

112262

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
EL ROSARIO

**CANCER DE PROSTATA Y
DISFUSION CONYUGAL**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. DAVID OBED MONTERREY RANGEL**

Asesor: Dra. Mónica Enríquez Neri
Profesor Titular de la Especialización en Medicina
Familiar Adscrita a la U.M.F. No. 33 El Rosario



MEXICO, D. F.

2001

TESIS CON
FALLA DE CINGEN



SIGNATURA DE ENSEÑANZA

U.M.F. No. 33

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



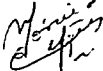
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


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.

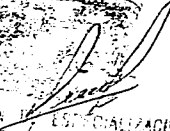

.....
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO


.....
DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR


.....
DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR


.....
DR. DAVID OBED MONTERREY RANGEL
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN


DIVISION DE ESPECIALIZACION
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

A MI PADRE: Gracias por ser un ejemplo en mi vivir. Gracias por los sacrificios que has hecho por mí. Gracias por tus consejos, tus palabras de aliento y por el apoyo incondicional que siempre me has brindado. Esta tesis es para ti, de alguien que siempre te ha admirado.

A MI MADRE: Gracias por la paciencia que siempre me has tenido. Gracias por tu comprensión, tu apoyo, tus llamadas de atención y por la preocupación constante que siempre has mostrado por mí. Pero sobre todo, gracias por tu Amor.

A MIS HERMANOS: Con todo mi cariño, gracias.

A LA DRA. MONICA: Gracias por su amor a la docencia y su Entrega completa en nuestra formación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Página
TITULO	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
ANÁLISIS	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TITULO

*CÁNCER DE PROSTATA Y
DISFUNCIÓN CONYUGAL*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata día a día se incrementa de manera alarmante. Esto debido a que la esperanza de vida de la población a aumentado considerablemente en las últimas décadas(1).

El carcinoma de próstata es el tumor maligno más común y la segunda causa de muerte por cáncer en orden de frecuencia después del cáncer de pulmón en el hombre. La incidencia mundial es alta en el noroeste de Europa y Norteamérica y más baja en Oriente. Suecia, Noruega y Suiza comunican tasas de mortalidad de 28,5 - 32,3 por 100,000 mientras que Japón, Hong Kong y Shanghai tienen menos de 3,6 muertes por 100,000(2). En México no contamos con datos exactos sobre la incidencia de cáncer de próstata, no obstante si se observa un incremento importante de casos detectados con esta enfermedad.

Como todos los cánceres, la etiología y la patogenia del carcinoma prostático son desconocidas. No obstante, parece demostrado que el 80 % de los adenocarcinomas prostáticos se inician en la glándula caudal, que es la que tiene mayor dependencia androgénica(3).

El 85 % de los carcinomas prostáticos son adenocarcinomas, que se originan en el epitelio de los ácinos periféricos, siendo los derivados de los túbulos glandulares mucho menos frecuentes. Estos últimos pueden tener simultáneamente elementos transicionales. Los síntomas irritativos y obstructivos se presentan de manera simultánea o progresiva, con un cuadro clínico que cede peor al tratamiento.

De manera simplista, el carcinoma de próstata atraviesa diferentes fases: en un primer estadio sería incidental, latente, oculto, clínicamente asintomático; en un estadio posterior el carcinoma, estaría confinado en la cápsula prostática, es decir, sin invasión peri prostática, lo cual conlleva manifestaciones clínicas de prostatismo pero no síntomas de invasión (carcinoma confinado a la glándula); en un tercer estadio, el carcinoma sería localmente invasivo, con afectación de cápsula prostática y/o las vesículas seminales, lo cual indicaría que está sobrepasada la indicación quirúrgica oncológica

En último lugar se trataría del carcinoma diseminado a ganglios o a órganos distantes.

Para el diagnóstico de cáncer de próstata se usa aparte de la Historia Clínica Completa, tacto rectal, ecografía prostática con sonograma hípo ecoico, estudio radiológico urográfico, tomografía, Resonancia magnética, biopsia, y antígeno prostático.

Con respecto al tratamiento, cuando se trata de tumoraciones localizadas, la cirugía radical prostática ofrece las mejores expectativas de vida.

En los carcinomas localmente avanzados se renuncia en general a la cirugía radical y se efectúa un tratamiento coadyuvante para intentar recuperar a pacientes que puedan someterse a cirugía radical, o bien se indica radioterapia regional(4).

6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los casos localmente avanzados o diseminados existe la alternativa médica del «bloqueo hormonal máximo», que fundamentalmente consiste en la supresión androgénica total mediante la aplicación de análogos hipofisarios (o bien cirugía ablativa de la fuente androgénica testicular con orquiectomía total o subalbugínea) más la adición de antiandrógenos (naturales o sintéticos) que tratan de bloquear en la célula diana prostática la posible acción de los andrógenos suprarrenales(5).

En la enfermedad del cáncer de próstata existen dos aspectos importantes que la colocan en un lugar aparte de la mayoría de otras enfermedades y que determinan la manera en que los pacientes responden a su enfermedad. El primero es la pérdida del control que el paciente tiene sobre las diferentes modalidades terapéuticas, ya que no participa en el tratamiento quirúrgico, la quimioterapia o la radioterapia, esto implica una dependencia hacia el especialista que realiza dicho tratamiento(5). Es poco lo que el paciente puede hacer para manejar su enfermedad. Esto limita severamente el sentimiento de control que pueda tener sobre la misma. No son muchas las enfermedades que colocan al enfermo en esta posición. Por ejemplo el paciente diabético puede administrarse sus medicamentos y seguir una dieta que mejore su condición. Los pacientes ulcerosos, nefróticos etc. Pueden tener cierto control sobre su tratamiento, tanto en la ingesta de medicamentos como en el seguimiento de dietas. Esta participación activa no es posible para los pacientes con cáncer.

