input type="checkbox"/>	Muy baja
<input type="checkbox"/>	Baja
<input type="checkbox"/>	Moderada
<input type="checkbox"/>	Alta
<input type="checkbox"/>	Muy alta

2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

<input type="checkbox"/>	Nunca / Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre / Siempre

3. Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

<input type="checkbox"/>	Nunca / Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre / Siempre

4. Durante el acto sexual, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?

<input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	Muy difícil
<input type="checkbox"/>	Difícil
<input type="checkbox"/>	Ligeramente difícil
<input type="checkbox"/>	No difícil

5. Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

<input type="checkbox"/>	Nunca / Casi nunca
<input type="checkbox"/>	Pocas veces (Menos de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces)
<input type="checkbox"/>	Casi siempre / Siempre

Señale con una "X" una respuesta a cada una de las siguientes preguntas

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
6.- Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.			
7.-La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.			
8.- Existe congruencia entre la comunicación verbal y lo realizado.			
9.- La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican.			
10.- Son satisfactorios los papeles que asume la pareja.			
11.- Se propicia el intercambio de papeles entre pareja.			
12.- Es satisfactoria la frecuencia de relaciones sexual.			
13.- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.			
14.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.			
15.- El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.			
16.- Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.			
17.- Perciben que son queridos por su pareja.			
18.- Las decisiones importantes para apareja se toman conjuntamente.			

GRACIAS POR PARTICIPAR

ANEXO 4

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No DE FOLIO	EDAD							FUNCIONALIDAD CONYUGAL			DISFUNCION ERECTIL				
	1	2	3	4	5	6	7	GRAVEMENTE D.	MODERADAMENTE D.	FUNCIONAL	SEVERA	MODERADA	DE MEDIA A MODERADA	MEDIA	NO SUFRE D. E.

1= 20-29 AÑOS 2=30-39 AÑOS 3=40-49 AÑOS 4= 50-59 AÑOS 5=60-69 AÑOS 6= 70-79 AÑOS 7= MÁS DE 80 AÑOS