



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADEMICA UMF No. 46  
CULIACAN, SINALOA**

**PREVALENCIA DE EYACULACION PRECOZ  
ASOCIADA A DISFUNCION CONYUGAL EN  
PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28  
COSTA RICA SINALOA**

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

**PRESENTA  
DR.- LÓPEZ VEGA BERNARDO**

**CULIACAN, SIN. AGOSTO DEL 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**PREVALENCIA DE EYACULACION PRECOZ ASOCIADO A  
DISFUNCION CONYUGAL EN PACIENTES DE 20-49 AÑOS DEL  
HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

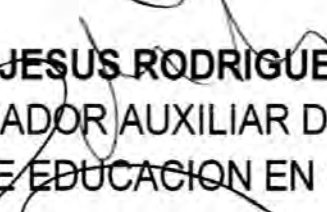


**DR. LOPEZ VEGA BERNARDO**

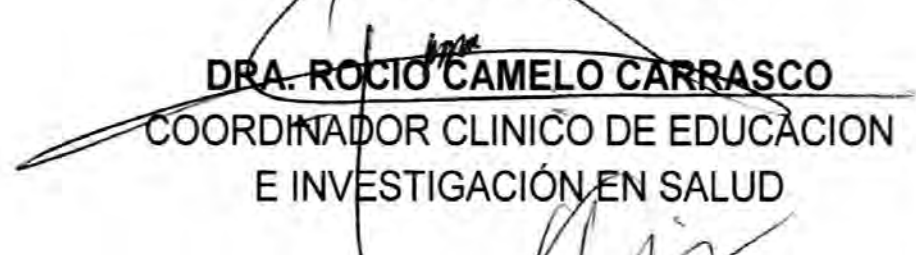
AUTORIZACIONES:



**DRA. PAULA FLORES FLORES**  
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS



**DR. JESUS RODRIGUEZ LOPEZ**  
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL  
DE EDUCACION EN SALUD



**DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION  
E INVESTIGACION EN SALUD



**DR. NORIEGA GIL ORLANDO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES

**PREVALENCIA DE EYACULACIÓN PRECOZ ASOCIADA A  
DISFUNCIÓN CONYUGAL EN PACIENTES DE 20 A 49  
AÑOS DEL HGZ/MF No 28 COSTARICA, SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

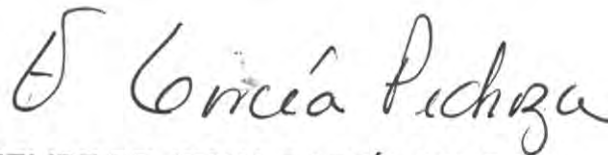
**PRESENTA**

**DR. BERNARDO LÓPEZ VEGA**

**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.

## **INDICE.-**

<b>1) TÍTULO.....</b>	<b>5</b>
<b>2) MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3) JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>17</b>
<b>5) OBJETIVOS GENERALES.....</b>	<b>18</b>
<b>6) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>7) HIPÓTESIS.....</b>	<b>19</b>
<b>8) METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
<b>9) VARIABLES.....</b>	<b>21</b>
<b>10) DISEÑO ESTADÍSTICO.....</b>	<b>23</b>
<b>11) CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>12) RECURSOS.....</b>	<b>26</b>
<b>13) RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>14) DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>15) CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>16) SUGERENCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>17) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>18) ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## **TÍTULO**

PREVALENCIA DE EYACULACION PRECOZ ASOCIADA A DISFUNCIÓN  
CONYUGAL EN PACIENTES DE 20-49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA,  
SINALOA.

## MARCO TEÓRICO:

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad.<sup>1</sup> Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.<sup>2</sup>

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de familia se designaba a todo el grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos<sup>2</sup>. En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, subsistema fraterno-filial y subsistema fraternal.<sup>3</sup> La teoría sistémica define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos y subunidades que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- Subsistema conyugal: se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo, debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.
- Subsistema paterno-filial: el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de



nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles.

- Subsistema fraterno: constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.<sup>2</sup>

El subsistema de los cónyuges puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera. Pero si las reglas de este subsistema son tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias que cada esposo hace en sus interacciones fuera de la familia, los cónyuges dentro del sistema pueden quedar atados a reglas inadecuadas de supervivencia que son el relictos de acuerdos del pasado. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por las dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia.

En la evaluación del subsistema conyugal se evalúa la funcionalidad de la pareja, se considera que esta debe ser gratificante y clara, sin perder de vista el entorno social en que se encuentra inmersa la pareja, además 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, se valora a través de una escala cuali-cuantitativa.<sup>4</sup>

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno 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 diaria.<sup>5</sup>

La sexualidad está determinada por anatomía, fisiología, el nivel cultural de la persona, las relaciones con otros, y experiencias en el desarrollo a través del ciclo vital. Esto incluye la percepción de ser hombre o mujer y pensamientos y fantasías privadas. Para una persona normal promedio, la atracción sexual hacia otra persona y la pasión y el amor que siente están profundamente asociados con sentimientos de íntima felicidad.

El comportamiento sexual normal trae placer a uno mismo y a su compañero, esto involucra estimulación de los órganos sexuales primarios incluyendo el coito; este carece de sentimientos inapropiados de culpa o ansiedad y no es compulsivo.<sup>6</sup>

La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano; y todo ello desde que se inician las caricias, las miradas, los besos y pellizcos, continuando con los momentos álgidos de la excitación, para terminar en la relajación de un plácido bienestar. Todo está en relación con algunas secreciones hormonales que se van liberando durante la práctica sexual y que actúan de forma positiva sobre el organismo.<sup>7</sup>

Los hombres y mujeres normales experimentan una secuencia de respuestas fisiológicas a la estimulación sexual. En la primera descripción detallada de estas respuestas, Masters y Johnson observaron que el proceso fisiológico involucra aumento de la vasocongestión y miotonía con subsecuente liberación de la actividad vascular y el tono muscular como resultado del orgasmo. El DSM-IV-TR define un ciclo de respuesta de cuatro fases: fase 1 deseo, fase 2

excitaciones, fase 3 orgasmo, fase 4 resolución. Esta secuencia de respuesta puede no ocurrir en una progresión lineal, sino que puede traslaparse o fluctuar. Por ejemplo muchas mujeres monógamas encontramos que con el tiempo, el deseo sigue como resultado de la estimulación sexual por parte de sus parejas.<sup>8</sup>

A través de una serie de estímulos sexuales tanto del exterior como del interior se generan respuestas orgánicas, anímicas y emocionales que dan lugar al ciclo de la respuesta sexual humana. A la capacidad de respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo. La OMS considera que la salud sexual es de suma importancia para el bienestar del individuo.<sup>9</sup>

La eyaculación se define como una acción refleja que ocurre como resultado de la estimulación sexual y que consiste en la expulsión súbita y enérgica, particularmente de semen por la uretra masculina.<sup>10</sup>

El área preóptica medial y el núcleo paraventricular del hipotálamo intervienen en la respuesta sexual del hombre; ambas envían proyecciones eferentes al núcleo serotoninérgico paragigantocelular en el tronco encefálico. Las proyecciones serotoninérgicas de este núcleo ejercen una inhibición tónica de la eyaculación, por vía del núcleo motor lumbosacro, en la medula espinal.<sup>11</sup>

Las tres principales disfunciones sexuales masculinas son: la eyaculatoria, la eréctil y la disminución de la libido. En México, la eyaculación precoz y la disminución de la libido se presentan en 42 y 30% respectivamente.<sup>10</sup>

Los trastornos de la eyaculación son:

- La eyaculación precoz.
- La eyaculación dolorosa.
- La eyaculación retrograda.
- La eyaculación retardada.

- La aneyaculación.
- La espermatorrea.
- La hipospermia.

Para la primera parte del siglo XX no había una definición oficial de eyaculación precoz, aunque muchos psiquiatras y psicoanalistas consideraban eyaculación precoz como la eyaculación que sucedía entre 30 y 60 segundos después de la penetración vaginal.<sup>12</sup> las parejas en las que la mujer es orgásmica durante el coito a veces definirán “precoz” en términos de su duración en relación con el orgasmo de la mujer lo cual tal vez no sea realista.