El segundo es la incertidumbre sobre el pronóstico, ya que siempre existe la posibilidad de una metástasis no descubierta o de una recurrencia imprevista. Se han realizado varios estudios en el ámbito mundial con respecto al impacto de enfermedades crónicas y mortales, en donde se ha observado una relación entre alteraciones en el ámbito familiar y la presencia de una enfermedad crónica o mortal como es el cáncer de próstata, y más si el afectado es uno de los cónyuges. el ámbito más afectado es el psicológico.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, los doctores Ma. Del Carmen Lara Muñoz y Manuel Alvear Galindo, comentaron que las patologías psiquiátricas más frecuentes en pacientes con cáncer de próstata, fueron los trastornos adaptativos y en segundo lugar los síndromes orgánicos cerebrales(6).

El principal efecto secundario del tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata es la impotencia sexual del paciente(7) que causa un impacto psicológico en el paciente, afectando el subsistema conyugal y repercutiendo en toda la familia.

Recordemos que el cáncer de próstata puede tomarse una enfermedad crónica. Laviets describe la enfermedad crónica de la siguiente manera: "La enfermedad crónica se caracteriza por una larga duración y repetidas exacerbaciones".

Frecuentemente está presente mucho antes de evidenciarse y a menudo es irreversible. Por otra parte, el curso usual es el deterioro progresivo, aunque a menudo lento(8).

Las enfermedades crónicas como pudiera ser el cáncer de próstata dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez lo más importante, a una disminución en la calidad y plenitud de la vida.

La meta tradicional en el tratamiento de los estadios tempranos de cáncer de próstata ha sido maximizar la supervivencia; sin embargo, en años recientes, la medida del éxito del tratamiento también a empezado a incluir ciertas variables como la calidad de vida en relación con la salud(9).

Es importante tener siempre en cuenta, que cualquier enfermedad crónica y peligrosa, afecta a la familia, dependiendo de la peligrosidad de la enfermedad y de la integración familiar que existía antes de la aparición de la enfermedad.

Recordemos que el cáncer de próstata afecta de alguna manera a toda la estructura familiar y dependiendo de que tan funcional ó disfuncional esta se encontraba antes de la aparición de la enfermedad, dependerá la manera en que altera al nucleo familiar y su capacidad de seguir adelante(10).

Debemos de recordar que la edad promedio de aparición del cancer de próstata es de 60 años. Podemos decir en términos muy generales que es en el inicio de la vejez. Como ya se sabe en esta etapa de la vejez existe una gran gama de crisis. Una de estas crisis es la de desarrollo en donde hay una pérdida del vigor juvenil. La equiparación del vigor juvenil con la sexualidad hace que las personas de edad se sientan timidas y llenas de excusas con respecto a su apariencia y reacias a buscar el placer sexual. La disfunción en las relaciones sexuales es entonces una de las crisis por las que se atraviesa durante la vejez(11). Esto afecta principalmente al hombre y va a repercutir en el subsistema conyugal.

Si además de esta crisis "esperada" hasta cierto grado, agregamos la aparición de una enfermedad como el cancer de próstata que afecta, posterior al tratamiento, la vida sexual del paciente, imaginemos la crisis que afrontará la familia. La familia tiene que realizar muchos cambios para poder convivir con la enfermedad.

Si el paciente es el jefe del hogar y por lo tanto el sostén económico, la familia, en especial la esposa, tiene que realizar una renegociación de roles, en donde la mayoría de las veces, toma el papel del padre. Cuando lo anterior no es posible de realizar, puede ser causa de disfunción familiar severa que pudiera llevar a la desintegración de la familia.

Se han realizado varios estudios en el ámbito nacional y mundial en donde se observa problemas disfuncionales en el ámbito conyugal cuando hay problemas sexuales. Recordemos que una complicación muy frecuente en el tratamiento del cancer de próstata es la impotencia, que pudiera ser causa de serios problemas en el ámbito conyugal.

Para evaluar disfunción eréctil, existen múltiples instrumentos que nos pueden ayudar a detectarla. Uno de esos instrumentos es el inventario para la salud masculina (HIFE-5), el cual se basa en el índice internacional de la función eréctil (IIFE). Este instrumento que consta de 5

preguntas está diseñando para ayudar a identificar si está experimentando disfunción eréctil para posteriormente discutir las opciones potenciales de tratamiento.

La principal característica de la enfermedad crónica, en términos del desarrollo de paradigmas para su sistematización y tratamiento, es la presencia conjunta de dos atributos: la permanencia y la globalidad. La primera alude al tiempo: la enfermedad crónica es una enfermedad extendida en el tiempo, que se inicia y se prolonga sin límite definido. No es episódico, es destino.

El segundo atributo alude al paciente, la enfermedad crónica no se detiene en el órgano afectado o en el menoscabo parcial. Afecta todas las esferas de la vida: el trabajo, las obligaciones sociales, la vida familiar. No es un accidente, es una alteración vital.

Como ya se mencionó anteriormente, pudiera ocurrir una desintegración de la familia si no es ayudada adecuadamente.

Resulta importante para la medicina familiar establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares a su cuidado, ya que se considera inapropiado que el dinamismo familiar sea calificado como normal o anormal, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar (12).

Es evidente que la familia estructural y funcionalmente deficiente contribuye negativamente a la sociedad en su conjunto; sus individuos lesionan no solo al paciente, sino a las diferentes estructuras sociales. Es por lo tanto obligación del médico familiar investigar la existencia de disfunción familiar, en este caso, en pacientes con cáncer de próstata, ya que de no hacerlo, las recaídas, la cronicidad y el fracaso terapéutico serán frecuentes.

Poco se ha estudiado con respecto al impacto que pudiera tener el cáncer de próstata en la familia de manera muy específica. Se ha mencionado de forma muy general, que todas las neoplasias de alguna forma afectan a la familia. No obstante los datos son vagos. Y hasta el momento nosotros no encontramos algún estudio que se enfoque en la disfunción familiar en pacientes con cáncer de próstata.

Los instrumentos hasta ahora utilizados para evaluar la funcionalidad familiar han demostrado en su aplicación algunas limitaciones para uso generalizado, los más utilizados son: APGAR familiar, Índice de funcionamiento familiar, clasificación triaxial de la familia, Prueba de McMaster y Modelo Psicodinámico Sistémico de evaluación familiar.

Existe otro instrumento propuesto por el Dr. Victor Chavez para evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir, que son comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Dicho instrumento debe ser empleado por el médico entrevistador y completado en un máximo de dos entrevistas (13).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es entonces el cáncer de próstata un problema nacional y mundial que aumenta de manera importante. El cáncer impacta a la familia de manera espectacular. Causa alteraciones en ella.

Nosotros debemos de estar atentos y ser capaces de prevenir, diagnosticar y en su momento manejar a las familias que tengan este tipo de problemas. Es por eso que decidimos realizar un trabajo en el cual se investigue la frecuencia de disfunción en el subsistema conyugal en pacientes con cáncer de próstata en la U.M.F. 33 del I.M.S.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL

*DETERMINAR CUAL ES LA FRECUENCIA DE DISFUNCION EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA
EN LA U.M.F. 33*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 IDENTIFICAR EL GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN FAMILIAS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.
- 2 DETERMINAR LA FRECUENCIA DE DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISFUNCION FAMILIAR.
- 3 DETERMINAR EL RANGO DE EDAD EN LOS PACIENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISFUNCION FAMILIAR.
- 4 DETERMINAR EL RANGO DE EDAD DEL CONYUGE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISFUNCION FAMILIAR.
- 5 DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PAREJAS ESTUDIADAS EN DONDE ABARCAREMOS LA OCUPACION, ESCOLARIDAD Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó del 1 de septiembre del 2000 al 31 de agosto del 2001 en la U.M.F. 33 El Rosario del I.M.S.S. Se trató de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo que cumplió con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1972 y posteriormente en Tokio, así como las normas emitidas por la Secretaría de Salud a través del diario oficial del 26 de Enero de 1982 y por el manual de la Coordinación de Educación Médica e Investigación.

Se acudió a cada uno de los consultorios de ambos turnos que conforman dicha unidad, para identificar a todos los pacientes que fueron diagnosticados con Cáncer de próstata de enero de 1996 a junio del 2001. Se revisaron los expedientes para captar el método en que fueron diagnosticados y el tratamiento que recibieron. En total se encontraron 63 pacientes, de los cuales, 39 junto con sus cónyuges, que es el tamaño de la muestra, cumplieron con los criterios de inclusión que fueron: ser derechohabiente de la unidad, diagnosticado con cáncer de próstata en los últimos 6 años, que vivan con su cónyuge, que tengan expediente completo y que hayan aceptado ser incluidos en este estudio. A todas estas personas se les aplicó una encuesta para evaluar las siguientes variables:

Disfunción en el subsistema conyugal que se definió como cualquier alteración de la dinámica del subsistema que impide una interrelación madura y satisfactoria que impide continuar con su trayecto natural. Se usó el instrumento propuesto por el Dr. Victor Chavez en donde se evalúa la comunicación, la adjudicación y asunción de roles, la satisfacción sexual, el afecto la función de expectativas. En base a los resultados podemos tener una familia funcional, moderadamente disfuncional y severamente disfuncional.

Otra variable fue el cáncer de próstata que se definió como una enfermedad maligna que afecta a la próstata. Su diagnóstico pudo haber sido por cualquier medio.

Otra variable estudiada fue la disfunción eréctil que se definió como la incapacidad de lograr mantener una erección suficiente para tener una relación sexual. Para esto se utilizó el inventario para la salud masculina (IIFE-5), el cual se basa en el índice internacional de la función eréctil (IIFE). Este instrumento consta de 5 preguntas. La puntuación es de 0 a 5 en cada pregunta. Si la puntuación es de 21 o menos, el paciente muestra signos de disfunción eréctil.

La edad fue otra variable que se estudió y que se definió como el tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Otra variable fue el nivel de ingresos que se definió como la sumatoria de pesos obtenidos por el pago de un servicio prestado o por ganancias de producción mensualmente. En base a esto, los resultados eran nivel alto si los ingresos eran superiores

a los 9,000 pesos, medio si eran entre 5,000 y 9000 pesos, bajo si eran entre 3,000 y 5000 pesos, ó extremadamente bajo si era menos de 3,000 pesos.

El nivel socioeconómico, que fue otra variable estudiada, se definió como al estatus de vida social y económica en el que el paciente se ha desarrollado hasta el momento de su ingreso en el estudio. Se tomaron en cuenta para esto las condiciones de vida, el hacimiento y la escolaridad del jefe de familia. Siendo los posibles resultados, bueno, regular ó malo.

Una variable también estudiada fue la ocupación que se definió como la actividad que desempeña la persona para obtener un ingreso monetario o con la finalidad de satisfacer sus necesidades. La clasificación fue de bueno si se trataba de gerente, jefe de algún servicio o sector, industrial o dueño de algún comercio grande, regular si se trataba de pequeño comerciante o profesional, ó malo si se trataba de obrero, jornalero o empleado.