El DSM-IV-TR y el CIE-10, la definen como “la eyaculación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo deseen, asociada con una incomodidad personal o de pareja”.<sup>8</sup>

La Asociación Americana de Urología la define como: la eyaculación que ocurre antes, al momento de o, muy poco después, de la penetración, antes de lo deseado, ocasionando incomodidad personal o de pareja.<sup>13</sup>

Los hombres diagnosticados con eyaculación precoz visitan más frecuentemente al médico antes de ser diagnosticados recibiendo mas diagnósticos comorbidos; posterior al diagnóstico de eyaculación precoz, los costos en la atención medica de estos pacientes descienden debido a una reducción en las visitas al medico.<sup>14</sup> Por otra parte se ha encontrado que las compañeras sexuales de los hombres con eyaculación precoz tienen mayor tasa de disfunción sexual femenina comparadas con las compañeras de los que no tienen eyaculación precoz. De acuerdo al cuestionario de función sexual abreviado el 77.7% de las compañeras de pacientes con eyaculación precoz presentan al menos una disfunción sexual, y cerca de la mitad de las

compañeras de eyaculadores precoces experimentan dos o más disfunciones sexuales.<sup>15</sup>

La eyaculación precoz se ha demostrado que tiene un importante impacto psicológico negativo en los hombres, que por lo general resulta en aumento de la ansiedad y la pérdida de la confianza sexual.<sup>16</sup>

Los resultados encontrados en el estudio global de actitudes y comportamientos sexuales indican que la eyaculación precoz es la disfunción sexual más prevalente en hombres alrededor del mundo, encontrándola en seis de siete regiones geográficas estudiadas.<sup>17</sup>

La edad avanzada no parece ser un factor de riesgo para eyaculación precoz. Se cree que la eyaculación precoz es más común en hombres con experiencia sexual limitada. Se ha demostrado que la presencia de síntomas del tracto urinario incrementa el riesgo para eyaculación precoz. Los pacientes con diabetes mellitus tipo II, especialmente aquellos con pobre control metabólico, tienen un aumento significativo en el riesgo de desarrollar eyaculación precoz. Los problemas emocionales y el estrés pueden ser factores que resultan en alguna disfunción sexual, particularmente eyaculación precoz. Existe evidencia que sugiere que puede ser ligada a historia familiar o genética.<sup>17</sup> La eyaculación precoz no se relaciona con la circuncisión en la infancia.<sup>18</sup>

Una vez establecido el diagnóstico y descartado un trastorno sistémico, se procede a determinar el tratamiento debido a que el rango de tratamientos disponibles es bastante amplio; a menudo se utiliza el periodo de latencia eyaculatoria intravaginal, es decir el tiempo transcurrido entre la penetración y la eyaculación, como método para cuantificar la respuesta al tratamiento y como método estandarizado para comparar tratamientos en ensayos clínicos.<sup>19</sup> En la actualidad se dispone de diversas sustancias para tratar la eyaculación precoz, como anestésicos tópicos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores

selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la fosfodiesterasa. Así mismo la eyaculación precoz puede tratarse con el método de dejar de estimular el pene cuando perciba la proximidad del orgasmo, o con el método de comprimir el glande cuando esté a punto de eyacular. La sensibilidad de la mucosa glanulofrenicular se reduce si se coloca un condón o si se aplica localmente un anestésico tópico. Estos tratamientos son los más antiguos y aun son los más ampliamente utilizados.<sup>20</sup>

La teoría de que los hombres con eyaculación precoz tienen hipersensibilidad peneana nos da una razón para el uso de agentes tópicos por ejemplo agentes des sensibilizantes tópicos. En Corea se estudio una crema llamada “SS cream” la cual es una mezcla de nueve medicamentos tradicionales incluyendo ginsen y canela. Según estudios esta crema aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de 1.37 minutos hasta 10.92 minutos. Esta crema esta solo disponible para su uso en Corea y todos los estudios que evalúan su eficacia se han desarrollado en ese país y por el mismo grupo de investigadores.<sup>21</sup>

Se ha estudiado una combinación de lidocaína y pilocarpina en crema y espray, los estudios sugieren que el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal aumenta de 1.49 minutos hasta 8.45 minutos después de 2 meses de uso, sin embargo se ha reportado hipoestesia genital en ambos sexos.<sup>22</sup>

El tramadol que es un agente analgésico opioide, ha sido usado como tratamiento para eyaculación precoz, aunque su mecanismo de acción es pobremente entendido, se ha reportado que aumenta significativamente el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de 1.17 minutos a 7.37 minutos.<sup>23</sup> Se han utilizado algunos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina en pequeñas dosis para prolongar el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, tales como fluoxetina, paroxetina, venlafaxina y sertralina, sin embargo se han reportado efectos secundarios que incluyen boca seca y

reducción de la libido.<sup>24</sup> En un ensayo clínico se reporta que el uso de venlafaxina no es mejor que placebo como tratamiento de la eyaculación precoz.,<sup>25</sup> la dapoxetina es un nuevo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, hay evidencia que indica que el uso de este medicamento aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de 1.9 minutos a 3.2 minutos (30 mg) y 3.5 minutos (60 mg). Los efectos secundarios más comúnmente presentados fueron náusea, mareo, diarrea y dolor de cabeza.<sup>26,27</sup>

Se han realizado ensayos para determinar la eficacia y seguridad de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa en el tratamiento de la eyaculación precoz. Se estima que vardenafil aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal en promedio de  $5.94 \pm 1.6$  minutos.<sup>28</sup> Otros estudios indican que sildenafil aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal hasta 15 veces más comparado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.<sup>29</sup> Ambos estudios confieren seguridad al usar estos tratamientos.

## **JUSTIFICACIÓN**

La eyaculación precoz es la más común de todas las disfunciones sexuales masculinas presentándose hasta en un 42% de la población masculina, no hay una definición de eyaculación precoz que sea mundialmente aceptada, la asociación americana de urología la define como la eyaculación que ocurre antes, al momento de o muy poco después de la penetración, antes de lo deseado ocasionando incomodidad personal o de pareja.

Hay estudios que indican que las parejas de un paciente con eyaculación precoz, padece al menos una disfunción sexual.

Así mismo los eyaculadores precoces tienen mayor tendencia a acudir a la consulta de medicina familiar por causas ajenas a la eyaculación precoz.

En la práctica del médico familiar las disfunciones sexuales constituyen un problema que se manifiesta frecuentemente de manera indirecta en los pacientes, por lo que su estudio es de gran importancia por las repercusiones que tienen para la salud del individuo, pareja y familia. Salazar y cols. Reportan en un estudio que hasta el 70% de los pacientes que acuden a la consulta de médico familiar con síntomas inespecíficos, presentan disfunción conyugal moderada, y que la eyaculación precoz y el deseo sexual hipoactivo se asocia significativamente con un estilo de vida reservado y de un estilo violento y negativo de la pareja.

En la actualidad se cuenta con diversas estrategias terapéuticas para contrarrestar la eyaculación precoz, yendo desde la psicoterapia, el tratamiento farmacológico y el uso de algunos aditamentos.

En nuestro medio no se cuenta con ningún estudio que nos indique la relación que exista entre la eyaculación precoz y la disfunción del subsistema conyugal, motivo por el cual se decidió realizar el presente trabajo, obteniendo con él la relación existente entre estas dos situaciones, y para tratar de concientizar a los derechohabientes a externar completamente sus inquietudes al médico



familiar, ya que se cuenta en el primer nivel de atención con medicamentos que pueden ayudar a retardar el tiempo de eyaculación, disminuyendo la tasa de disfunción conyugal, misma que en forma sostenida puede ocasionar algún tipo de disfunción familiar y esta progresar a disolución de los lazos familiares, creando así mayor número de pacientes hiperfrecuentadores y sobre todo desorientación en los miembros de la familia que al no tener cimientos firmes se presenta como riesgo para los mismos miembros de la familia así como para la sociedad en general.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adscrita a la unidad HGZ 28 costa rica Sinaloa tiene una población total de 33,292 derechohabientes de los cuales un total de 12,981 son hombres entre y de 20-49 años son 5,302. Es ampliamente conocido que uno de los principales factores que influyen en las relaciones humanas de pareja es la salud y satisfacción sexual. Donde La función sexual se convierte en un problema de ansiedad, que genera angustia o frustración, y produce una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales.

En los hombres de muchas sociedades como la nuestra, la suficiencia sexual se considera un patrón con el que se mide la idoneidad del individuo como persona; si se presenta un problema en el plano sexual el hombre se siente deprimido ya que se pone en entredicho su virilidad. La práctica clínica en la unidad #28 de Costa Rica nos orienta a que este padecer es más frecuente delo que se ha identificado y no se le da la importancia real que merece, ya que engloba estado físico, mental e interacción en la pareja. Esto con repercusiones importantes en la dinámica familiar teniendo como resultado una disfunción conyugal desencadenando una cascada de eventos que terminan en la separación de la pareja.

Por tal motivo me hago la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre la eyaculación precoz y la disfunción conyugal en pacientes de 20 a 49 años de edad del Hospital General de Zona 28, Costa Rica, Sinaloa?

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la asociación que existe entre eyaculación precoz y disfunción del subsistema conyugal, en pacientes de 20 a 49 años del HGZ/MF 28, Costa Rica, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar la frecuencia de eyaculación precoz en pacientes de 20 a 49 años de edad derechohabientes del HGZ/MF 28 Costa Rica, Sinaloa.