Otra variable fue la del estado civil que se definió como la institución social en forma de contrato o no, que constituye la forma reconocida de constitución de una familia. Se clasificó como soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

La educación fue otra variable que se definió como la cantidad de años de estudio obtenida por la persona hasta el momento del estudio. La clasificación fue de buena si se contaba con más de 7 años de estudio, regular si se tenía de 4 a 7 años de estudio, ó mala con menos de 3 años de estudio.

Finalmente, al obtener los datos de las encuestas, se aplicaron métodos de estadística descriptiva, obteniéndose medias y porcentajes para posteriormente tabular y graficar los resultados.

Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los siguientes programas, Word, Excel y Graphics.

RESULTADOS

De enero de 1996 a junio de 2001, hubo 63 pacientes con diagnóstico de Cáncer de próstata en la U.M.F.33. de estos, 39 pacientes cumplieron todos los criterios solicitados.

Tenemos entonces que el promedio de pacientes diagnosticados anualmente con cáncer de próstata fue de 6.5 pacientes diagnosticados anualmente. El año con mayor número de pacientes diagnosticados fue en el 2000 con 11 pacientes, y el año actual es donde menos pacientes tenemos diagnosticados hasta el momento con solo 2 pacientes. (Tabla y Gráfica 1)

El 100% de los pacientes estudiados fueron prostatectomizados y posteriormente recibieron quimioterapia.

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 66.66, la edad más frecuente fue de 68 años. Los pacientes que presentaron disfunción conyugal tuvieron una edad promedio de 66.63 años. (Tabla y Gráfica 2)

El promedio de edad de las cónyuges fue de 61.76 años. Siendo la edad mas frecuente la de 63 años. (Tabla y Gráfica 3)

Del total de 39 pacientes se observó que 34 (87%) de ellos eran casados, 5 (12.82%) en unión libre. Se encontraron con disfunción conyugal 17(50%)pacientes casados y 2 (50%) de los pacientes en unión libre (Tabla y Gráfica 4)

En cuanto a la escolaridad de nuestros pacientes, se observó que 4 (10%) tenían una educación buena, 20 (51.28%) tenían una educación regular y 15 (38.46%) presentaron una educación mala. De los 19 pacientes que presentaron disfunción conyugal, 10 (52.63%) tenían una educación regular, 9 (47.37%) tenían una educación mala. Ningún paciente con educación buena presentó disfunción conyugal. (Tabla y Gráfica 5)

En cuanto a las cónyuges, 15 (33%), presentaron una educación regular y 24 (67%) presentaron una educación mala. (Tabla y Gráfica 5 bis)

En cuanto a la ocupación se encontró solo un paciente (3%) con ocupación buena, 14 (36%) con ocupación regular y 24 (61%) con ocupación mala. (Tabla y Gráfica 6)

De los 19 pacientes con disfunción conyugal, 8 (42.11%), tenían una ocupación regular, y 11 (57.89%) tenían una ocupación mala. Ningún paciente con ocupación buena presentó disfunción conyugal. Todas las cónyuges se dedicaban a las labores del hogar.

Con respecto al ingreso mensual familiar obtuvimos cero pacientes con ingreso alto, 6 (15.38%) presentaron un ingreso medio, 29 (74.36%) tenían un ingreso bajo, y 4 (10.26%) presentaron un ingreso familiar mensual extremadamente bajo.

De los 19 pacientes con disfunción conyugal, 2 (10.53%) presentaron un ingreso mensual medio, 16 (84.11%) presentaron un ingreso bajo, 1 (5.26%) tenía un ingreso familiar mensual muy bajo. (Tabla y Gráfica 7)

Con respecto al nivel socioeconómico de los pacientes estudiados, 11 (28%) tenían un nivel socioeconómico bueno, 23 (59%) presentaron un nivel socioeconómico regular y 5 (13%) tenían un nivel socioeconómico malo. (Tabla y gráfica 8)

Con relación a la disfunción eréctil, se encontró que 28 pacientes (72%) la presentaron, 11 (28%) no presentaron disfunción eréctil. (Tabla y gráfica 9)

Con relación a la funcionalidad en el subsistema conyugal se encontró que 20 parejas (51.28%) no presentaron disfunción conyugal y 19 (49.72%) presentaron disfunción conyugal, de éstos últimos, 18 parejas (46.15%) presentaron disfunción moderada y una pareja (2.56%) presentó disfunción severa. (Tabla y gráfica 10)

En cuanto a la disfunción conyugal en relación al nivel socioeconómico, se encontró que de los 19 pacientes que presentaron disfunción en el subsistema conyugal, 4 (21.05%) tenían un nivel socioeconómico bueno, 13 (68.42%) presentaron un nivel socioeconómico regular y 2 (10.52%) con nivel socioeconómico malo. (Tabla y gráfica 11)

Con respecto a la disfunción conyugal y disfunción eréctil, se encontró que de 19 pacientes que presentaron disfunción conyugal, 15 (79%) presentaron disfunción eréctil, mientras que 4 (21%) no la presentaron. (Tabla y Gráfica 12)

Finalmente de los 19 pacientes que presentaron disfunción conyugal, se encontró que en la comunicación se obtuvo un promedio de 20 puntos. Encontrándose alterada en los parámetros de clara, directa y congruente.

Con respecto a la adjudicación y asunción de roles las parejas presentaron un promedio de 15 puntos, lo que indica alteración en esta función.

En relación a la satisfacción sexual, todas las parejas presentaron cero puntos de un total de 20, esta fue sin duda la función más afectada.

Con respecto al afecto, en promedio se obtuvieron 15 puntos. Dentro del afecto el parámetro más afectado fue el de las manifestaciones físicas.

Finalmente, con respecto a las expectativas, esta función obtuvo 10 puntos en promedio, siendo el parámetro más afectado el de las expectativas presentes.

En cuanto a la satisfacción sexual, 18 pacientes con disfunción conyugal (94.7%), presentaron problemas con respecto a la frecuencia y satisfactoriedad en el ámbito sexual. Solo un paciente con disfunción conyugal (5.3%), no presentó alteraciones en este punto. (Tabla y gráfica 13)

Por último, con respecto a la satisfacción sexual en relación a disfunción eréctil, se encontró que de 28 pacientes que presentaron disfunción eréctil, 18 (64%) presentaron insatisfacción sexual y 10 (36%) no la reportaron. . (Tabla y Gráfica 14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

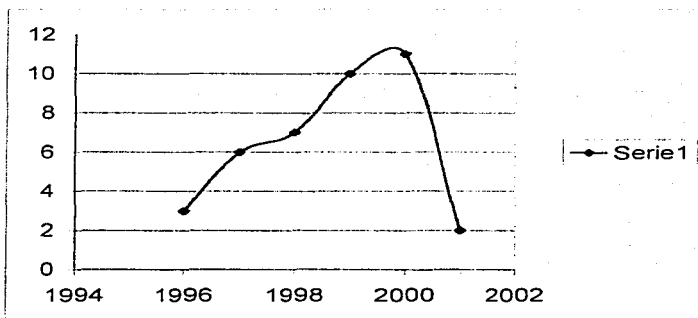
TABLA 1

**NUMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS ANUALMENTE
CON CANCER DE PRÓSTATA EN LOS ULTIMOS 6 AÑOS**

1996	1997	1998	1999	2000	2001
3	6	7	10	11	2

FUENTE: EXPEDIENTES DE UMF 33

GRAFICA 1



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 2

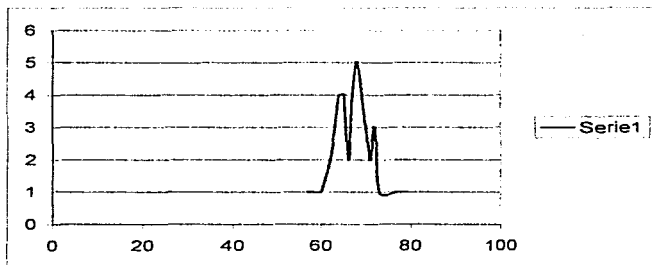
FRECUENCIA DE EDADES DE LOS PACIENTES

EDADES

57	58	59	60	62	63	64	65	66	67	68	70	71	72	73	77	79
1	1	1	1	2	3	4	4	2	4	5	3	2	3	1	1	1

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 2



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3

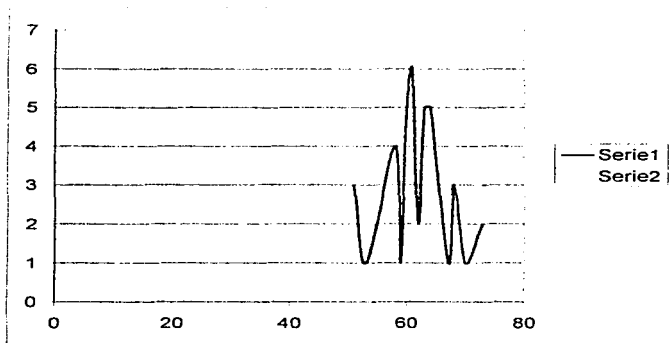
FRECUENCIA DE EDAD DE LAS CÓNYUGES

EDADES

51	53	58	59	60	61	62	63	64	67	68	70	73
3	1	4	1	5	6	2	5	5	1	3	1	2

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 3



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

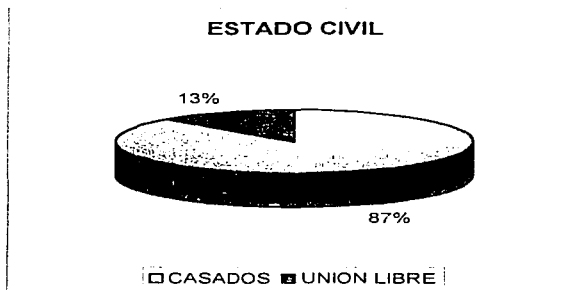
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4
ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CASADOS	34	87.18
UNION LIBRE	5	12.82
TOTAL	39	100

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 4
ESTADO CIVIL



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 5

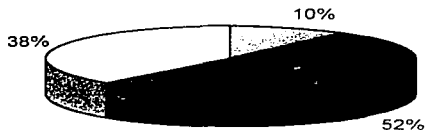
ESCOLARIDAD

<i>BUENA</i>	REGULAR	MALA
4	20	15
10.26 %	51.28 %	38.46 %

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 5

ESCOLARIDAD



□ BUENA ■ REGULAR ▨ MALA

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

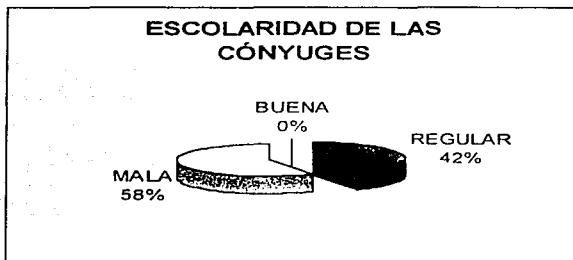
TABLA 5 BIS

ESCOLARIDAD DE LAS CÓNYUGES

BUENA	REGULAR	MALA
0	8	11
0%	42%	58%

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 5 BIS



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

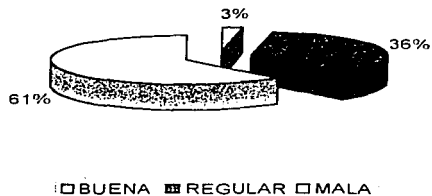
TABLA 6

OCUPACION		
BUENA	REGULAR	MALA
1	14	24

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 6

OCUPACION



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 7

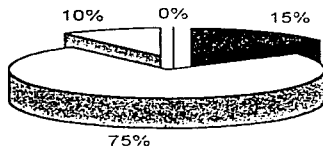
INGRESO MENSUAL

ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
0	6	29	4
0 %	15.38%	74.36%	10.26%