Relacionar factores como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación de los pacientes con eyaculación precoz del HGZ/MF 28 Costa Rica, Sinaloa.

Medir el subsistema conyugal en la población de estudio.

## HIPOTESIS

La disfunción del subsistema conyugal está relacionada con la eyaculación precoz.

## MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo, observacional, transversal y comparativo tipo encuesta comparativa.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del HGZ/MF 28, Costa Rica, Sinaloa.
- Individuos que firmen hoja de consentimiento informado.
- Personas del sexo masculino entre 20 y 49 años de edad, casados.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Pacientes con hipertensión arterial sistémica.
- Pacientes con alteraciones del sistema nervioso central.
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas.
- Personas que no firmen hojas de consentimiento informado.

### Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

El tiempo de recolección de datos fue de junio a septiembre del 2012; Se aplicaron la herramienta para disfunción conyugal y la herramienta diagnóstica para eyaculación precoz a todos los hombres de entre 20 y 49 años de edad, derechohabientes del Hospital General de Zona 28, de Costa Rica, Sinaloa, estas herramientas fueron aplicadas por el propio investigador en colaboración con alumnos de segundo y primer año, se llevo a cabo capacitación para la correcta aplicación de ambas herramientas diagnosticas previo al inicio de aplicación. Posterior a la recolección de datos se formaron dos grupos, grupo 1 pacientes con eyaculación precoz y grupo 2 pacientes sin eyaculación precoz, para determinar las diferencias entre ambos.

VARIABLES.

<b>NOMBRE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>FORM A OPERATIVA</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>EDAD</b>	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento	Fecha de nacimiento	Númerica	Cuantitativa Continua	Años
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de Cursos que un Estudiante sigue en un establecimiento Docente	Años aprobados en el último nivel educativo	Ordinal	Cualitativa	1.-. Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.-Técnica 6.- Profesional
<b>Ocupación</b>	Tarea o función que un individuo desempeña actualmente	Actividad que refiere el paciente	nominal	Cualitativa	1.-Empleado. 2.-Negocio propio 3.-Jornalero 4.-Profesionista
<b>Estado civil</b>	La relación jurídica entre una persona y otra	Cunado respondió verbalmente casado o unión libre	nominal	Cualitativa	1.- Casado 2.- Unión libre

<p><b>Eyacuación precoz</b></p>	<p>la eyacuación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo deseen, asociada con una incomodidad personal o de pareja</p>	<p>De acuerdo a la escala de medición con resultado 8 o menos no existe eyacuación precoz. 9 ó 10 = probable eyacuación precoz. 11 ó más= eyacuación precoz.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>1.- Sin eyacuación 2.- Con eyacuacion</p>
<p><b>Subsistema conyugal</b></p>	<p>se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia</p>	<p>Test del subsistema conyugal 0-40 Pareja severamente disfuncional 40-70 Pareja con disfunción moderada 71 A 100 Pareja funcional</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>1.- Pareja funcional. 2.- Pareja con disfunción moderada. 3.- Pareja severamente disfuncional</p>

DISEÑO ESTADÍSTICO.

TIPO DE MUESTREO: no probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 P(1-P)}{d^2}$$

Donde:

$$Z = 1.96$$

P = que equivale a la prevalencia de la enfermedad = 0.05

$$d = (0.5)^2$$

ENTONCES TENEMOS:

$$n = \frac{(3.84)(0.05)(1-0.05)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.1824}{0.0025}$$

$$n = 314.5$$

n = 315 pacientes.



El análisis de datos se llevo a cabo con el software SPSS versión 15, para variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión y para variables nominales y ordinales se calcularon frecuencia y porcentaje.

Para determinar la asociación de variables se calculo OR (razón de momio).

Para establecer significancia estadística se calculó prueba  $X^2$ . Considerando significativa estadísticamente una  $p < 0.05$ .

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

Todos los procedimientos utilizados en el presente estudio están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado por escrito, sin embargo se solicitó consentimiento informado de forma verbal a cada participante, y con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

### **Recursos humanos.**

Residente de tercer grado de medicina familiar adscrito a HGZ/MF 28 Costa Rica, Sinaloa. Se llevo a cabo la aplicación de pruebas diagnosticas y recolección de datos, 10 hrs semanales.

### **Recursos materiales.**

Se cuenta con lo necesario para realizar el proyecto (material de papelería, software para realizar el análisis estadístico, espacio físico, computadora).

## RESULTADOS.-

Del total de pacientes que acudieron al hospital general de zona 28, de Costa Rica Sinaloa, de entre 20 y 49 años, se obtuvo una muestra de 319 pacientes a los cuales se les aplicó una encuesta, misma que fue llenada por cada participante, sin la interferencia del encuestador. los resultados obtenidos son los siguientes: la edad de los participantes estuvo entre 20 años como mínima y 49 años como máxima con una media de 34.1 y desviación estándar de 7.7; 290 de los pacientes (90.9%) eran casados, mientras que 29 (9.1%) vivían en unión libre, el nivel de estudios predominante fue preparatoria con 46.4% correspondiendo al 148 pacientes, seguido de secundaria con 119 pacientes (37.3%), primaria 9.1 %, profesional 4.1% y nivel técnico 3.1% (29, 13 y 10 pacientes respectivamente). tras la aplicación de la escala para la medición de funcionalidad conyugal, se obtuvo que 237 pacientes (74 %) tiene adecuada funcionalidad y 82 (26 %) con moderada funcionalidad, no se encontraron parejas con disfunción conyugal.

El test para diagnóstico de eyaculación precoz (EPDT por sus siglas en ingles), arrojó que hasta el 54 % de los pacientes (172 pacientes) presentan algún grado de eyaculación precoz y 147 pacientes (46 %) no presentan eyaculación precoz, sin embargo de estos últimos 131 podrían en algún momento desarrollar eyaculación precoz. De los pacientes con eyaculación precoz, 153 eran casados y 19 vivían en unión libre, 76 tenían como nivel académico preparatoria, 55 primaria y 5 profesional, 133 son empleados, 31 tienen negocio propio y 6 son profesionistas que trabajan en sus respectivas áreas. por otro lado, 210 de los encuestados que son casados dicen tener adecuada funcionalidad familiar, mientras que 26 de los que viven en unión libre respondieron igual y sólo 1 de los que viven en unión libre tiene moderada disfunción conyugal; de los que tienen adecuada funcionalidad familiar 109

tienen nivel de preparatoria, 85 tienen secundaria, 25 primaria y profesional y técnico 9 cada uno; de los pacientes que tienen adecuada funcionalidad familiar, 145 no presentan eyaculación precoz y 92 si tiene algún grado de eyaculación precoz, se calculo el OR para ver eyaculación precoz y disfunción conyugal moderada resultando 63, posteriormente se calculo la chi cuadrada obteniéndose un valor de 53.80, con un  $p < 0.025$  lo cual nos indica que existe una asociación significativa entre eyaculación precoz y disfunción conyugal moderada.

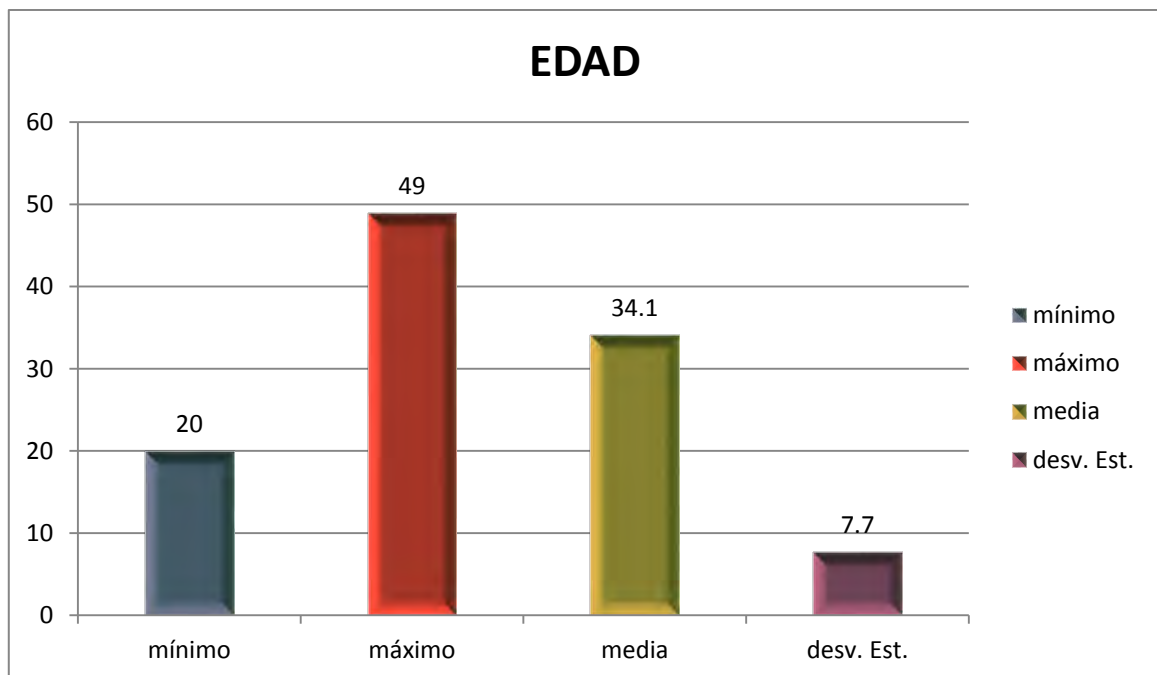
Se busco la relación entre el estado civil, escolaridad, edad, ocupación con la eyaculación precoz encontrándose un OR de 0.5,0.6,0.23,0.9 respectivamente.