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 7

INGRESO FAMILIAR MENSUAL



□ ALTO ■ MEDIO □ BAJO □ MUY BAJO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 8

NIVEL SOCIOECONÓMICO

BUENO	REGULAR	MALO
11	23	5
28	59	13

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 8

NIVEL SOCIOECONOMICO



□ BUENO ■ REGULAR □ MALO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 9

DISFUNCION ERECTIL

SI	NO
28	11
72 %	28 %

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 9

DISFUNCION ERECTIL



□ SI ■ NO

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 10

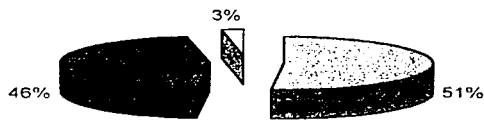
DISFUNCIÓN CONYUGAL

FAMILIA FUNCIONAL	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL
20	18	1
51.28 %	46.15%	2.56 %

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 10

FUNCIONALIDAD FAMILIAR



- FAMILIA FUNCIONAL
- MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
- SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 11

DISFUNCIÓN CONYUGAL CON RELACIÓN A NIVEL SOCIOECONÓMICO

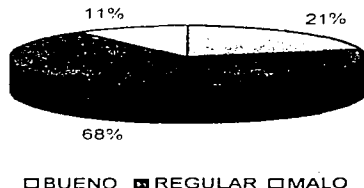
BUENO	REGULAR	MALO
4	13	2

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON ALGÚN TIPO DE DISFUNCIÓN CONYUGAL: 19 PACIENTES

GRAFICA 11

DISFUNCIÓN CONYUGAL EN RELACION A NIVEL SOCIOECONOMICO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 12

DISFUNCIÓN CONYUGAL CON RELACIÓN A DISFUNCIÓN ERÉCTIL

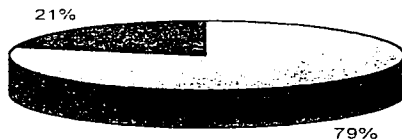
TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON ALGÚN TIPO DE DISFUNCIÓN CONYUGAL: 19 PACIENTES

CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL	SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL
15	4

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

GRAFICA 12

DISFUNCIÓN CONYUGAL EN RELACIÓN A DISFUNCIÓN ERÉCTIL



□ CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL
■ SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

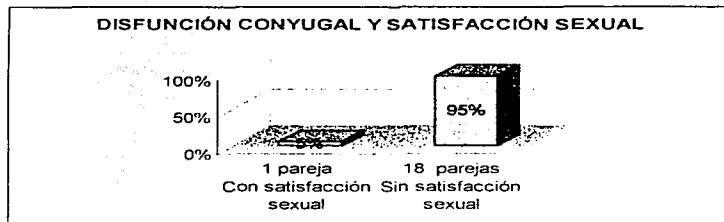
TABLA 13

DISFUNCIÓN CONYUGAL EN RELACIÓN A SATISFACCIÓN SEXUAL

Con satisfacción sexual	Sin satisfacción sexual
1 pareja	18 parejas
5%	95%

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA U.M.F. 33

GRÁFICA 13



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN UMF NO 33

TABLA 14
INSATISFACCIÓN SEXUAL EN RELACIÓN A
DISFUNCIÓN ERECTIL

CON SATISFACCIÓN SEXUAL	SIN SATISFACCIÓN SEXUAL
10	18
36%	64%

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA U.M.F. 33

GRÁFICA 14

INSATISFACCIÓN SEXUAL EN RELACIÓN A
DISFUNCIÓN ERECTIL



■ CON SATISFACCIÓN SEXUAL ■ SIN SATISFACCIÓN SEXUAL

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA U.M.F. 33

ANALISIS

La edad no parece estar muy relacionada a la presencia de disfunción conyugal, ya que su frecuencia no varía de forma importante. Tenemos pacientes con disfunción conyugal con las más variadas edades encontradas en la muestra, sin que exista una tendencia en especial. Si podemos observar que a mayor edad, mayor posibilidad de ser diagnosticados con cáncer de próstata.

Podemos concluir que con respecto al estado civil de los pacientes estudiados, esta variable no está relacionada a la presencia de disfunción en el subsistema conyugal, ya que el 50% de los pacientes casados y el 50% de los pacientes en unión libre, presentaron algún grado de disfunción conyugal.

Con respecto a la escolaridad podemos concluir que la educación sí influye en la presencia de disfunción conyugal ya que todos los pacientes con este tipo de disfunción tienen una escolaridad deficiente. Ningun paciente con educación buena presentó algún tipo de disfunción conyugal.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, también podemos inferir que esta está muy relacionada a la presencia o no de disfunción familiar. Tenemos entonces que también todos los pacientes con disfunción conyugal tienen una ocupación regular o mala. La mayoría de estos pacientes tiene una ocupación mala. Y de igual forma que con respecto a la escolaridad, ningún paciente con ocupación buena presentó algún tipo de disfunción conyugal.

Otra variable muy relacionada con las anteriores es con respecto al ingreso mensual familiar. La mayoría de los pacientes con disfunción conyugal el 89.37%, tienen un ingreso familiar mensual bajo o extremadamente bajo. Por lo que pudieramos también suponer que el ingreso mensual familiar pudiera condicionar la presencia de disfunción en el subsistema conyugal.