Se encontró un OR de 5.1 para el estado civil y el subsistema conyugal con chi cuadrada de 209 con una  $p < 0.001$ .

Además se encontró una relación de la edad de 20 a 35 años con disfunción conyugal con un OR de 4.2 y una chi cuadrada de 32.5 y una  $p < 0.04$ .

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

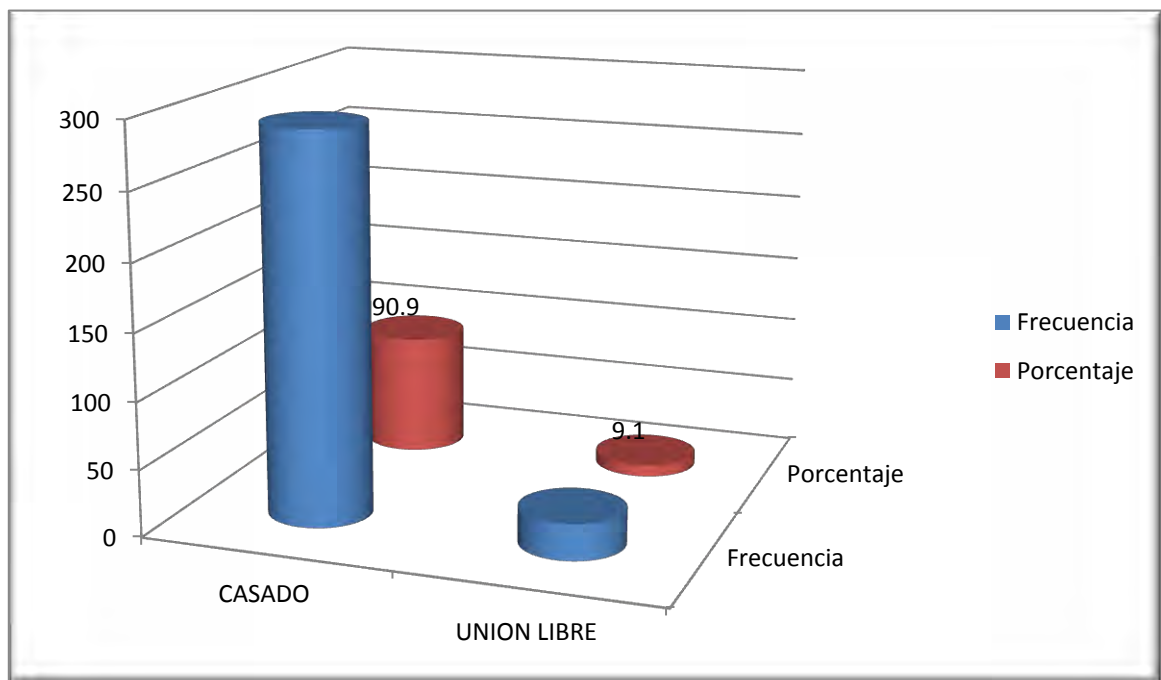
Grafica 1: Distribución de la edad de los pacientes encuestados



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

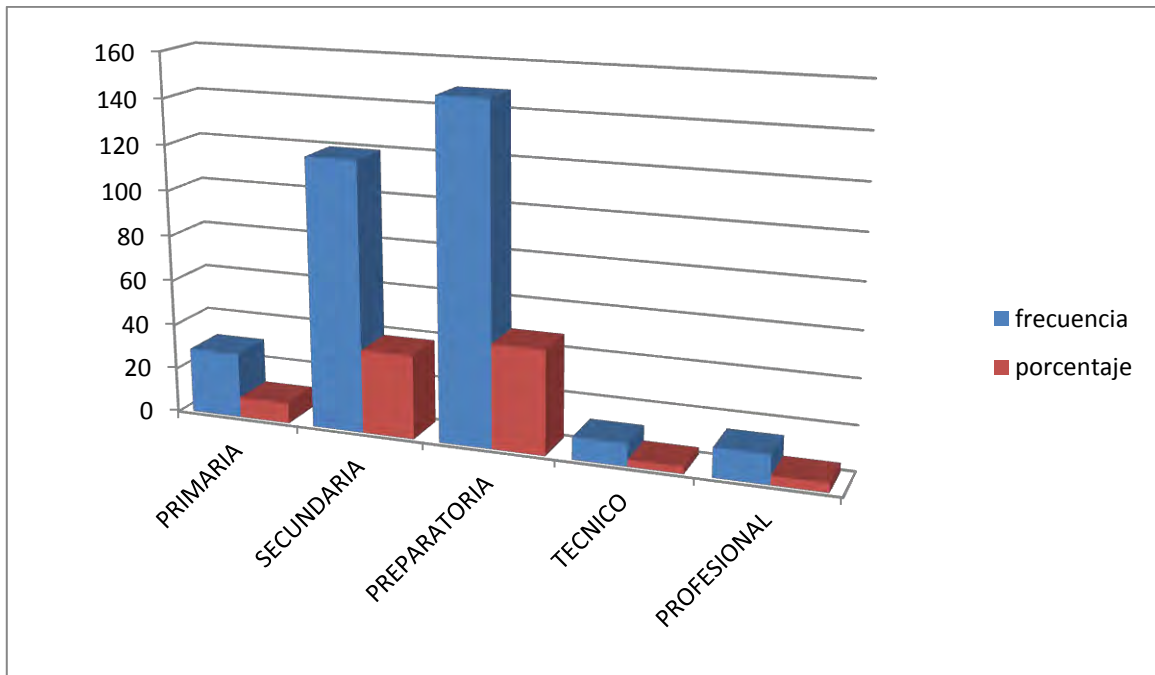
Grafica 2: Tipos de estado civil de los pacientes encuestados



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

Grafica 3: Distribución de escolaridad de los pacientes encuestados



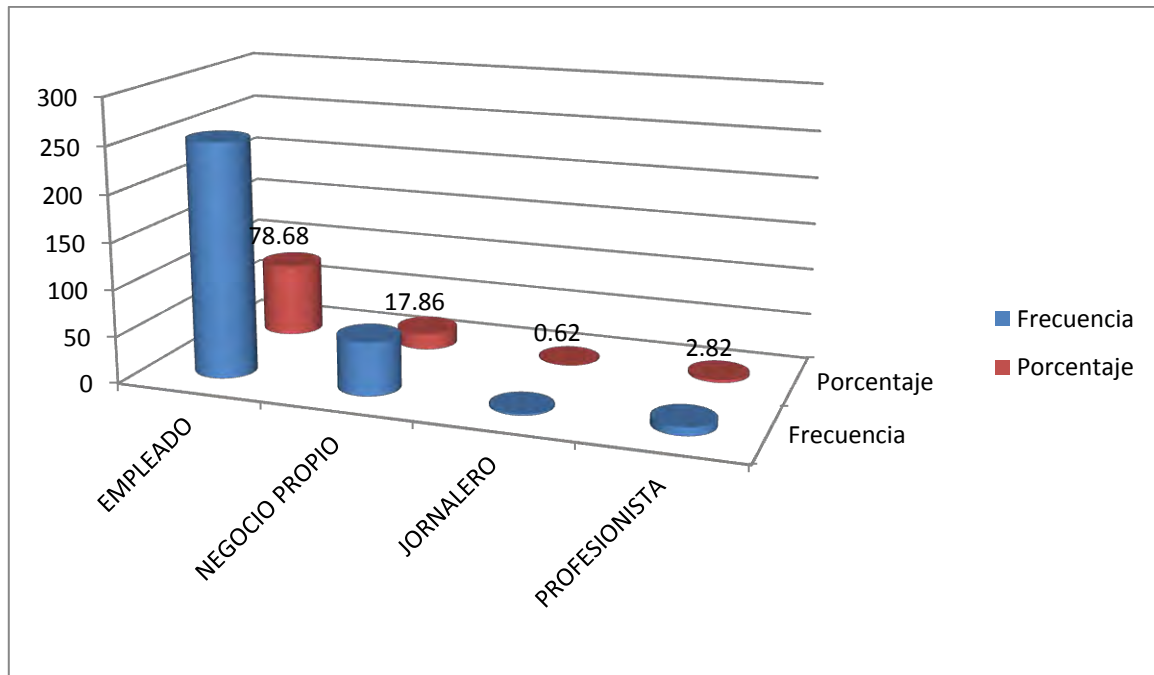
Fuente: encuesta



PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/ MF 28 COSTA RICA SINALOA.

OCUPACION DE LOS ENCUESTADOS.-

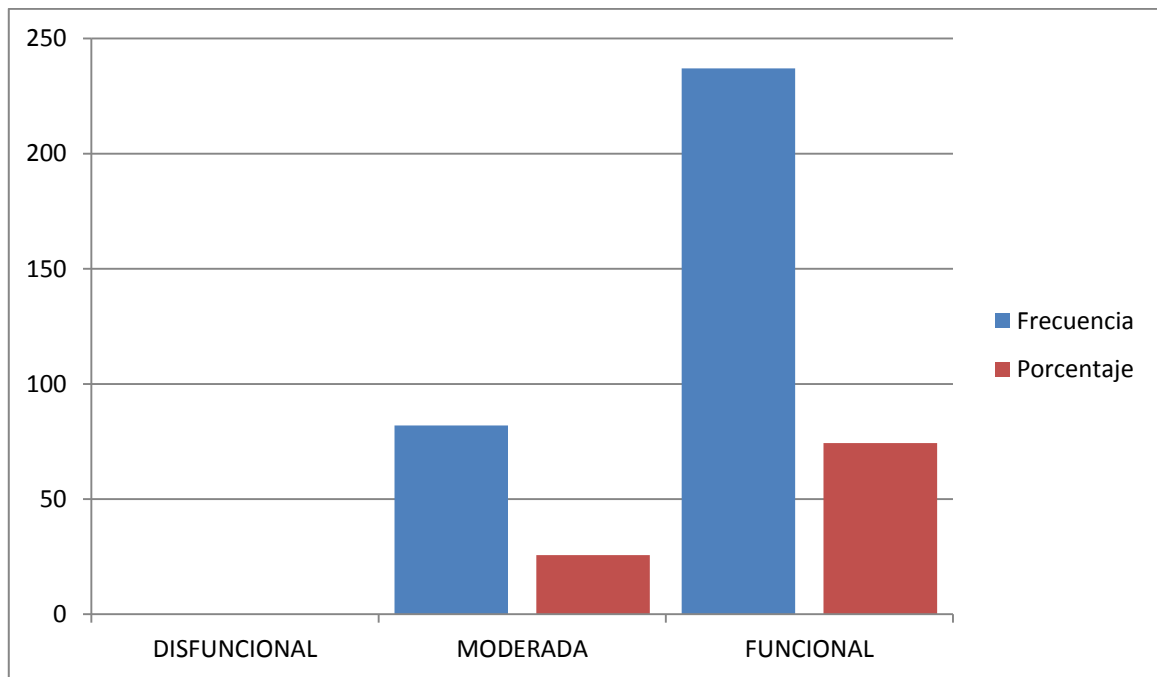
Grafica 4: Tipos de ocupación de los pacientes encuestados



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

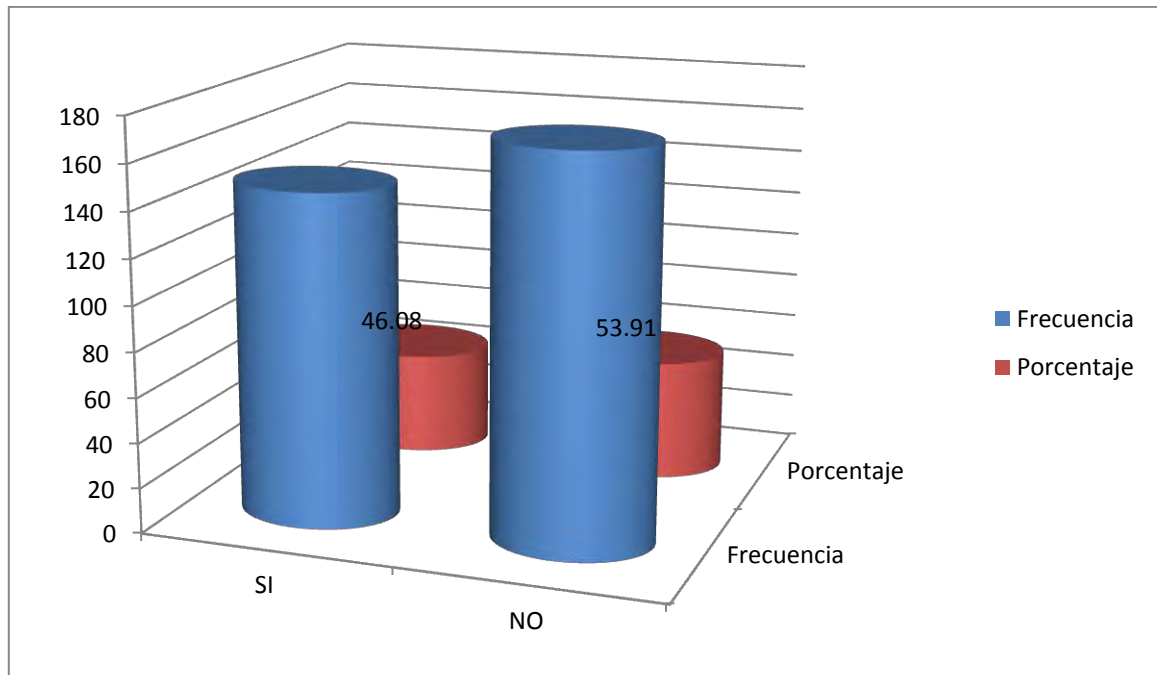
Grafica 5: Resultados de escala de subsistema conyugal



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

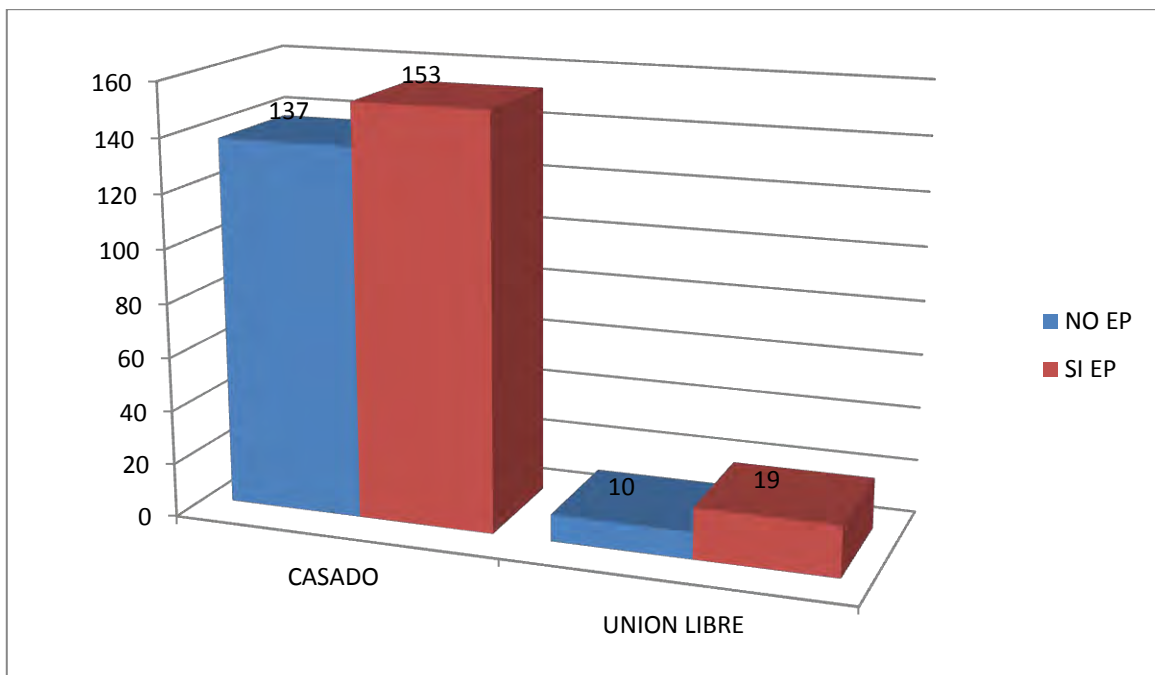
Grafica 6: Frecuencia de eyaculación precoz en población de estudio