Con respecto a la disfunción eréctil, es importante hacer notar que la mayoría de los pacientes con disfunción conyugal el 79% presentaron disfunción eréctil. Solamente 4 con disfunción conyugal no presentaron disfunción eréctil. Debemos pues de descartar que la disfunción eréctil pueda influir en la presencia de disfunción conyugal.

Al analizar los datos en relación al nivel socioeconómico de los pacientes estudiados la mayoría el 72% de la muestra presentaron un nivel de regular a malo. Esto corrobora lo ya antes mencionado en cuestión de educación y de ingreso mensual familiar con respecto a que estas variables están muy relacionadas con la presencia de disfunción conyugal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Podemos concluir finalmente, que se observó disfunción conyugal importante en casi el 50 por ciento de los pacientes con cáncer de próstata, encontrándose todas las funciones conyugales alteradas. La comunicación no era clara, directa ni congruente. La adjudicación y asunción de roles tampoco era congruente ni satisfactorio, ni flexible. La función de satisfacción sexual fue la más afectada ya que se observó que la mayoría de las parejas con disfunción conyugal presentaban alteraciones importantes en esta área. El afecto también se encontró alterado. Las manifestaciones físicas eran escasas, la calidad de convivencia era mala, no había un interés adecuado por el desarrollo de la pareja y no existía una reciprocidad adecuada. Con respecto a las expectativas, principalmente las pasadas no se han cumplido.

Es muy difícil poder decir que el cáncer de próstata sea la causa principal de la disfunción conyugal ya que observamos que otras variables como son: la ocupación, la escolaridad, el ingreso familiar mensual y el nivel socioeconómico parece que influyen de alguna manera en la presencia de disfunción conyugal. Dentro de la funcionalidad conyugal existen otras variables que son: comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y expectativas que también se encuentran alteradas siendo principalmente la satisfacción sexual.

En relación a la disfunción eréctil que pudiera estar relacionado a la prostatectomía, podemos afirmar que influye de manera espectacular en la disfunción conyugal.

Finalmente observamos que la disfunción eréctil si afecta de alguna manera en la satisfacción sexual, ya que de 28 pacientes con disfunción eréctil se encontró que 18 de ellos presentaron insatisfacción sexual.

De manera especial debemos señalar la gran relación existente entre la falta de satisfacción sexual y la presencia de disfunción conyugal. Podemos decir que cuando la satisfacción sexual no es adecuada, esto pudiera ocasionar disfunción conyugal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES FINALES

Al concluir que existe una frecuencia de casi el 50% de disfunción conyugal en pacientes con cáncer de próstata, debemos, como médicos familiares, prevenir y en su momento ayudar en esta situación que afecta a la familia.

Debemos de concientizar a la familia, que un paciente con un diagnóstico como este, necesita todo el apoyo, cuidados y afecto, y como ingrediente principal, el amor. Como menciona Ernesto J. Rage Atala "el amor hace que comprendamos a la otra persona en toda su esencia, como el ser único y distinto que es, más aún, en la otra persona vemos al tú tal y como es incorporado al yo, el amor es más amor, cuando incluye todo lo que somos, ya que todo es parte de lo humano. Se relaciona con todas las dimensiones humanas: gozo, frustración, coraje, desaliento, amargura y así con toda la humanidad. El ser humano responde de sí a la vida en otros y en Dios".

Es entonces este trabajo una invitación y una exhortación para ayudar a ese paciente que sufre no solo los dolores de su enfermedad orgánica, sino también la soledad y la frustración por la lejanía que tiene con su pareja, con su familia y con toda la sociedad.

Nosotros debemos de otorgar la atención integral a nuestro paciente: primeramente con una adecuada educación para la salud, eliminando los factores de riesgo, concientizándolo de acudir de manera frecuente a los servicios de salud, y así realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno; de esta manera seremos capaces de prevenir la enfermedad, limitar el daño y evitar las complicaciones, y en caso de que éstas se presenten lograr una rehabilitación adecuada integrando al paciente a su familia y a la sociedad. Para esto necesitamos conceptualizar a nuestro paciente como un individuo integrado en sus tres esferas que son: la física, psicológica y social.

Entendiendo que el cáncer de próstata es una enfermedad que repercute en la sociedad de manera importante, debemos de recordar que los pacientes en el proceso de Salud - Enfermedad están enormemente influenciados por su entorno familiar, por lo que no debemos solo enfocarnos en el paciente, sino que debemos de estudiar y apoyar a todo el núcleo familiar. Solo de esta forma podremos ayudar adecuadamente a nuestro paciente, a su familia, a la sociedad y por ende a nuestra nación..

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Harrison TR. Cáncer de próstata. En McGraw Hill, editores Principios de Medicina Interna. 12ª ed. Interamericana, 1995. P. 1893 - 1896.
- 2 Olsen EH. The impact of serious illness on the family system. Postgrade Med 1970; 47: 169.
- 3 Pérez AC. Cáncer de Próstata. En Nueva Editorial Interamericana. Práctica de Oncología. 9 ed. Interamericana. P. 869 - 899.
- 4 Lohs S. E. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. Salud Mental V 11 No. 3, septiembre de 1988. P. 19 - 24.
- 5 Mark S. L. Medicion de la calidad de vida despues del tratamiento para cáncer de próstata. The Cancer Journal from Scientific American. Vol 7 mayo 1999. P. 458 - 460.
- 6 Lara M. M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología. Salud Mental V. 14 No. 1, Marzo 1991. P. 6 - 11.
- 7 Peschel, R. Lo esencial del tratamiento moderno del cancer de próstata. The Cancer Journal from Scientific American. 1998; 279:71. P. 507 - 510.
- 8 Prabhakaran, V. Early detection of prostate cancer. Canadian Family Physician. Vol. 42, April 1996. P. 709 - 712.
- 9 Maniz CA, Nautival J. Preservacion de la potencia despues de radioterapia de proyección para el cancer de prostata localizado. impacto del bloqueo androgenico neoadyuvante, técnica de tratamiento y factores relacionados con el paciente. The Cancer Journal from Scientific American. 6, abril 1999. P. 484 - 492.
- 10 Silberfarb PM. Psychological concomitants of cancer. clinical aspects. J PSYCHOTHERAP, 36: 1992. P. 470 - 478.
- 11 Lavietes P. The problem of chronic disease. Am J Hosp Pharm 31: 1048 - 1052, 1994.
- 12 Velazo O. R. Chávez A.V. La disfuncion familiar. familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev. Med. INISS. 1994. 32. 271-275.
- 13 Chávez A.V. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. INISS 1994. (32). 39 - 43.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
CUESTIONARIO SOBRE CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISFUNCIÓN
CONYUGAL