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

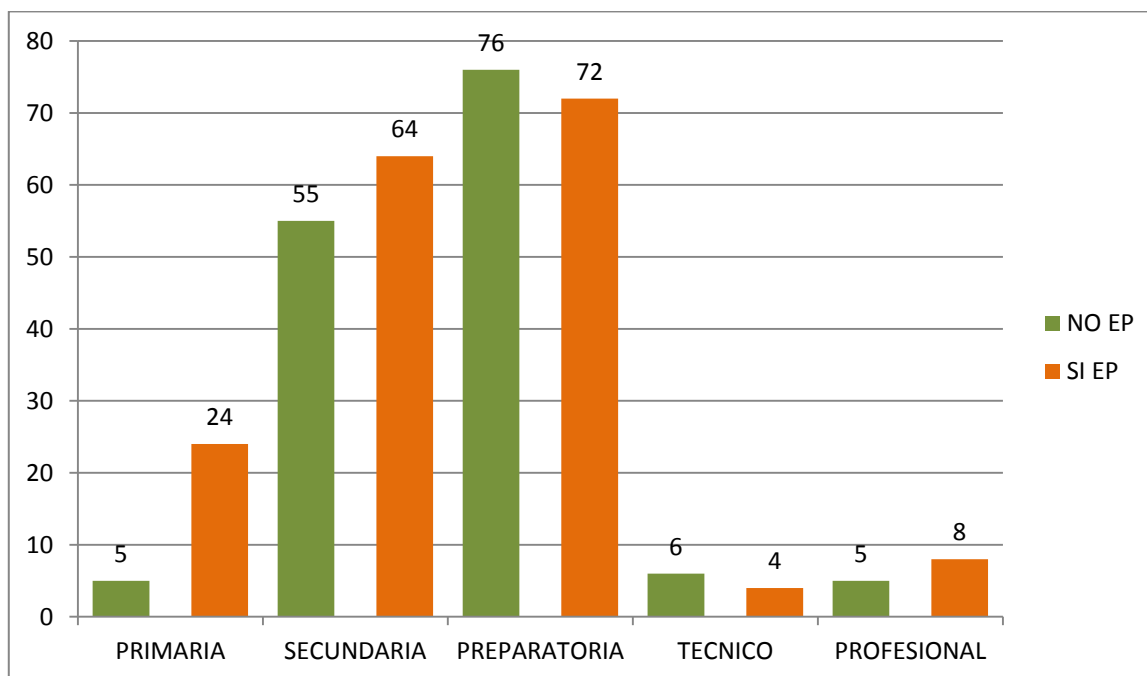
Grafica 7: Test diagnostico para la detección de eyaculación precoz en relación a estado civil.



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

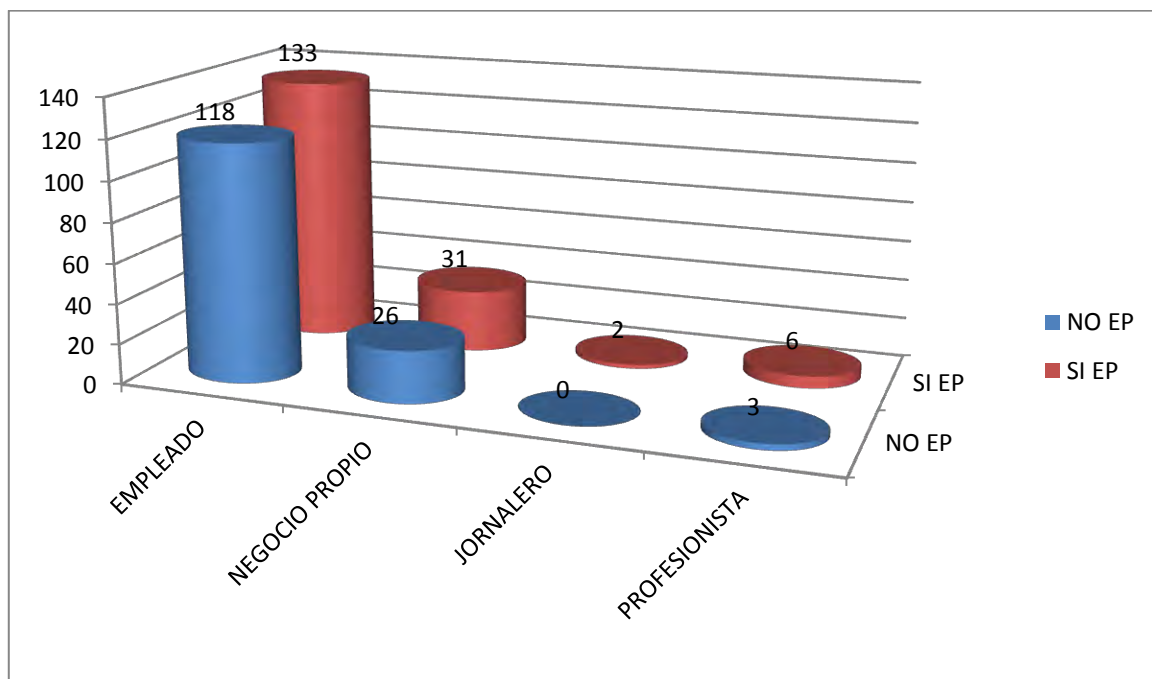
Grafica 8: Distribución de eyaculación precoz en relación a escolaridad.



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

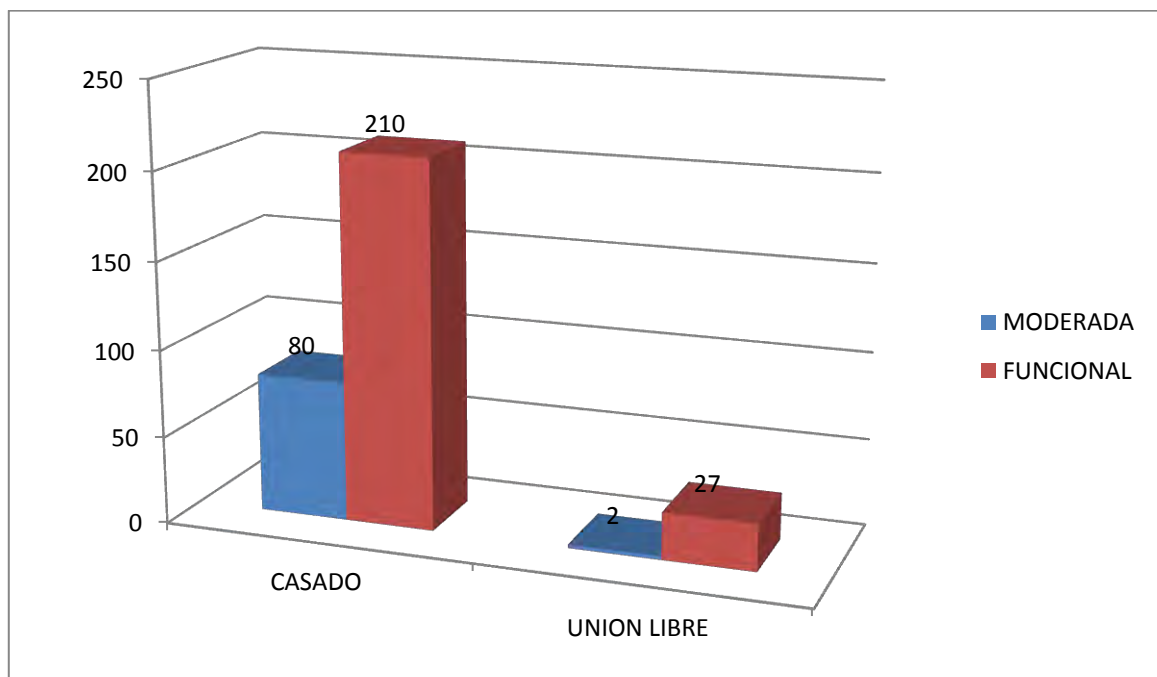
Grafica 9: Distribución de eyaculación precoz en relación a ocupación



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

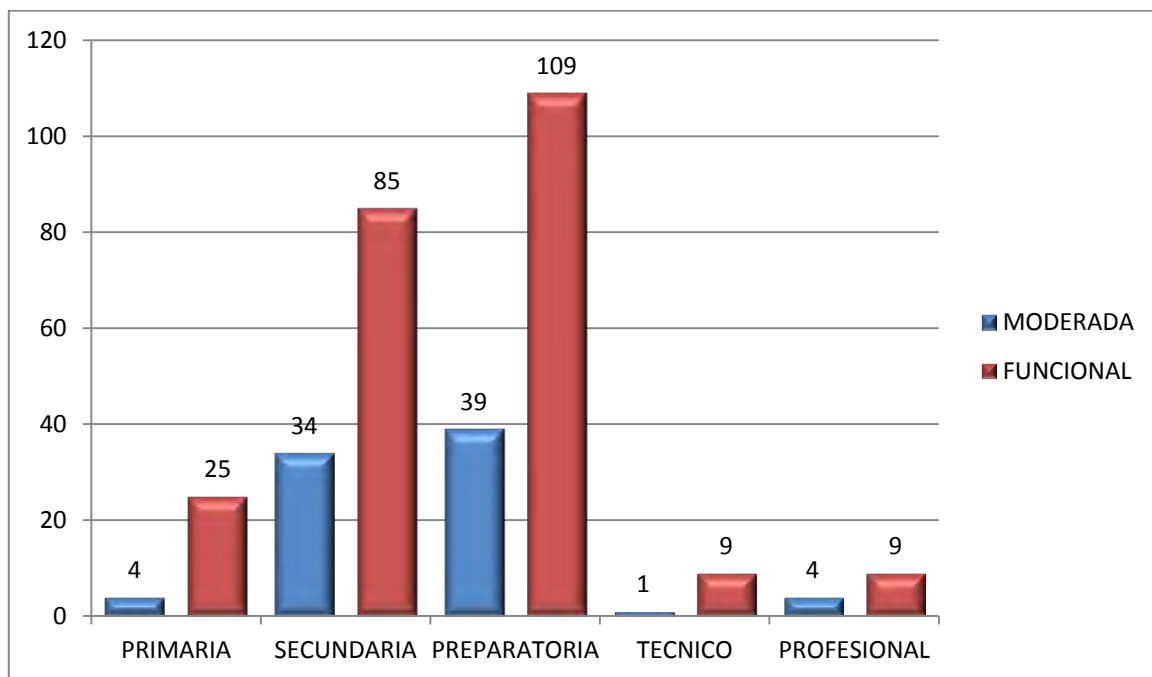
Grafica 10: Subsistema conyugal en relación a estado civil.



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

Grafica 11: Subsistema conyugal en relación a escolaridad

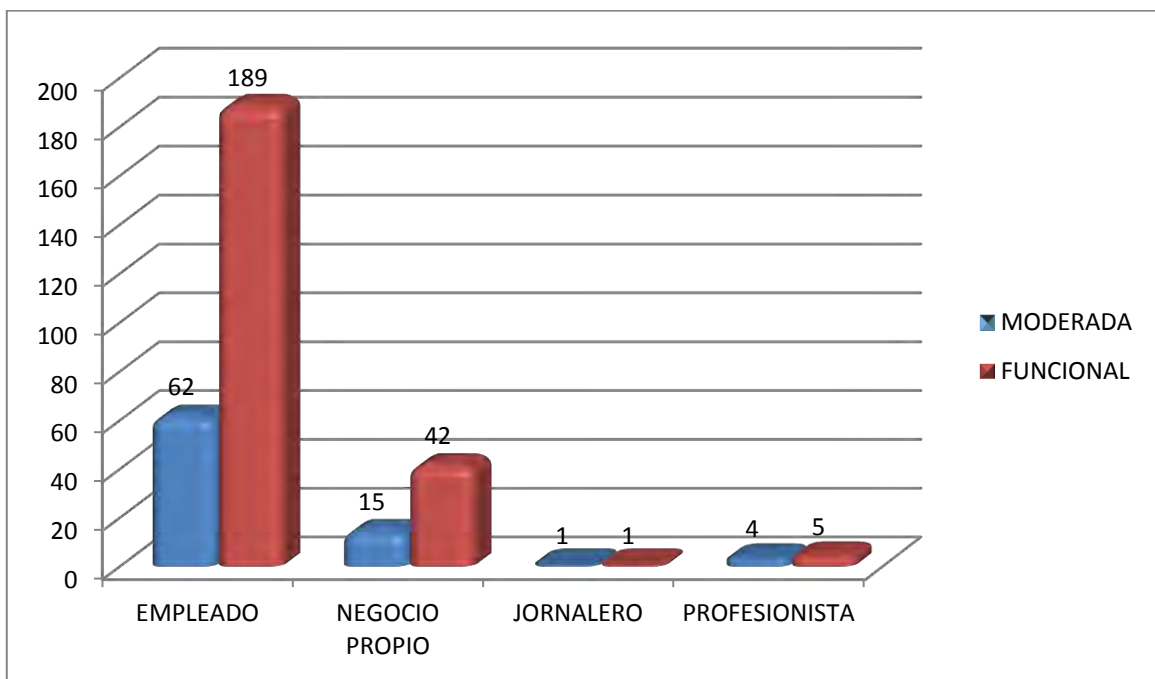


Fuente: encuesta



PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

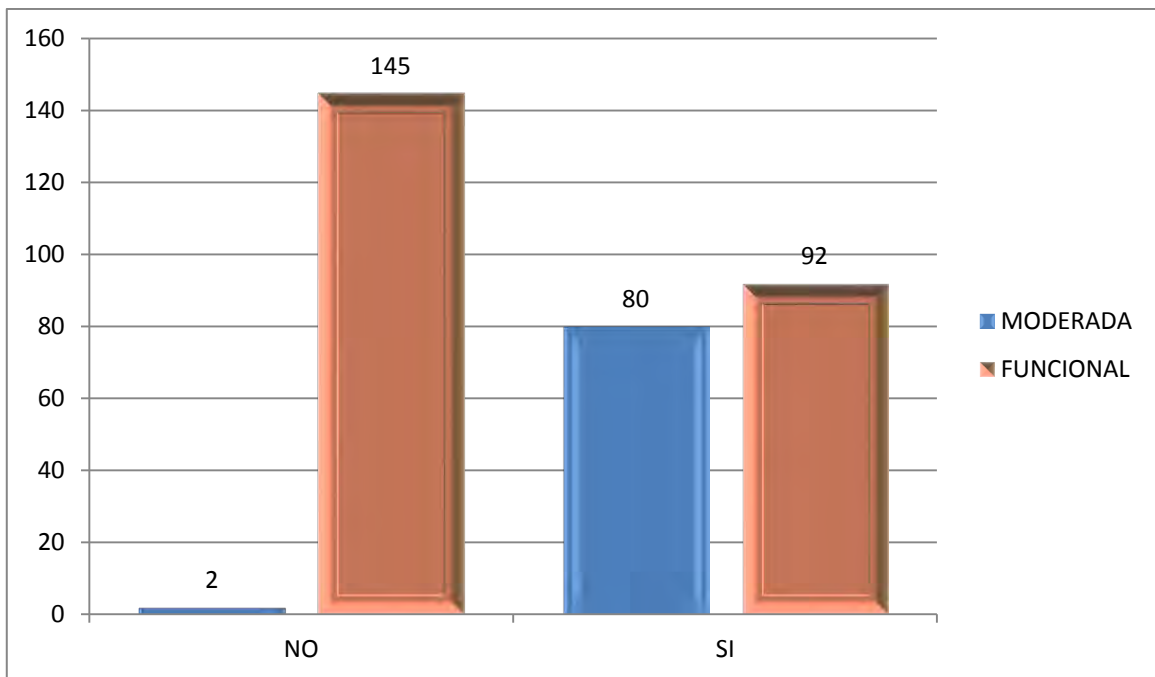
Grafica 12: subsistema conyugal en relación a ocupación



Fuente: encuesta

PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACIÓN PRECOZ EN PACIENTES DE 20 A 49 AÑOS DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

Grafica 13: Distribución de eyaculación precoz en relación a subsistema conyugal



Fuente: encuesta

## DISCUSION :

Como se ha visto en algunos estudios a nivel nacional, la eyaculación precoz es la principal disfunción sexual presentada por el hombre, esta se presenta hasta en un 42% de los pacientes a nivel nacional según Dr.- Murillo G.<sup>10</sup> En el presente estudio es del 54 % de los participantes tienen algún grado de eyaculación precoz, se sabe que a nivel mundial estos trastornos vienen acompañados de alteraciones psicológicas que condicionan otro tipo de alteraciones.<sup>15</sup>

En el presente estudio del total de los pacientes encuestados el 54% tiene algún grado de eyaculación precoz, esto no tiene relación con el nivel educativo del paciente ni con la actividad laboral ya que en los diferentes ocupaciones de los individuos encuestados fue prácticamente igual el número de pacientes que presento eyaculación precoz de los que no la presentaron; tal como en otros estudios en los que se ha visto que no hay una fuerte relación entre la eyaculación precoz y otros trastornos según Carson C, Gunn K.<sup>17</sup>

Por otra parte, tenemos un alto porcentaje de funcionalidad conyugal con un 74 % del total de los individuos, además, el resto de los encuestados dicen tener sólo moderada disfunción conyugal ya que nadie arrojó un resultado de disfunción conyugal severa. Al realizar la asociación entre variables nos dimos cuenta que si hay significancia estadística sobre todo en cuanto a disfunción conyugal moderada en relación a eyaculación precoz, lo que nos indica que tal como ocurre en otros estudios los problemas de eyaculación precoz son la principal queja entre las mujeres que tienen parejas con disfunción eyaculatoria.

Todos los pacientes, respondieron de forma individual y sin presiones ambos test, el de funcionalidad conyugal y el de eyaculación precoz, esto sin la interferencia del encuestador, sin embargo se observa que muchos pacientes no sabían exactamente que se les preguntaba a pesar de la simplicidad de los

ítems, por lo que fue necesario en algunos casos dar una explicación detallada, aun así, se realizó el presente estudio confiando en la sinceridad de los pacientes, y los resultados fueron superiores a lo visto en otros estudios. En cuanto al porcentaje de funcionalidad conyugal observado, es de esperarse que, quizá por el medio en el que vivimos, algunas personas, sobre todo los hombres, tiendan a acomodar, por así decirlo, los resultados para que esto sea a su favor, a pesar de que se hizo hincapié en la confidencialidad del estudio.

## CONCLUSIONES:

La prevalencia de eyaculación precoz en la población masculina de 20 a 49 años es de 3.24%.

La presencia de eyaculación precoz está asociada con disfunción del subsistema conyugal en pacientes del HGZ 28 Costa Rica Sinaloa lo cual fue estadísticamente significativo.

Los pacientes con edades entre 20 a 35 años de edad presentan más disfunción del subsistema conyugal.

## SUGERENCIAS.-

Creo que sería muy interesante realizar un estudio con las mismas características, y quizá con los mismos test, sobre todo el de eyaculación precoz o, al menos, alguno parecido, a la población femenina, ya que el “orgullo masculino” podría, interferir en un momento dado a la hora de contestar las encuestas, y aunque en el presente estudio se vio una elevada tasa de eyaculación precoz, quizá si lo viéramos desde el punto de vista de las mujeres que conviven con estos hombres, aumentarían el porcentaje de eyaculación precoz y disminuiría el de funcionalidad conyugal.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A EYACULACION PRECOZ EN PACIENTES DEL HGZ/MF 28 COSTA RICA SINALOA.

ACTIVIDADES	2012												2013											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
BUSQUEDA DE LITERATURA	X	X	X																					
ELABORACION DE PROTOCOLO			X																					
ENVIAR A COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DELEGACIONAL				X	X																			
RECOLECCION DE DATOS						X	X	X																
ANALISIS DE DATOS									X															
ELABORACION DE INFORME FINAL									X															
PRESENTACION DE TESIS										X														

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Minuchin s, familias y terapia familiar. Ed. Gedisa, 2004.
2. Huerta González JL, La familia en el proceso salud-enfermedad. Ed. Afil, 2005.
3. Mendoza L, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, et al., Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8 (1): 27-32.
4. Anzures Carro R., Medicina familiar, ed. corinter, 2008.
5. Salazar E, Boschetti B, Monrroy C, Ponce R, Irigoyen A. Disfunción familiar y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores, archivos en medicina familiar 2005; 7 (2): 45-48.
6. Sadock B, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 9th edition. Lippincott Williams & wilkins, 2009.
7. Arrondo J., La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar mas sano. Rev Int Androl. 2008; 6 (4): 260-4.
8. First M, DSM IV TR: manual de diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Ed masson, 2009.
9. González C., Eyaculación precoz en la practica del medico familiar. Aten Fam 2007; 14 (1): 9-11.
10. Murillo G., Eyaculación precoz. Med Int Mex 2010; 26 (3): 250-258.
11. Young B, Coolen L, McKenna K., Neural regulation of ejaculation. J Sex Med 2009; 6 (suppl 3): 229-233.
12. McMahon C, Althof S, Waldinger M, Porst H, Dean J, et al., An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the international society for sexual medicine ad hoc committe for the definition of premature ejaculation. BJU international 2008; 102; 338-350.



13. Erectile Dysfunction Guideline Update Panel. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. Linthicum (MD): American Urological Association, Inc.; 2004. 19 p.
14. Nuyts G, Hill K, Jones M, Current practice and resource utilisation in men diagnosed with premature ejaculation. *J Clin Pract* 2008; 62 (10): 1533-1540.
15. Hobbs K, Symonds T, Abraham L, May K, Morris M., Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *International journal of impotence research* 2008; 20: 512-517.
16. Barnes T, Premature ejaculation: the scope of the problem. *Journal of sex and marital therapy*, 2007; 33: 151-170.
17. Carson C, Gunn K, Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research* 2006; 18: 5-13.
18. Aydur E, Gungor S, Ceyhan S, Taiimaz L, and Baser I., Effects of childhood circumcision age on adult male sexual functions. *International journal of impotence research* 2007; 19: 424-431.
19. Mc Mahon C, Abdo C, Incrocci L, Perelman M, Rowland D, et al., Disorders of orgasm and ejaculation in men. *Journal of Sexual Medicine*, 2004; 1 (1) 1-9.
20. Linton K, Wylie K., Recent advances in the treatment of premature ejaculation. *Drug Design, Development and Therapy*, 2010; 4: 1-6
21. Morales A, Barada J, Wylie M, A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. *BJU international*, 2007; 100: 493-501.
22. Busato W, Galindo C, Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomised, placebo-controlled study. *BJU International*, 2004; 93: 1018-1021.

23. Salem E, Wilson S, Bissada N, Delk J, Hellstrom W, et al., Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med* 2008; 5: 188-193.
24. Zapata A, Castillo G, Camacho V, Schwartz A, Ibañez J., Uso de la paroxetina en eyaculación precoz: tratamiento continuo vs. A demanda. *Rev Mex Urol* 2009; 69 (2): 49-52.
25. Safarinejad M, Safety and efficacy of venlafaxine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomised study. *Andrología* 2008; 40: 49-55.
26. Safarinejad M, Safety and efficacy of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomised study. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33: 1259-1265.
27. Buvat, J, Tesfaye, F, Rothman M, Rivas D, Giuliano F, Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur. Urol.* 2009; 55: 957-968.
28. Mathers M, Klotz T, Roth S, Lummen G, Sommer F., Safety and efficacy of vardenafil versus sertraline in the treatment of premature ejaculation: a randomised, prospective and crossover study. *Andrología* 2009; 41: 169-175.
29. Wang W, Minhas S, Ralph D, Can sildenafil treat primary premature ejaculation? A prospective clinical study. *International journal of urology* 2007; 14: 331-335.

## ANEXOS.

### EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
<b>Comunicación:</b>			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que inter-cambia	0	5	10.
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
<b>Adjudicación y asunción de roles:</b>			
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
<b>Satisfacción sexual:</b>			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexual-es	0,	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
<b>Afecto:</b>			
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
<b>Toma de decisiones:</b>			
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

## Herramienta para evaluar la eyaculación precoz

Este cuestionario ayuda a identificar varones que puedan tener un problema de eyaculación precoz durante la actividad sexual. Aunque usted no tenga problemas, por favor, conteste todas las preguntas.

- Por favor, marque con una cruz "X" la casilla que mejor describa su respuesta para cada pregunta.
- Por favor, marque sólo una casilla para cada pregunta.
- Recuerde que para estas preguntas no existen respuestas acertadas o equivocadas.
- Aunque sus experiencias puedan variar de vez en cuando, lo que a nosotros nos interesa aquí es su experiencia en general en las relaciones sexuales.

### Definición:

Eyaculación en este caso se refiere a la eyaculación (la expulsión de semen) después de la penetración (cuando el pene penetra a su pareja).

	Nada difícil	Algo difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
1. ¿Hasta qué punto le resulta difícil retrasar la eyaculación?					
	Casi nunca o nunca 0%	Menos de la mitad de las veces 25%	Aproximadamente la mitad de las veces 50%	Más de la mitad de las veces 75%	Casi siempre o siempre 100%
2. ¿Eyacula antes de lo que quisiera?					
3. ¿Eyacula con muy poca estimulación sexual?					
	Para nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4. ¿se siente frustrado por eyacular antes de lo que quisiera?					
5. ¿Cuánto le preocupa que el tiempo que tarda en eyacular deje sexualmente insatisfecha a su pareja?					

8 o menos = no existe eyaculación precoz.

9 ó 10 = probable eyaculación precoz.

11 ó más= eyaculación precoz.

**PREVALENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL ASOCIADO A  
EYACULACION PRECOZ EN PACIENTES DEL HGZ/MF 28  
COSTA RICA SINALOA.**

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.**

Folio. \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIACION \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ GRADO DE ESTUDIO \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

ESCALA SUBSISTEMA CONYUGAL \_\_\_\_\_ ( SE ANEXA )

ESCALA EPDT ( ESTUDIO PARA DETECCION DE EYACULACION  
PRECOZ ) \_\_\_\_\_ SE ANEXA

Fecha \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_