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

1. NOMBRE
2. EDAD
3. ESTADO CIVIL
4. ESCOLARIDAD
5. OCUPACIÓN
6. DIRECCIÓN
7. FECHA DE DIAGNÓSTICO
8. TRATAMIENTO RECIBIDO
9. INGRESO TOTAL MENSUAL EN LA FAMILIA:

DATOS GENERALES DE SU PAREJA:

1. NOMBRE:
2. EDAD
3. ESTADO CIVIL:
4. ESCOLARIDAD:
5. OCUPACIÓN:
6. DIRECCIÓN:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARÁMETROS	CAL. ASIS.	PORCENTAJE
1. COMUNICACION	a) CLARA b) DIRECTA c) CONGRUENTE	10 10 10	
1. ADJUDICACION Y ASUNCION DE ERRORES	d) CONGRUENCIA e) SATISFACTORIA f) FLEXIBILIDAD	5 5 5	
1. SATISFACCION SEXUAL	g) FRECUENCIA h) SATISFACTORIEDAD	10 10	
2. AFECTO	i) MANIFESTACIONES FISICAS j) CALIDAD DE CONVIVENCIA k) INTERES POR EL DESARROLLO DE LA PAREJA l) RESPROSIDAD	5 5 5 5	
5. EXPECTATIVAS	a) PRESENTES b) PASADAS	10 5	
	TOTAL	100	

0-40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

a. PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71-100 PAREJA FUNCIONA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN	NUNCA	OCACIONAL	SIEMPRE
a) CUANDO QUIERE COMUNICAR ALGO A SU PAREJA SE LO HACE DIRECTAMENTE			
b) LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES E INTERCAMBIA			
c) EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALOGA			
II. FUNCIÓN DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ERRORES			
a) LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN	NO		SI
b) SON SATISFATORIAS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA	NO		SI
c) SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLES ENTRE LA PAREJA	NO		SI
III. FUNCIÓN DE SATISFACCION SEXUAL	NUNCA	OCACIONAL	SIEMPRE
a) ES SATISFATORIO LA FRECUENCIA CON QUE SE SEXAN			
b) ES SATISFATORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL.			
I. FUNCIÓN DE AFECTO			
a) EXISTEN MANIFESTACIONES FISICAS DE AFECTO EN LA PAREJA			
b) EL TIEMPO QUE SE DEDICA LA PAREJA ES GRATIFICANTE			
c) SE INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PAREJA			

d) CONSIDERA QUE SU PAREJA QUE USTED LA QUIERE		NO	SI
V. FUNCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS			
a) SE HAN CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS DE INICIO EN LA PAREJA		NO	SI
b) SE EXPLICITAN LAS EXPECTATIVAS DE INICIO EN LA PAREJA	NUNCA	OCACIONAL	SIEMPRE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (IIFE-5)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE EVALUACION _____

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

La salud sexual es una parte importante del bienestar general físico y emocional de un individuo. Este cuestionario está diseñado para ayudar a usted y a su médico a identificar si está experimentando disfunción erectil y discutir las opciones potenciales de tratamiento.

Cada pregunta tiene varias opciones, de las cuales usted tiene que escoger la que mejor describa su propia situación. Por favor asegúrese de dar solo una respuesta en cada pregunta.

En los últimos seis meses

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?
 - 0 - Sin actividad sexual
 - 1 - Muy baja
 - 2 - Baja
 - 3 - Regular
 - 4 - Alta
 - 5 - Muy alta

2. Cuando tiene erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?
 - 0 - No intenté realizar el acto sexual o coito
 - 1 - Casi nunca o nunca
 - 2 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - 3 - Algunas veces (como la mitad de las veces)
 - 4 - Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - 5 - Casi siempre o siempre

3. Durante el acto sexual o coito, ¿con qué frecuencia fue usted capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?
 - 0 - No intenté realizar el acto sexual o coito
 - 1 - Casi nunca o nunca
 - 2 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - 3 - Algunas veces (como la mitad de las veces)
 - 4 - Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - 5 - Casi siempre o siempre

4. Durante el acto Sexual o coito, ¿qué tan Difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?
 - 0 - No intenté realizar el acto sexual o coito
 - 1 - Extremadamente difícil
 - 3 - Difícil
 - 4 - Poco difícil
 - 5 - No tuve ninguna dificultad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Cuando intentó realizar el acto sexual o coito, ¿qué tan seguido fue satisfactorio para usted?

- 0 = No intentó realizar el acto sexual o coito
- 1 = Casi nunca o nunca
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (como la mitad de las veces)
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 5 = Casi siempre o Siempre

Puntuación

Si la puntuación es 21 o menor, el paciente muestra signos de disfunción eréctil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN