

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS**

**COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN MARITAL CON LA DISFUNCIÓN  
ERÉCTIL EN PACIENTES CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92, EN EL 2019.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92**

**“TESIS”  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
M.C. ESTRADA MARTÍNEZ DIANA RAQUEL**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**E. EN M.F. MAURICIO PANIAGUA CORTEZ**

**REVISORES  
Ph.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN  
E. EN M.F. MARIA EMILIANA AVILES SANCHEZ  
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZALEZ  
E. EN M.F. OLIVIA REYES JIMENEZ**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2020.**

**ASOCIACIÓN DE LA SATISFACCIÓN MARITAL CON LA DISFUNCIÓN  
ERÉCTIL EN PACIENTES CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92, EN EL 2019.**

## ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
II.1 Argumentación.....	31
II.2 Pregunta de investigación .....	32
III. JUSTIFICACIONES .....	33
III.1 Académica.....	33
III.2 Científica.....	33
III.3 Social.....	34
III.4 Económica.....	34
III.5 Epidemiológica .....	34
IV. HIPÓTESIS.....	35
IV.1 Unidad de observación .....	35
IV.2 Variables .....	35
IV.3 Relación lógica de variables .....	35
IV.4 Dimensión espacio temporal.....	35
V. OBJETIVOS.....	36
V.1 Objetivo general.....	36
V.2 Objetivos específicos .....	36
VI. MÉTODO.....	37
VI.1 Tipo de estudio.....	37
VI.2 Diseño del estudio .....	37
VI.3 Operacionalización de variables .....	39
VI.4 Universo de trabajo y muestra.....	40
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	42
VI.4.2 Criterios de exclusión .....	42
VI.4.3 Criterios de eliminación .....	42
VI.5 Instrumentos de investigación .....	43
VI.6 Descripción del proyecto .....	45
VI.7 Límite de espacio y tiempo .....	46
VI.8 Diseño de análisis.....	46
VI.8.1 Revisión y corrección de la información .....	46
VI.8.2 Clasificación y tabulación de datos .....	46
VI.8.3 Estadísticos descriptivos.....	47
VI.8.4 Diseño del análisis .....	47

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS .....	48
VIII. ORGANIZACIÓN .....	55
IX. CRÉDITOS.....	56
X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....	57
X.1 Recursos humanos.....	57
X.2 Recursos físicos.....	57
X.3 Recursos financieros.....	57
XI. RESULTADOS .....	58
XII. DISCUSION .....	71
XIII. CONCLUSIONES .....	73
XIV. RECOMENDACIONES .....	74
XV. BIBLIOGRAFIA.....	75
XVI. ANEXOS.....	79

## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** Asociación de la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar no. 92, en el 2019.

**ESTRADA MD\*, PANIAGUA CM\*\***

**Antecedentes:** la satisfacción marital se ha empleado para describir principalmente la percepción subjetiva que los cónyuges tienen sobre su pareja y su relación, se ha reportado que disminuye gradualmente en el curso del tiempo para los hombres; sin embargo, la comunicación es un factor clave para mantenerla independientemente de que existan barreras en la interacción sexual. La disfunción eréctil y la hiperplasia benigna de próstata tienen una prevalencia que incrementa con la edad y se relacionan principalmente con disfunción vascular. No se cuentan con estudios en México en relación a la satisfacción marital en esta población de estudio y se cuenta con escasos estudios sobre la prevalencia de disfunción eréctil. **Objetivo:** asociar la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar 92. **Material y métodos:** es un estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo y en el cual se utilizó los instrumentos IIEF-5 (International Index Erectile Function-5) y la Escala de Satisfacción Familiar (ESM) en pacientes previamente diagnosticados con hiperplasia benigna de próstata. **Resultados y conclusiones:** se encontró a la edad con una media de prevalencia de disfunción eréctil de  $66.73 \pm 7.5$  años, con predominio de educación secundaria o mayor, el 77% de la población tenía más de 36 años con su pareja, del total de la muestra el 83.3% se encontraba satisfecho con su matrimonio y el 77.8% presentaba algún grado de disfunción eréctil. **Conclusiones:** a mayor edad, mayor escolaridad y mayor número de años viviendo con su pareja existe mayor satisfacción marital sin importar si se presenta algún grado de disfunción eréctil.

**Palabras clave:** *satisfacción marital, disfunción eréctil, hiperplasia benigna de próstata.*

## STRUCTURED SUMMARY

**Title:** Association of marital satisfaction with erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia in the family medicine unit no. 92, in 2019.

**ESTRADA MD\*, PANIAGUA CM\*\***

**Background:** marital satisfaction has been used to describe mainly the subjective perception that the spouses have about their partner and their relationship, it has been reported that it gradually decreases over time for men; However, communication is a key factor in maintaining it regardless of the existence of barriers in sexual interaction. Erectile dysfunction and benign prostatic hyperplasia have a prevalence that increases with age and are mainly related to vascular dysfunction. There are no studies in Mexico regarding marital satisfaction in this study population and there are few studies on the prevalence of erectile dysfunction. **Objective:** to associate marital satisfaction with erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia in the family medicine unit 92. **Material and methods:** it is an observational, cross-sectional, analytical, prospective study and in which the IIEF-5 instruments will be used. (International Index Erectile Function-5) and the Family Satisfaction Scale (ESM) in patients previously diagnosed with benign prostatic hyperplasia. **Results and conclusions:** at the age with a mean prevalence of erectile dysfunction of  $66.73 \pm 7.5$  years, with a predominance of secondary or higher education and that 77% of the population was over 36 years old with their partner, of the total sample obtained, it was found that 83.3% were satisfied with their marriage and of the total sample 77.8% had some degree of erectile dysfunction. **Conclusions:** at an older age, at greater schooling, and the greater the number of years living with their partner, there is greater marital satisfaction regardless of whether there is any degree of dysfunction. .

**Keywords:** *marital satisfaction, erectile dysfunction, benign prostatic hyperplasia.*

## I. MARCO TEÓRICO

### La familia

Es la forma de organización básica para la supervivencia biológica y afectiva de los individuos, y se configura alrededor de las funciones de la conyugalidad y sexualidad, reproducción biológica y social, subsistencia y convivencia. Constituye un papel importante como primer agente socializador de los individuos, la cual es dinámica, lo que lleva a sortear una serie de crisis y reconfiguraciones durante su desarrollo. <sup>1</sup>

Es posible encontrar diversas clasificaciones de familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes y la dinámica familiar. Tomando en cuenta la base de la familia es la unión de dos personas, en el mayor de los casos en sociedad conyugal.

De acuerdo a Geyman, el ciclo de vida familiar se constituye por las siguientes etapas: matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.

Para fines del estudio, se abordara principalmente la etapa del matrimonio, la cual ha sido descrita como la relación humana más importante y fundamental ya que brinda la estructura primaria para establecer una relación familiar y heredarla a la próxima generación. <sup>2</sup>

Inicia cuando dos personas se unen en matrimonio sea civil, religioso o concubinato; su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida, ya que se combinan los recursos de las dos personas, sus papeles se alteran y asumen nuevas funciones.

Uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y, al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad de otro cónyuge.

El matrimonio se divide en tres etapas principales:

- Etapa de acoplamiento:

Se caracteriza por la convivencia diaria y la confrontación de las costumbres individuales, ahora sí, ya de manera cotidiana, además de tener un mayor contacto con la estructura de la personalidad de la pareja (como es realmente), así como el conocer sus características sociales de convivencia (costumbres no mostradas en el noviazgo).

Esta etapa comprende también todos aquellos mitos y tradiciones en relación con la luna de miel, sobre todo con los aspectos acerca de la sexualidad. Se considera que esta etapa es la etapa de enganchamiento para el inicio de la nueva familia.

- Etapa de negociación:

Estará enmarcada en los principales acuerdos explícitos que debe realizar la pareja (p. ej., en el aspecto laboral, el aspecto económico, el número de hijos, los roles a jugar al interior de la familia, etc.). También está el respeto a las diferencias, tanto de tipo personal como de hábitos y costumbres.

Se deben crear reglas internas que permitan una mejor convivencia y el respeto a esas diferencias y a los roles a desempeñar al interior del matrimonio, así como la creación de un código de convivencia externo (la individualidad de la pareja, convivencia con el grupo de amigos, etc.).

En sí, esta etapa de negociación debe comprender lo que consideramos es la verdadera planificación familiar (y no a lo que se refiere a qué métodos anticonceptivos usar), la cual estará encaminada a fundamentar la base del sustento de la familia, el poner en juego los factores biológicos, psicológicos y sociales, para continuar el desarrollo del ciclo de modo funcional.



- Etapa de desarrollo de la sexualidad:

Está relacionada con aspectos biológicos principalmente, y se refiere al desarrollo de la sexualidad de la pareja, no solo en los aspectos reproductivos, sino también en la expresión de ésta; asimismo, dicha etapa la podemos considerar como de ajuste, básicamente en función de las relaciones sexuales. Es aquí donde empieza a solidificarse la función llamada educación de la sexualidad, la cual debe manifestarse durante todo el ciclo de vida familiar.

La familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida.

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

Son de dos tipos:

- Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas): están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar.
- Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas): son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior (intersistémicos), que, aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis no normativas que ocurren en el interior de una familia, como divorcio, enfermedades, alcoholismo y actividades criminales, entre muchas otras, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico.

Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos pueden ser de dos tipos:

- Instrumentales: surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.
- Afectivos: son aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Estas características, instrumentales o afectivas, no se muestran aisladas, sino que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí. Habitualmente se niegan, no se desean reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades; o bien se malinterpretan, adaptan o adecúan a otras condiciones de la vida familiar, razón por la cual los problemas y conflictos tienden a perdurar y a exacerbarse frecuentemente.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de una manera aceptable, generando cambios en las interacciones familiares con un propósito específico, consciente o inconsciente, y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio y ponen en riesgo el bienestar y atención del paciente enfermo, así como la adecuada funcionalidad del sistema conyugal.

Los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad no siguen algún patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares.

En el caso de la enfermedad aguda, se puede observar que el grado de desajuste que genera es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos y que por lo general son de corta duración, sea por rehabilitación del enfermo o por su muerte.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal al paciente le favorece que sea etiquetado como diferente, sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por sus aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., y que de modo irremediable afecta el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos, evolucionando lentamente hasta deterioro irreversible.

Esta condición de cronicidad puede cambiar a estados de estrés crónico en el sistema, que no sólo van a impactar en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución del propio padecimiento. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre igual que el paciente, y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar.

En conclusión la familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. <sup>3</sup>

## **Sexualidad**

La definición actual de la sexualidad, en cualquiera que sea su ámbito, exige considerar diversas áreas: el de la libido, la erección, la eyaculación, el orgasmo y la valoración global de la vida sexual.

La función sexual del varón persiste con la edad y, de hecho, su preservación, en la salud y durante la enfermedad, constituye un factor de preocupación importante a medida que pasan los años. El ciclo sexual no sólo consta de la consumación física, si no que consiste en deseo, excitación, orgasmo y resolución fisiológica y psicológica.

El deseo es el estado mental originado por estímulos externos e internos que induce la necesidad de participar en la actividad sexual y presenta raíces biológicas, motivacionales y cognitivas.

El deseo sexual se produce como consecuencia de impulsos excitatorios físicos o psicológicos, cuyo control no reside en un área central específica, sino que se encuentra distribuido por múltiples áreas cerebrales y medulares. En la actualidad, son 2 las áreas del hipotálamo que despiertan el mayor interés: el área preóptica media, cuyo neurotransmisor es la dopamina, y el núcleo paraventricular, cuyos neurotransmisores son la dopamina y la oxitocina.

La excitación representa sentimientos específicos asociados a cambios fisiológicos que incluyen mecanismos centrales y periféricos, tanto en la zona genital como extragenital.

Aunque las fases del ciclo sexual son las mismas en el hombre y la mujer, las diferencias espaciotemporales de excitación e inhibición sexual humana en ausencia de enfermedad parecen radicar en diferencias en los mecanismos de control central de la función sexual en cada sexo. Hoy se sabe que el ciclo sexual masculino refleja un balance dinámico del sistema nervioso autónomo, cuyo componente simpático es inhibitorio y el parasimpático es una de las múltiples vías excitatorias.

El deseo sexual se produce como consecuencia de impulsos excitatorios físicos o psicológicos, cuyo control no reside en un área central específica, sino que se encuentra distribuido por múltiples áreas cerebrales y medulares. En la actualidad, son 2 las áreas del hipotálamo que despiertan el mayor interés: el área preóptica media, cuyo neurotransmisor es la dopamina, y el núcleo paraventricular, cuyos neurotransmisores son la dopamina y la oxitocina.

Adicionalmente, hay evidencias que apoyan la existencia de diferencias excitatorias entre sexos y que éstas podrían radicar en la región límbica, concretamente en la amígdala izquierda . Independientemente del tipo de estímulo excitatorio, se produce una liberación periférica de neurotransmisores proeréctiles que propicia la relajación de la musculatura lisa vascular del pene y aumenta el aporte sanguíneo local. El control inhibitorio podría ser el resultado de un proceso de protección evolutiva para evitar actividad sexual excesiva, con la consecuente reducción espermática cualitativa y cuantitativa o evitar comportamientos de riesgo. Sea cual sea su causa, parece radicar en el núcleo paragigantocelular, cuyo neurotransmisor es la serotonina y sus efectos antagonizan los de los neurotransmisores proeréctiles.

El estudio de los mecanismos centrales y las vías neuroanatómicas del deseo y la motivación sexual tanto en los humanos como los animales coinciden en la activación de la corteza cingulada, corteza temporal, ínsula, núcleo caudado, hipotálamo y cerebelo tras la exposición a estímulos motivacionales positivos, y la mayor diferencia entre ambas especies consiste en que en los animales no se

produce activación de la amígdala. De forma inversa, la actividad cerebral ante estímulos emocionales negativos causa la activación de regiones de la corteza frontal inferior izquierda, cíngula anterior izquierda y polo temporal izquierdo, y esta lateralización parece también estar presente en el mundo animal. El circuito fundamental parece ser el constituido por el área preóptica media, el núcleo paraventricular y el núcleo paragigantocelular, así como sus interconexiones, con la médula espinal y con los órganos genitales y extragenitales implicados en la conducta sexual masculina. Sin embargo, hay influencias excitatorias e inhibitoras de múltiples áreas centrales que modulan la respuesta sexual según las circunstancias.

Por otra parte, la idea de que el hombre muestra mayor interés al estímulo sexual visual que la mujer parece tener una explicación científica. De hecho, la exposición a estímulos sexuales sugerentes provoca la activación de las mismas regiones cerebrales en hombres y mujeres, pero la activación del hipotálamo y de la amígdala masculina es cuantitativamente mayor que la femenina. Esta diferencia de activación parece ser mucho más pronunciada en la amígdala izquierda que en la derecha. Estos datos sugieren que la amígdala parece mediar las diferencias entre los dos sexos en cuanto al deseo sexual.

El análisis de los datos obtenidos a partir de las técnicas de imagen cerebral y la información procedente de la neurofisiología periférica permiten sugerir que, aunque el control de los mecanismos centrales de deseo sexual humano reside en múltiples áreas, el hipotálamo desempeña un papel importante. Esta región del cerebro sirve de nexo de unión entre el sistema nervioso y el sistema endocrino y causa determinadas conductas básicas, como el apetito o la agresividad.

Las principales áreas excitatorias hipotalámicas, el área preóptica media (cuyo neurotransmisor es la dopamina) y el núcleo paraventricular (cuyos neurotransmisores son la dopamina y la oxitocina) originan una señal excitatoria parasimpática que desciende por la médula espinal y causa la liberación de mensajeros químicos, entre los que se encuentran el óxido nítrico y la acetilcolina.

Estos neurotransmisores causan relajación de la musculatura lisa vascular en la región genital y extragenital, lo que resulta en una respuesta proeréctil acompañada de otras manifestaciones sistémicas, como el enrojecimiento facial o la sudación. La inhibición del apetito sexual parece estar controlada por el núcleo paragigantocelular (cuyo neurotransmisor es la serotonina) y mediada por el sistema simpático, cuya activación antagoniza los efectos proeréctiles y sistémicos del óxido nítrico y la acetilcolina.

## Salud Sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que, de igual forma que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual también debe serlo. No hay parámetros cuantitativos ni cualitativos que indiquen cuáles ni cuántos estímulos son necesarios para despertar o inhibir el deseo sexual en el hombre o la mujer. No obstante, el número creciente de pacientes preocupados por la disminución de su apetito sexual, secundario o no a la enfermedad, y la demanda social obligan al profesional sanitario a la búsqueda de causas y posibles tratamientos de la disfunción sexual.

El aumento de las expectativas de vida en nuestra sociedad ha puesto de manifiesto la interrelación entre edad, sintomatología miccional asociada a hiperplasia benigna de próstata y disfunción sexual en el varón. El ICS-BPH Study (International Continent Society–Benign Prostatic Hyperplasia Study) estableció la relación entre el deterioro de la función sexual y la sintomatología miccional predominantemente irritativa de varones con hiperplasia benigna de próstata. La propia enfermedad, la depresión subsecuente, así como los tratamientos disponibles, causan disminución del apetito sexual y disfunción eréctil.

La pérdida sintomática del deseo sexual en pacientes deprimidos con o sin tratamiento médico es frecuente y la mayoría de los pacientes reconoce estar más preocupado por la disfunción sexual que por el resto de los síntomas psiquiátricos.

Por lo que, la implicación específica de la función sexual y la presencia asociada de sintomatología miccional del aparato urinario es compleja y relativamente reciente tomando un papel como factor de riesgo para el desarrollo de la modificación de la función sexual del varón.

### **Sexualidad masculina**

Se asocia mayormente a la penetración, la conquista y el rendimiento con fuerza irrefrenable, instintiva, “animal” y no necesariamente ligada con el afecto. <sup>4</sup>

En México, el control de la sexualidad masculina no se ejerce en forma íntima, desde la racionalidad de la mente hacia el cuerpo, sino a través de los valores culturales, la simbolización del género, los discursos sobre masculinidad, los controles comunitarios y familiares, e incluso de los grupos de pares.

La masculinidad requiere ser reafirmada y demostrada constantemente y uno de los caminos preponderantes para probarlo son las proezas sexuales. Los varones perciben un mandato prescriptivo de tener relaciones sexuales y lograrlas con diversas parejas y temen que se dude su masculinidad si no prueban su experiencia. En este contexto cultural, y específicamente en el espacio de la sexualidad, lo masculino está estrechamente relacionado con la actividad y lo femenino con la pasividad, por lo que para algunos hombres la sexualidad esta expresada en dos esferas: una vinculada con la vida conyugal que se encuentra restringida en sus prácticas y sujetas a controles y límites; y otra fuera de la vida conyugal con mujeres consideradas promiscuas, fracasadas, trabajadoras del sexo comercial y aún con otros hombres. Por esto mismo, en la sexualidad conyugal los temores masculinos están relacionados con la posibilidad de que la mujer demuestre una actitud activa, deseosa y no procreativa frente al sexo, implicando la posibilidad de desear a otros hombres y, por lo tanto, de ser infiel.



También, se ha descrito que los varones en la mayoría de los casos toman la iniciativa para tener relaciones en la vida marital y se cuenta con datos que evidencian que no son pocos los casos en que ante la negativa de la mujer para tenerlas, los esposos se enojan, insultan, regañan e incluso obligan a llevarlas a cabo, lo cual es más acentuado en estratos sociales bajos y entre las generaciones mayores. En contraste, entre la población de estratos sociales más acomodados es más frecuente que ambos cónyuges tomen la iniciativa para iniciar las relaciones sexuales.

Hallazgos de recientes investigaciones cualitativas aportan elementos que confirman que entre los hombres mexicanos, sobre todo de generaciones mayores, prevalecen normativas de género y sobre la sexualidad, muy conservadoras. Los hombres entrevistados en estos estudios expresan que sus esposas nunca iniciaron los encuentros íntimos, y no se enteraron si ellas alguna vez tuvieron placer sexual. En su opinión, ellos tienen necesidades sexuales que las mujeres deben atender en virtud del vínculo conyugal y porque ellos cumplen cabalmente con sus obligaciones como esposos responsables y trabajadores. En este contexto, la atención sexual de las mujeres es un reconocimiento y retribución a su hombría, al hecho de que se es un hombre que cumple con la proveeduría de su hogar. De esta manera, el vínculo marital se sostiene a partir del intercambio de trabajos entre los cónyuges: mientras ellos realizan el trabajo de mantener, ellas el de atender.

Hay indicios de que las prácticas sexuales de las jóvenes generaciones de varones mexicanos empiezan a estar más asociadas con decisiones individuales que con normativas socialmente prescritas, lo cual podría ser indicativo de un proceso de transformación hacia una menor demanda del desempeño sexual de los varones y hacia una mayor establecimiento de vínculos emocionales en los intercambios sexuales masculinos.

Estos hombres consideran importante la fidelidad masculina y piensan que ambos cónyuges tiene responsabilidad en la satisfacción sexual mutua, poniendo énfasis en la comunicación de pareja. Ellos están tratando de establecer con sus esposas

nuevas formas de relacionamiento basadas en un genuino vínculo íntimo y sexual basados en la confianza y la comunicación.

Cabe destacar que esta transformación refleja el abandono del monopolio sobre la proveeduría y la toma de decisiones en sus hogares, así como de la preeminencia de los deseos eróticos masculinos sobre los femeninos, además de construir en la vida cotidiana nuevos espacios de relacionamiento con sus cónyuges compartiendo actividades (crianza de los hijos, aportación del sustento económico familiar y las decisiones de hogar).<sup>5</sup>

### **Satisfacción marital**

La elección de pareja es un acto que se encuentra determinado por la historia y experiencias de cada individuo y se transforma en un momento decisivo para todo ser humano cuando se realiza con el fin de generar, compartir y desarrollar un plan de vida común para enfrentar el futuro.

Tradicionalmente, el matrimonio es definido como un contrato pactado entre dos personas de diferente sexo, en el que se estipula vivir en unión conyugal con el objeto de ayudarse mutuamente y establecer una familia, surgiendo de él derechos y obligaciones para ambos cónyuges (Bateson, 1980). Convirtiéndolo en el intento de dos personas por construir un vínculo de amor y de satisfacción recíproca que se traduce en sensación de bienestar en compañía de otro. Por lo que la satisfacción marital se podría definir como una evaluación global del estado de cada miembro del matrimonio y un reflejo de la felicidad y la funcionalidad marital.<sup>6</sup>

De este modo, este término se ha empleado para describir principalmente la percepción subjetiva que los cónyuges tienen sobre su pareja y su relación. Sin embargo, también se ha usado para describir las actividades que realizan las parejas en su matrimonio y que son satisfactorias para ellos.

La relación marital está fuertemente guiada por la cultura, determinando normas, costumbres y expectativas. <sup>7</sup>

En la literatura se ha reportado frecuentemente que la satisfacción marital cambia conforme transcurren los años de matrimonio. En los cuales la satisfacción en el matrimonio disminuye gradualmente en el curso del tiempo para los hombres; sin embargo, algunas áreas de interacción marital aumentaron conforme transcurrieron los años, tales como crianza de los hijos, actividades sociales y finanzas; y disminuyó en la comunicación y en la independencia personal y permaneció relativamente plano en las áreas de interacción sexual y progresión ocupacional y académica. Finkenauer y Hazam (2000) demostraron que los niveles de comunicación predicen cercanamente la satisfacción general con el matrimonio en el curso del tiempo, demostrando que los participantes se sentían cómodos en compartir sus emociones y en hablar acerca de problemas difíciles con su pareja reportando niveles altos de satisfacción marital. Con respecto al área de intercambio sexual disminuía con el paso de los años del matrimonio, sin embargo recientemente se reportó que la calidad del intercambio sexual es independiente de la duración del matrimonio, esto es, puede ser relativamente alta o baja independientemente del número de años de casados. <sup>8</sup>

Como ya se mencionó uno de los puntos clave en la satisfacción marital es la comunicación ya que se expresan sentimientos, pensamientos, temores, percepción de pareja, negociación y solución de problemas. De manera particular, al proceso a través del cual las personas transmiten información personal se le identifica como autodivulgación, definida como la apertura para proporcionar información propia o personal a otro individuo; Una vez constituida la relación, ésta se mantiene estable hasta que los niveles de integración bajan su intensidad, produciendo una disminución en la satisfacción ya que la relación se torna aburrida y sin emociones. Por lo que, la autodivulgación tiene un rol trascendental en las relaciones de pareja debido a que se transmiten emociones y existe evidencia de que un 93% de estas se envía y recibe de forma no verbal. <sup>9</sup>

Para los propósitos de éste estudio, se utiliza la definición de satisfacción marital propuesta por Pick de Weiss y Andrade Palos (1988), quienes la refieren como el grado de favorabilidad (actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la relación al involucrar una actitud condicionada por la complacencia positiva o negativa de las necesidades personales, emocionales, afectivas, comunicacionales y sexuales.

Los cuales elaboraron una escala de satisfacción marital la cual consta de 24 ítems distribuidos en tres dominios:

- a) Satisfacción con la interacción marital, que se refiere a la satisfacción con la que uno de los miembros de la pareja tiene respecto a la relación que ha construido (ítems 1-10).
- b) Satisfacción en los aspectos emocionales del cónyuge, que tiene relación con la satisfacción respecto a las reacciones de tipo emocional de su pareja (ítem 11-15).
- c) Satisfacción con aspectos estructurales y de organización de la relación, se refiere a la satisfacción que cada cónyuge expresa con el modo como se han organizado, han establecido reglas de convivencia y modo como estas se cumplen (ítem 16-24).

Cada uno de los ítems tiene tres alternativas de respuesta que permite expresar el nivel de satisfacción del individuo con lo que se plantea, expresándolo en tres planteamientos: no me satisface, me satisface poco y me satisface mucho. Para calificar se asume que la satisfacción se mueve en un continuo de 48 puntos dentro de una escala de intervalos, con un valor de referencia de 24 puntos y un máximo de 72, en forma proporcional, de modo que entre mayor satisfacción con la situación marital, más cercano es el puntaje máximo de la escala. <sup>10</sup>

Esta escala de satisfacción marital se diseñó en México y que fue adaptada para Trujillo por Díaz (2007) para parejas entre 22 y 70 años. Su confiabilidad fue obtenida por Díaz (2007) para cada uno de los factores, mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: factor 1=0.89, factor 2=0.81 y factor 3=0.86. (Anexo 1)

Se ha comprobado en diversos estudios que una enfermedad crónica y sus tratamientos pueden generar un impacto psicológico incluyendo ansiedad, depresión, irritabilidad; así como cambios físicos, incluyendo intolerancia al ejercicio, fatiga, dolor, sueño, insomnio, problemas de funcionamiento sexual, deteriorando la dinámica familiar en donde ésta gira en torno a la patología, afectando principalmente la relación de pareja debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, tener que dejar de trabajar, por el deterioro de respuestas sexuales y por el cambio de roles sociales.<sup>11</sup>

La insatisfacción marital trae consigo consecuencias en la calidad de vida de los individuos, tanto económicas, sociales, familiares y personales.<sup>12</sup>

### **Disfunción eréctil (DE)**

Se define como una afección crónica que se caracteriza por la incapacidad mantenida en el tiempo para lograr o mantener una erección suficiente para una función sexual satisfactoria; ésta puede ser consecuencia de alguna causa orgánica (por ejemplo, de tipo vascular, neurogénico, hormonal, anatómico, inducido por fármacos) causas psicológicas o una combinación de ambas. Las causas orgánicas incluyen una degeneración y/o vasodilatación deteriorada de los vasos del pene; así, la prevalencia de disfunción eréctil se ve incrementada en pacientes con comorbilidades vasculares que incluyen la enfermedad coronaria, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial y enfermedades arteriales periféricas.<sup>13</sup>

Después de la eyaculación precoz, la disfunción eréctil es la alteración más común de la función sexual masculina y es un síntoma centinela de disfunción endotelial que abre puerta al entendimiento de la salud global del hombre; puede representar un impedimento importante para la calidad de vida. Aproximadamente 140 millones de varones en el mundo padecen disfunción eréctil. Existe una relación directamente proporcional de la progresión de la enfermedad con el aumento de la edad. <sup>14</sup>

En 1994, el estudio de Envejecimiento Masculino de Massachusetts (MMAS) fue el primer estudio basado en la población para evaluar la prevalencia de disfunción eréctil en hombres de edad avanzada. Sus resultados mostraron una prevalencia general de disfunción eréctil fue de 52%, alrededor del 35% reveló disfunción eréctil moderada / grave. Además, la prevalencia de disfunción eréctil dependía de la edad, aumentando 5% la prevalencia para los hombres de 40 años y 15% para mayores de 70 años. Con base en estos datos, se estimó que para el 2025 la disfunción eréctil afectará a más de 200 millones de hombres en todo el mundo. <sup>15</sup>

## **Fisiopatología**

La erección peneana se explica por el aumento de volumen de los cuerpos cavernosos, constreñidos por la túnica albugínea, por lo que aumenta la presión intracavernosa. La erección inicia con la relajación del músculo liso vascular medida por el óxido nítrico (ON) de origen neuronal, cuyos efectos biológicos están regulados por el incremento de la concentración de monofosfato de guanosina cíclico (GMPc). La 5-fosfodiesterasa (PDE5) termina la bioactividad del GMPc: por ello, mediante su inhibición es posible aumentar la erección peneana.

Además, la excitación e inhibición del deseo sexual humano afecta múltiples áreas del sistema nervioso central, que incluye la actividad sexual y la del procesamiento emocional. La liberación de dopamina y oxitocina estimula el sistema parasimpático desencadenando un mecanismo neurovascular medido por neurotransmisores

como el óxido nítrico y la acetilcolina y caracterizado por la relajación de la musculatura lisa vascular genital y extragenital. Múltiples enfermedades, neurológicas y sistémicas, así como tratamientos interfieren con el deseo sexual masculino. <sup>16</sup>

## **Diagnóstico**

Se han elaborado cuestionarios para la evaluación de la respuesta eréctil y para el cálculo directo del grado de erección o indirecto de la rigidez del pene. El más conocido es el IIEF (International Index of Erectile Function). La escala original fue desarrollada por el equipo formado por Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick y Mishra (1997), con la intención de crear un instrumento breve, psicométricamente válido y de auto aplicación, minimizando sesgo de deseabilidad social de la heteroaplicación.

Consta de 15 ítems que evalúan la presencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual humana (deseo, erección, eyaculación y orgasmo), junto con la satisfacción en la relación sexual y satisfacción global.

Para contestar a cada ítem, el paciente ha de utilizar una escala tipo Likert, unas veces de frecuencia, otras de intensidad y otras de satisfacción. El marco de referencia temporal son las 4 últimas semanas, permitiendo establecer el grado de la erección, así: 5 a 10 puntos: DE grave; de 11 a 15 puntos: DE media; de 16 a 20 puntos: DE ligera; de 21 a 25 puntos: función eréctil normal. <sup>17</sup>

Existe una versión abreviada de cinco ítems del índice internacional de función eréctil (IIEF) de 15 ítems a (IIEF-5) para diagnosticar la presencia y la gravedad de la disfunción eréctil específicamente. La cual fue desarrollada por los mismos autores, esta versión abreviada se hizo popular en la práctica clínica, así como en la investigación para la evaluación de la capacidad de respuesta a diversos medicamentos para la disfunción sexual. <sup>18</sup>

Los cinco ítems seleccionados se basaron en la capacidad para identificar la presencia o ausencia de DE y en el cumplimiento de la definición de disfunción eréctil del Instituto Nacional de la Salud. Se analizó 1152 hombres (1036 con DE, 116 controles), con una curva característica operativa del receptor la cual indicó que el IIEF-5 es una excelente prueba de diagnóstico. En base a las tasas de clasificación erróneas iguales de DE y sin DE, una puntuación de corte de 21 (rango de puntuaciones, 5-25) discriminó mejor (sensibilidad = 0,98, especificidad = 0,88). DE se clasificó en cinco niveles de gravedad, que van desde ninguno (22-25) hasta grave (5-7). Hubo un acuerdo sustancial entre las clases de DE predichas y "verdaderas" ( $\kappa$  ponderado = 0,82).

Estos datos sugieren que el IIEF-5 posee propiedades favorables para detectar la presencia y la gravedad de la disfunción eréctil. Por lo que, para fines del estudio se utilizara la versión abreviada ya que sólo se enfoca en la disfunción eréctil como la pérdida de la capacidad de mantener una erección suficiente para completar el acto sexual, debido a que por otras comorbilidades que pueda presentar el paciente y sus tratamientos, pueden estar afectada otras áreas de la satisfacción sexual masculina, principalmente eyaculación. <sup>19</sup>

### **Actitud del médico de atención primaria**

La disfunción eréctil no suele estar incluida en la historia clínica y se aborda con más frecuencia ante factores de riesgo, sobre todo ante la toma concomitante de medicamentos. Se considera una enfermedad infrarreconocida, infradiagnosticada e infratratada que afecta a su salud física y psicosocial y que puede tener un importante impacto en su calidad de vida y en la de su pareja. Se considera un importante marcador del estado de salud general de los varones, que se asocia a un mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria y a un incremento de la mortalidad por cualquier causa, especialmente cardiovascular. <sup>20</sup>

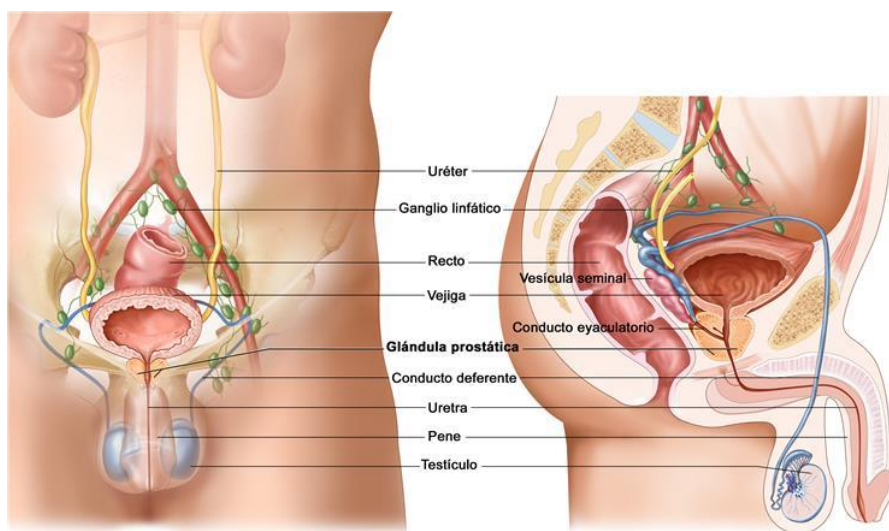


## Hiperplasia benigna de próstata (HBP)

La próstata es una glándula sexual accesoria que, junto con las vesículas seminales y las glándulas periuretrales de Littre, forma parte de las glándulas sexuales masculinas que participan en la producción de líquido seminal.

El tracto urinario inferior y el genital masculino comparten anatómicamente varias de sus estructuras. Así, la próstata está situada en la pelvis menor, tiene forma de cono invertido, con una base de unos 4 cm de diámetro transversal, 2 cm en sentido anteroposterior y 3 cm en sus diámetros verticales. Se relaciona por delante con el úpubis, por encima con la vejiga y por detrás con el recto. Es atravesada en su eje vertical por la uretra y en un plano más horizontal y posterior, por los conductos eyaculadores. (Esquema 1).

La próstata está regulada y estimulada por diferentes hormonas; la más importante es la testosterona, que en la próstata se transforma en dihidrotestosterona, su metabolito activo, por acción de la enzima 5-alfa-reductasa.



Esquema 1. Anatomía próstata

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU.

En México, la prevalencia de hiperplasia benigna de próstata representa un problema de salud pública, como se registró en las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud 2012, en la cual el 35% de los hombres mayores de 60 años, refirieron tener un diagnóstico médico previo de esta enfermedad y, este antecedente es más frecuente a mayor edad como fue con el 17% del total de los hombres con 80 años. Cabe señalar que de acuerdo a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2013, el 58.3% de los hombres entre 60 y 74 años de edad, refirieron no realizarse examen de próstata, así como el 63.2% de los hombres de 75 años de edad o más. En el 2014 se registraron más de 40,000 casos nuevos de hiperplasia benigna de próstata de los cuales el 96% tenía 45 años o más.

Sin embargo, estudios de autopsia han demostrado que la prevalencia de la hiperplasia benigna de próstata comienza alrededor de los 30 años y alcanza una prevalencia máxima del 88% en los hombres de 80 años.<sup>4</sup> Esta tendencia es paralela a la incidencia y la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior. Solo en el año 2000, fue responsable de 4.5 millones de consultas médicas a un costo directo estimado de \$ 1.1 mil millones, sin incluir el costo de la farmacoterapia.

Es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento histológico, sobre todo en la zona de transición y periureteral, produciendo una obstrucción al flujo de salida urinario, que se traduce clínicamente en los síntomas de tracto urinario y afectar negativamente la calidad de vida.<sup>21</sup>

### Fisiopatogenia

La próstata se encuentra bajo el estímulo androgénico que ejerce la dihidrotestosterona (DHT). Su crecimiento en exceso está generado por alteraciones del equilibrio hormonal y de los factores de crecimiento que actúan sobre las zonas de transición, con la consiguiente hiperplasia glandular.

La hiperplasia del epitelio y el estroma prostáticos determinan un aumento de tamaño de la glándula con incremento en la resistencia del flujo urinario y, en consecuencia, una respuesta del músculo detrusor a la obstrucción producida por éstos cambios. Este proceso puede provocar síntomas conocidos como prostatismo, que pueden deberse a los efectos directos de la obstrucción o a los cambios en el funcionamiento vesical secundarios a obstrucción crónica y a la distensión vesical.

Los síntomas surgen a través de dos mecanismos: estático, en el cual el tejido prostático hiperplásico comprime la uretra; y dinámico, con aumento del sistema nervioso adrenérgico y tono de músculo liso prostático. Ambos mecanismos aumentan la resistencia al flujo urinario a nivel de la salida de la vejiga.

Los síntomas adaptativos del músculo del detrusor se dividen en irritativos tales como la frecuencia urinaria y la urgencia y obstructivos que se manifiesta como vaciado incompleto, vacilación urinaria, intermitencia (inicio y parada durante la micción), flujo urinario debilitado y retención urinaria.

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar hiperplasia benigna de próstata incluyen la edad y testículos funcionales; los antecedentes heredofamiliares y la dieta occidental también son factores predisponentes.

Además de que por lo general ocurre dentro del contexto de comorbilidades frecuentes y relacionadas con la edad, tales como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y disfunción eréctil. De hecho, en la última década, la patogenia de la hiperplasia de próstata se atribuye principalmente a disfunción vascular, isquemia crónica de los tejidos y aumento en la presión en la próstata. <sup>22</sup>

### Presentación clínica

La consulta por síntomas secundarios a la hiperplasia benigna de próstata es muy frecuente en la práctica ambulatoria. Aunque la entidad se define desde un punto

de vista microscópico, en la práctica el diagnóstico es clínico, y este término suele utilizarse para describir a los pacientes sintomáticos.

El prostatismo consiste en un conjunto de síntomas obstructivos e irritativos que se presentan en forma crónica y variable en el grado de afectación del paciente a lo largo del tiempo. Los síntomas obstructivos incluyen la dificultad para iniciar la micción, la disminución de la fuerza y del calibre del chorro miccional, el goteo postmiccional y la sensación de vaciamiento incompleto. Los síntomas irritativos comprenden la urgencia miccional, la polaquiuria y la nocturia. Merece la pena destacar que la disuria o ardor al orinar también se considera un síntoma irritativo, pero los pacientes raramente se quejan de disuria, excepto cuando tienen una infección urinaria sobreagregada.

El diagnóstico es clínico y se sospecha mediante el interrogatorio; los estudios complementarios son muy útiles para evaluar el grado de obstrucción, descartar complicaciones y excluir otros diagnósticos diferenciales, pero no sirven para establecer el diagnóstico de esta entidad. Interrogatorio

Los hallazgos de la anamnesis suelen describir el cuadro típico; un paciente mayor de 50 años que, desde hace algunos meses, ha venido notando cambios en sus hábitos miccionales: tiene que levantarse una a dos veces por la noche para orinar (nicturia), orina a cada rato (polaquiuria), siente que tiene dificultades para vaciar completamente su vejiga y, a veces, la necesidad imperiosa de orinar acompañada por el temor de no llegar al sanitario (urgencia).

En la actualidad, muchos pacientes consultan preocupados por la posibilidad de que sus síntomas, que no le molestan de manera significativa, se deban a una enfermedad grave como el cáncer de próstata. Un elemento muy importante en el interrogatorio del paciente con probable HPB es la progresión temporal de los síntomas. En esta entidad los síntomas se desarrollan en forma lenta y fluctuante (mejoran algunos días y empeoran otros); se debe dudar de este diagnóstico en un paciente que consulta por síntomas de instalación y progresión bruscas.

En todos los pacientes que consultan por prostatismo es importante evaluar si los síntomas están provocados o exacerbados por algún fármaco.

Los anticolinérgicos, los antiespasmódicos, los antagonistas cálcicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los antihistamínicos, los antidepresivos tricíclicos y los agonistas beta adrenérgicos disminuyen la contractilidad de la vejiga; mientras que los simpaticomiméticos, la levodopa y los betabloqueantes aumentan la resistencia al tracto de salida vesical, y los diuréticos aumentan el volumen urinario. Todas estas drogas pueden exacerbar los síntomas de hiperplasia benigna de próstata y desencadenar una retención urinaria aguda.

Además, los descongestivos nasales y muchas asociaciones de drogas utilizadas para el resfrío común y el síndrome gripal tienen un efecto simpaticomimético, causado por drogas como la pseudoefedrina, que puede ocasionar los síntomas de prostatismo en pacientes que permanecían asintomáticos, exacerbarlos en los pacientes con síntomas previos, o desencadenar una retención urinaria aguda.

### **La puntuación internacional de síntomas de próstata**

Todo el personal de salud debe investigar la presencia de crecimiento prostático en pacientes con edad igual o mayor a 45 años y en caso de que exista carga genética para cáncer de próstata por línea directa (abuelo, padre, hermanos) de debe realizar la valoración a partir de los 40 años de edad con ayuda de la encuesta International Prostate Symptom Score (IPSS), que consta de siete preguntas sobre los síntomas urinarios más uno sobre la calidad de vida.

Específicamente, le pregunta al paciente: "Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ...?"

- ¿Tuvo la sensación de no vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?
- ¿Tuvo que orinar nuevamente menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?
- ¿Encontró que se detuvo y comenzó de nuevo varias veces cuando orinó?
- ¿Te resultó difícil posponer la micción?
- Tenía un flujo urinario débil?
- ¿Tuvo que presionar o esforzarse para comenzar a orinar?

Cada pregunta anterior se califica como 0 (nada), 1 (menos de 1 vez en 5), 2 (menos de la mitad del tiempo), 3 (aproximadamente la mitad del tiempo), 4 (más de la mitad del tiempo) o 5 (casi siempre).

- Durante el último mes, ¿cuántas veces solía levantarse a orinar desde el momento en que se acostaba hasta la hora en que se levantaba por la mañana?

Esta pregunta se puntúa de 0 (ninguna) a 5 (5 veces o más).

- Si pasas el resto de tu vida con tu condición urinaria como está ahora, ¿cómo te sentirías al respecto?

Esta pregunta se puntúa como 0 (encantada), 1 (complacida), 2 (mayormente satisfecha), 3 (mixta: igualmente satisfecha e insatisfecha), 4 (mayormente insatisfecha), 5 (infeliz) o 6 (terrible).

Con una puntuación total:

- Sintomatología leve: 1-7 puntos
- Sintomatología moderada: 8-19 puntos
- Sintomatología grave: 20-35 años

El cuestionario también se puede usar para evaluar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo. Un cambio de 3 puntos es clínicamente significativo, ya que los pacientes no pueden discernir una diferencia por debajo de este umbral.

### **Antígeno específico de la próstata**

El antígeno prostático específico (PSA) es una glicoproteína producida principalmente por las células epiteliales lumbinales prostáticas. Es más comúnmente discutido en el contexto del cribado del cáncer de próstata, pero su utilidad se extiende a guiar el manejo de la hiperplasia benigna de próstata.

Los niveles de PSA se correlacionan con el volumen de la próstata y el crecimiento posterior. Además, los riesgos de desarrollar retención urinaria aguda o que necesitan intervención quirúrgica aumentan con el aumento del PSA.<sup>12</sup> Entre los hombres en el Estudio Proscar de eficacia y seguridad a largo plazo, el riesgo de retención urinaria aguda o cirugía relacionada con BPH después de 4 años en el brazo de espera vigilante fue del 7,8% en hombres con un PSA de 1,3 ng / dL o menos, comparado con el 19.9% en hombres con un PSA mayor a 3.2 ng / dL. Por lo tanto, los hombres con BPH y un PSA elevado están en mayor riesgo con espera vigilante y puede ser mejor servido con terapia médica.

Además, las directrices de la American Urological Association recomiendan la medición de los niveles séricos de PSA en hombres con una esperanza de vida superior a 10 años en los que el diagnóstico de cáncer de próstata alteraría el tratamiento.

Si la evaluación inicial revela hematuria, infección recurrente del tracto urinario, vejiga palpable, hallazgos anormales en el examen rectal digital que sugiera cáncer de próstata o antecedentes o factores de riesgo de estenosis uretral o enfermedad neurológica, el paciente debe ser referido a un urólogo para obtener más información. Otros pacientes que deben someterse a una evaluación urológica son

aquellos con síntomas molestos persistentes después del tratamiento básico y aquellos que lo desean.

Si bien la BPH rara vez pone en riesgo la vida, puede perjudicar significativamente la calidad de vida de un paciente. El objetivo del tratamiento no es solo aliviar los síntomas molestos, sino también prevenir la progresión de la enfermedad y las complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Comprender la historia natural de BPH es imprescindible para asesorar adecuadamente a los pacientes sobre las opciones de manejo, que incluyen la espera vigilante, la modificación del comportamiento, la terapia farmacológica y la cirugía.

#### Modificación del comportamiento

La modificación del comportamiento debe incorporarse en cualquier estrategia de gestión que el paciente elija. Tales modificaciones incluyen:

- Reducir la ingesta de líquidos total o vespertina en pacientes con micción nocturna o nicturia.
- Minimizar el consumo de irritantes de la vejiga como el alcohol y la cafeína, que exacerban los síntomas de almacenamiento.
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Para pacientes con edema de las extremidades inferiores que se quejan de nicturia, usando medias de compresión o levantando las piernas por la tarde para movilizar el edema de las extremidades inferiores y promover la diuresis antes de irse a dormir. Si estas medidas fallan, se debe considerar iniciar o aumentar la dosis de un diurético. Los pacientes con tratamiento diurético con síntomas nocturnos del tracto urinario inferior deben recibir instrucciones de tomar diuréticos por la mañana y al principio de la tarde para evitar la diuresis justo antes de acostarse. <sup>23</sup>



## **Tratamiento médico**

Los medicamentos para BPH incluyen bloqueadores alfa-adrenérgicos, inhibidores de la 5-alfa reductasa, anticolinérgicos, agonistas beta-3 e inhibidores de la fosfodiesterasa-5.

### **Bloqueantes del receptor alfa-adrenérgico (Tamsulosina, alfuzosin, silodosin, terazosin)**

Los receptores alfa-adrenérgicos se encuentran en todo el cuerpo y modulan el tono del músculo liso. El receptor alfa-1a es el subtipo predominante que se encuentra en el cuello de la vejiga y la próstata y es un objetivo de la terapia. Al antagonizar el receptor alfa-1a, los alfabloqueantes relajan el músculo liso de la próstata y el cuello de la vejiga, reducen la resistencia a la salida de la vejiga y mejoran el flujo urinario.

En ensayos clínicos en HPB, los bloqueadores alfa mejoraron la puntuación de los síntomas en un 30% a 45% y aumentaron la tasa de flujo urinario máximo en un 15% a 30% desde los valores iniciales. Estos agentes tienen un inicio rápido (en pocos días) y dan como resultado una mejora significativa de los síntomas. Todos son aproximadamente iguales en eficacia, sin evidencia sólida de que alguno de ellos sea superior a otro; por lo tanto, las decisiones sobre qué agente utilizar deben tener en cuenta las diferencias en la especificidad del subtipo del receptor, el perfil de efectos adversos y la tolerabilidad.

Efectos adversos: en el caso de la tamsulosina, que es el más utilizado en México, fatiga 2-3%, mareo 5%, disfunción eyaculatoria 6-11%.

### **Inhibidores de la 5-alfa reductasa**

El crecimiento de la próstata depende de los andrógenos y está mediado predominantemente por la dihidrotestosterona, que se genera a partir de la testosterona por la acción de la 5-alfa reductasa. Hay dos isoenzimas de 5-alfa reductasa: tipo 1, expresada en el hígado y la piel, y tipo 2, expresada principalmente en la próstata.

Se cree que la finasterida y la dutasterida mitigan el componente obstructivo estático de la BPH, con mejoras similares en la tasa de flujo urinario (1.6-2.2 ml / seg) y la puntuación de síntomas (-2.7 a -5.5 puntos) en hombres con próstata agrandada. De hecho, los datos del ensayo MTOPS mostraron que los hombres con un volumen de próstata de 30 gramos o más o un nivel de PSA de 1,5 ng / ml o mayor tienen más probabilidades de beneficiarse de los inhibidores de la 5 alfa reductasa. La mejoría máxima sintomática se observa después de 3 a 6 meses de tratamiento con inhibidores de 5-alfa reductasa.

Además de mejorar el flujo urinario y los síntomas del tracto urinario inferior, se ha demostrado que el finasteride reduce el riesgo de progresión de la enfermedad en hombres con próstatas superiores a 30 gramos

Antes de comenzar la terapia con inhibidores de la 5-alfa reductasa, se debe aconsejar a los pacientes acerca de los efectos adversos frecuentes, como ginecomastia, disfunción eréctil (5% -8%), disminución de la libido (5%), disfunción eyaculatoria (1% -5%) y ginecomastia. (1%)

### **Inhibidores de la fosfodiesterasa-5**

Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE5) son un pilar en el tratamiento de la disfunción eréctil. Estos agentes actúan dentro de las células del músculo liso corporal del pene y antagonizan la PDE5, lo que resulta en una acumulación de monofosfato de guanosina cíclica y relajación del músculo liso.

La PDE5 también se encuentra dentro de la próstata y se cree que su inhibición reduce el tono del músculo liso prostático. Los estudios aleatorizados han demostrado una mejoría significativa en los síntomas del tracto urinario inferior con los inhibidores de PDE5, con una mejora promedio IPSS de 2 puntos en un inhibidor de PDE5 en comparación con el placebo.

Tadalafil es el único medicamento de esta clase aprobado por la FDA para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior, aunque otros agentes han demostrado una eficacia similar.

La terapia doble con un inhibidor de PDE5 y un alfabloqueante tiene una mayor eficacia que la monoterapia sola; sin embargo, se debe tener precaución ya que estos agentes se valoran para evitar la hipotensión sintomática. Los síntomas del tracto urinario inferior y la disfunción sexual a menudo coexisten; Los inhibidores de PDE5 son apropiados en el manejo de tales casos.

Incluso con terapia médica efectiva, la enfermedad progresará en algunos hombres. En la prueba MTOPS, la incidencia de progresión de la enfermedad a los 4 años fue del 10% para los hombres con monoterapia con alfabloqueantes o inhibidores de la 5 alfa reductasa y del 5% para los hombres con terapia de combinación; del 1% al 3% de aquellos en los diferentes grupos de tratamiento necesitaron cirugía. Con esto en mente, los pacientes cuyos síntomas no mejoran con la terapia médica, cuyos síntomas progresan, o que simplemente están interesados en la cirugía, deben derivarse para una evaluación urológica.<sup>24</sup>

SÍNTOMAS LEVES (0-7 PUNTOS), TACTO RECTAL Y APE NORMAL Y AUSENCIA DE COMPLICACIONES		SÍNTOMAS MODERADOS (8-19 PUNTOS), TACTO RECTAL Y APE NORMAL Y AUSENCIA DE COMPLICACIONES	SÍNTOMAS GRAVES (20-35 PUNTOS)
Con molestias bien toleradas	Conducta expectante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueadores alfa</li> <li>• Inhibidores de la 5-alfareductasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación al urólogo (posible intervención quirúrgica)</li> </ul>
Con molestias mal toleradas	Iniciar con fitoterapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Serenoa repens</i></li> <li>• <i>Pigeum africanum</i></li> <li>• <i>Pigeum equinacea</i></li> </ul>		

APE: antígeno prostático específico.

Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13094133>

### Tratamiento quirúrgico

La intervención quirúrgica era la forma de tratamiento más extendida y aceptada, sobre todo en los noventa, previa a la aparición del tratamiento farmacológico. El objetivo era la extirpación completa del tejido hiperplásico, para alivio de los síntomas y reversión de las posibles complicaciones.

Actualmente se recomienda la intervención quirúrgica, sobre todo en casos de numerosas recidivas en infección, retención urinaria recurrente, desarrollo de uropatía obstructiva del tracto urinario superior y en hematuria grave.

Dependiendo del volumen de la glándula hiperplásica se han empleado y se emplean técnicas abiertas (en la actualidad con menos frecuencia) o endoscópicas.

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos como: la resección transureteral de próstata (RTUP), terapia con microondas transureteral, fotovaporización de próstata y prostatectomía simple.

La resección transureteral de próstata se considera en la actualidad el tratamiento más efectivo sin embargo tienen los siguientes riesgos: mortalidad <0.25%, intoxicación hídrica 2%, estenosis de la uretra y contractura del cuello vesical 3.8%, eyaculación retrógrada 65-70%, sangrado que amerite transfusión 2-5%, incontinencia urinaria de esfuerzo 1.8%, disfunción eréctil 6.5%.<sup>25</sup>

Todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos de próstata deben evaluarse anualmente con tacto rectal y antígeno prostático específico ya que la resección transureteral de próstata no reseca todo el tejido prostático susceptible de cáncer.

La prostatectomía abierta está indicada en pacientes con próstata  $\geq 80$ cc y en aquellos con complicaciones asociadas, como litiasis vesical o que ameriten resección diverticular y sus complicaciones incluyen: hemorragia trans y postoperatoria que amerite transfusión (5%), incontinencia urinaria de esfuerzo (10%), contractura de cuello vesical y estenosis de uretra (1.8%), eyaculación retrógrada (80%) y disfunción eréctil (6.5%).<sup>26</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### II.1 Argumentación

El matrimonio es la estructura primaria para establecer una relación familiar y heredarla a la próxima generación. Existen investigaciones que confirman que entre los hombres mexicanos, sobre todo de generaciones mayores, prevalecen normativas de género y sobre la sexualidad, muy conservadoras. En el contexto de la atención sexual de las mujeres como reconocimiento y retribución a su hombría, al hecho de la proveeduría del hogar, en comparación con las generaciones jóvenes, las cuales basan la relación en un genuino vínculo íntimo y sexual basados en la confianza y la comunicación con niveles altos de satisfacción marital en el curso del tiempo, incluso si el área de intercambio sexual se encuentra afectada, situación contraria en generaciones mayores en las cuales la sexualidad masculinidad se asocia principalmente a la penetración, la conquista y el rendimiento no necesariamente ligada con el afecto con diferentes contextos sociales culturales y económicos, afectando la calidad de vida de los hombres. Esto, sumado a procesos fisiológicos propios de la edad, como disfunción endotelial, la cual, recientemente se ha demostrado como principal factor de riesgo para desarrollar hiperplasia benigna de próstata y disfunción eréctil nos abre puerta al entendimiento de la salud global del hombre; sin embargo, los pacientes no suelen consultar al médico por estas patologías ya sea por factores socioculturales y/o emocionales, además de que durante la consulta médica no se profundiza sobre la salud sexual pasando por alto el impacto que pudiera tener sobre la satisfacción marital. Se cuenta con diversos estudios sobre la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia de próstata, pero no la relación de estos con la satisfacción marital, por lo que debido a que estas patologías corresponden a ser diagnosticadas oportunamente en primer nivel de atención además del análisis de la familia, me surge la siguiente pregunta:

## **II.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación entre la satisfacción marital y la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar No. 92, en el 2019?

### **III. JUSTIFICACIONES**

#### **III.1 Académica**

La insatisfacción marital es un predictor de divorcio, lo que conlleva una mala calidad de vida de los integrantes de la familia tanto económicas, sociales, familiares y personales. Se ha encontrado que mientras más años de matrimonio tiene una pareja el ámbito sexual no influye tanto para la satisfacción marital, más bien las áreas de la comunicación, cuidado de los hijos y cumplimiento de obligaciones. Sin embargo la disfunción eréctil es un marcador de calidad de vida repercutiendo en la salud del paciente por lo que es importante que el médico familiar tome consciencia sobre el impacto en la salud no solo física y emocional, si no indagar aspectos de la salud sexual de los pacientes el cual es un tema difícil de abordar, sin embargo, necesario, para una orientación, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Además de que dicho estudio se realizó como requisito para obtener el diploma de la especialidad en medicina familiar, correspondiente al plan de estudios por el reglamento general de escuelas y facultades de la Universidad Autónoma del Estado de México como aprobación de la especialidad de medicina familiar

#### **III.2 Científica**

La disfunción eréctil y en general patologías del aparato reproductor en los mexicanos afecta su autopercepción de masculinidad y por lo tanto éste no suele reconocer que tiene un problema, le resta importancia o le resulta violento comentarlo con el médico, en recientes investigaciones la disfunción eréctil y la hiperplasia benigna de próstata se han asociado a procesos fisiológicos propios de la edad, como disfunción endotelial lo cual nos abre puerta al entendimiento de la salud global del hombre debido a que se considera como predictor de riesgo cardiovascular y en general para la calidad de vida.

### **III.3 Social**

En nuestro país, el envejecimiento poblacional se ha visto favorecido por la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. En los próximos años se observará una mayor demanda de atención médica por parte de este grupo poblacional, por lo que es necesario orientar a los pacientes sobre una vida saludable para el retraso o progresión de la enfermedad y así poder preservar su calidad de vida y satisfacción marital.

### **III.4 Económica**

La hiperplasia benigna de próstata y la disfunción eréctil son padecimientos que se asocian con el envejecimiento, tan sólo se estima que para 2025 habrá 322 millones de varones con disfunción eréctil a nivel mundial, secundario al incremento de la expectativa de vida, lo cual refleja un impacto significativo para la economía familiar así como institucional y gubernamental.

### **III.5 Epidemiológica**

La población mexicana es de 100,577,800 hasta 2015 de acuerdo al INEGI de los cuales el 48.6 por ciento son hombres y de estos el 22.1 por ciento son mayores de 30 años mientras el 26.5 de la población son menores de 30 años con índice de envejecimiento de 35.4 para el 2015 respecto al 2010 con 26.1 por ciento, la hiperplasia benigna es un enfermedad crónica iniciando histológicamente desde los 30 años y clínicamente desde los 40 años de edad, sólo en estado de México de reportaron 3800 casos nuevos en el 2018 hasta la semana 40 epidemiológica , la unidad de medicina familiar numero 92 cuenta con 3448 casos de hiperplasia benigna de próstata de los cuales sólo 20 pacientes tiene diagnostico disfunción eréctil, no se cuentan con estadísticas de nupcialidad en la unidad, sin embrago en el estado de México en 2017 hubo 66,914 matrimonios y 20,426 divorcios respecto al 2010 en donde sólo se reportaron 8,304 divorcios.



## **IV. HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de trabajo**

A mayor años de matrimonio existe satisfacción marital en pacientes con disfunción eréctil e hiperplasia benigna de próstata.

### **Hipótesis alterna**

A mayor años de matrimonio no existe satisfacción marital en pacientes con disfunción eréctil e hiperplasia benigna de próstata.

### **IV.1 Unidad de observación**

Pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 92.

### **IV.2 Variables**

**IV.2.1** Dependiente: disfunción eréctil.

**IV.2.2** Independiente: satisfacción marital.

### **IV.3 Relación lógica de variables**

A mayor años, existe.

### **IV.4 Dimensión espacio temporal**

En la Unidad de Medicina Familiar No 92, durante el año 2019.

## V. OBJETIVOS

### V.1 Objetivo general

Asociar la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar No.92, en el 2019.

### V.2 Objetivos específicos

1. Conocer la satisfacción marital mediante la Escala de Satisfacción Marital (ESM) de Pick de Weiss y Andrade Palos, en pacientes con hiperplasia benigna de próstata derechohabientes a la unidad de medicina familiar No.92 IMSS.
2. Conocer el grado de disfunción eréctil mediante el instrumento IIEF-5 (*International Index Erectile Function-5*) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata derechohabientes a la unidad de medicina familiar No.92 IMSS.
3. Conocer la variables sociodemográficas de la población en estudio (edad, escolaridad, años de vivir en pareja).
4. Conocer los años de diagnóstico de hiperplasia prostática de la población en estudio.
5. Conocer el tratamiento que se administra la población en estudio (finasteride, tamsulosina o ambos).

## VI. MÉTODO

### VI.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo **observacional** porque no se modificaron las variables de estudio. **Prospectivo o prolectivo** porque se recolectaron los datos, en los cuestionarios diseñados para satisfacción marital (Escala de Satisfacción Marital (ESM) de Pick de Weiss y Andrade Palos familiar) y para el grado de disfunción eréctil mediante el instrumento IIEF-5 (*International Index Erectile Function-5*). **Transversal** porque no se realizó seguimiento a los pacientes. **Analítico** porque se realizó asociación entre las variables de estudio. **Abierto** porque se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la aplicación de los instrumentos.

### VI.2 Diseño del estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 92 Ciudad Azteca del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual otorga atención de primer nivel y se encuentra ubicada en Avenida Central sin número, Laderas del Peñón, Código Postal 55140, Ecatepec de Morelos, Estado de México; el cual cuenta con 32 consultorios, ambos turnos. Se captaron pacientes con hiperplasia benigna de próstata entre 40 y 80 años de edad que acuden a control médico por dicha patología únicamente, que cumplieran con los criterios de inclusión, se le explico los riesgos y beneficios de su participación en la investigación, se obtuvo su consentimiento firmado, se procedió a la aplicación de los instrumentos validados para la obtención de datos mediante la Escala de Satisfacción Marital (ESM) de Pick de Weiss y Andrade Palos la cual constituye una medida de la percepción global que tiene el sujeto sobre su situación marital la cual consta de 24 ítems distribuidos en tres dominios:

- a) Satisfacción con la interacción marital, que se refiere a la satisfacción con la que uno de los miembros de la pareja tiene respecto a la relación que ha construido (ítems 1-10).

- b) Satisfacción en los aspectos emocionales del cónyuge, que tiene relación con la satisfacción respecto a las reacciones de tipo emocional de su pareja (ítem 11-15).
- c) Satisfacción con aspectos estructurales y de organización de la relación, se refiere a la satisfacción que cada cónyuge expresa con el modo como se han organizado, han establecido reglas de convivencia y modo como estas se cumplen (ítem 16-24).

Cada uno de los ítems tiene tres alternativas de respuesta que permite expresar el nivel de satisfacción del individuo con lo que se plantea, expresándolo en tres planteamientos: no me satisface, me satisface poco y me satisface mucho. Para calificar se asume que la satisfacción se mueve en un continuo de 48 puntos dentro de una escala de intervalos, con un valor de referencia de 24 puntos y un máximo de 72, en forma proporcional, de modo que entre mayor satisfacción con la situación marital, más cercano es el puntaje máximo de la escala.

El IIEF-5 (International Index of Erectile Function-5) consta de cinco ítems los cuales se basan en la capacidad para identificar la presencia o ausencia de disfunción eréctil de acuerdo a una puntuación de corte de 21 (rango de puntuaciones, 5-25) el cual se clasificó en cinco niveles de gravedad, que van desde ninguno (22-25) hasta grave (5-7).

### VI.3 Operacionalización de variables

Tabla 1. Tabla de variables sociodemográficas

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>						
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su fecha de nacimiento	Edad del paciente a momento actual referida al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	A) 40-50 B) 51-60 C) 61-70 D) 71-80	1 2 3 4
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela con el fin de obtener un título	Grado escolar del paciente referido al momento de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	A) Primaria B) Secundaria C) Preparatoria D) Licenciatura E) Carrera técnica F) Postgrado	5 6 7 8 9 10 11
Años de vivir en pareja	Tiempo de convivencia matrimonial o en unión libre.	Tiempo de convivencia matrimonial o en unión libre que refiera el paciente al momento del estudio en años.	Cuantitativa	Discreta	A) 5-15 años B) 16-25 C) 26-35 D) Más de 35 años	12 13 14 15
Años de diagnóstico con hiperplasia benigna de próstata	Tiempo en número de años de estar diagnosticado con hiperplasia benigna de próstata.	Tiempo en número de años de estar diagnosticado con hiperplasia benigna de próstata referida por el paciente en el momento de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	Número de años	16
Tratamiento utilizado para control de hiperplasia benigna de próstata	Medicamentos utilizados en el paciente para el control de la hiperplasia benigna de próstata al momento del estudio.	Medicamentos utilizados en el paciente para el control de la hiperplasia benigna de próstata al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	A) Finasteride B) Tamsulosina C) Ambas	17 18 19

Tabla 1. Tabla de variables sociodemográficas (*continuación*)

<b>VARIABLES</b>						
Disfunción eréctil  Variable dependiente	Incapacidad mantenida en el tiempo para lograr o mantener una erección suficiente para una función sexual satisfactoria	Se le aplicara el cuestionario IIFE-5 para detectar disfunción eréctil en los últimos 6 meses al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal	Existe disfunción eréctil: ≤21pts Sin disfunción eréctil: >22pts	<b>20</b>
Satisfacción marital  Variable independiente	Percepción que tiene el sujeto de su propio matrimonio a lo largo de un continuo favorecedor en un momento específico y no el estado presente del matrimonio en sí mismo.	Se preguntará a los paciente	Cualitativa	Ordinal	A)Insatisfecho: de 24-48 pts B)Satisfecho: 49-72 pts	21

#### **VI.4 Universo de trabajo y muestra**

Pacientes derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la unidad de medicina familiar No. 92.

Características de la población: pacientes del sexo masculino con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata dentro de un rango de 40 a 80 años de edad, heterosexuales, casados o con pareja en unión libre de más de cinco años , los cuales vivan bajo el mismo techo.

#### **Tipo de muestra:**

Aleatoria sistémica

### Tamaño de la muestra:

De acuerdo al censo proporcionado por el servicio de ARIMAC de pacientes con hiperplasia benigna de próstata se realizará el cálculo con la modalidad de población finita, debido a que se conoce el número exacto de la población de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad con un total de 1287 pacientes.

$$n = \frac{(N) (Z^2) (p) (q)}{[(e^2) (N-1)] + [(Z^2) (p) (q)]}$$
$$n = \frac{(1287) (1.96^2) (0.5) (0.5)}{[(0.05^2) (1287-1)] + [(1.96^2) (0.5) (0.5)]}$$
$$n = 1236.03 / [3.215] + [0.9604] = 1236.03 / 4.179 = 295$$

Z= nivel de confianza 95%=1.96

p= porcentaje de la población con el atributo estudiado=50%=0.5

q= porcentaje de la población sin el atributo estudiado=50%=0.5

e= estimado de error tolerado=5%=0.05

N= tamaño del universo=1287

Nivel de confianza: 95%

n=tamaño de la muestra=295

El tipo de muestra será probabilística, en donde cada uno de los participantes podrá ser elegido para la realización del estudio. Se realizara de tipo estratificado seleccionando aleatoriamente a los participantes de las diferentes edades en forma proporcional.

<b>Edad</b>	<b>71-75</b>	<b>76-80</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Proporción</b>
71-80	332	212	544	42.26%	122
61-70	240	301	541	42.03%	121
51-60	118	57	175	13.59%	40
40-50	20	7	27	2.09%	12
			1287	100%	295

#### **VI.4.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes heterosexuales
- Pacientes que se encuentren dentro del matrimonio o en unión libre de más de 5 años de relación, que vivan bajo el mismo techo.
- Pacientes con diagnóstico previo de hiperplasia prostática benigna en tratamiento médico, los cuales no se hayan sometido a tratamiento quirúrgico.
- Derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la unidad de medicina familiar No. 92

#### **VI.4.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes con antecedente de cáncer a cualquier nivel.
- Pacientes con malformaciones congénitas que involucren tracto urinario y genitales.
- Pacientes diagnosticados con patologías de tipo psiquiátrico y en tratamiento con anticomerciales.
- Pacientes con dependencia a sustancias ilícitas, tabaquismo o alcoholismo.

#### **VI.4.3 Criterios de eliminación**

- Mal llenado de las encuestas
- Encuestas incompletas



## VI.5 Instrumentos de investigación

Ficha de identificación (*anexo 1*)

### **Escala de satisfacción marital propuesta por Pick de Weiss y Andrade Palos (1988).**

**Descripción:** es una escala tipo Likert la cual evalúa el grado de favorabilidad (actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la relación al involucrar una actitud condicionada por la complacencia positiva o negativa de las necesidades personales, emocionales, afectivas, comunicacionales y sexuales.

**Validación:** esta escala de se diseñó en México y que fue adaptada para Trujillo por Díaz (2007) para parejas entre 22 y 70 años. Su confiabilidad fue obtenida por Díaz (2007) para cada uno de los factores, mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados: factor 1=0.89, factor 2=0.81 y factor 3=0.86. (*Anexo 1*)

**Aplicación:** la escala consta de 24 ítems distribuidos en tres dominios:

- a) Satisfacción con la interacción marital, que se refiere a la satisfacción con la que uno de los miembros de la pareja tiene respecto a la relación que ha construido (ítems 1-10).
- b) Satisfacción en los aspectos emocionales del cónyuge, que tiene relación con la satisfacción respecto a las reacciones de tipo emocional de su pareja (ítem 11-15).
- c) Satisfacción con aspectos estructurales y de organización de la relación, se refiere a la satisfacción que cada cónyuge expresa con el modo como se han organizado, han establecido reglas de convivencia y modo como estas se cumplen (ítem 16-24).

Cada uno de los ítems tiene tres alternativas de respuesta que permite expresar el nivel de satisfacción del individuo con lo que se plantea, expresándolo en tres planteamientos: no me satisface, me satisface poco y me satisface mucho. Para

calificar se asume que la satisfacción se mueve en un continuo de 48 puntos dentro de una escala de intervalos, con un valor de referencia de 24 puntos y un máximo de 72, en forma proporcional, de modo que entre mayor satisfacción con la situación marital, más cercano es el puntaje máximo de la escala.

### **Escala de disfunción eréctil IIEF-5 (International Index of Erectile Function).**

**Descripción:** es una escala tipo Likert la cual fue desarrollada por el equipo formado por Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick y Mishra (1997), con la intención de crear un instrumento breve, psicométricamente válido y de auto aplicación, minimizando sesgo de deseabilidad social de la heteroaplicación. Es una versión abreviada de cinco ítems del índice internacional de función eréctil (IIEF) de 15 ítems a (IIEF-5) para diagnosticar la presencia y la gravedad de la disfunción eréctil específicamente. Consta de cinco ítems seleccionados se basaron en la capacidad para identificar la presencia o ausencia de DE y en el cumplimiento de la definición de disfunción eréctil del Instituto Nacional de la Salud.

**Validación:** En base a las tasas de clasificación erróneas iguales de DE y sin DE, una puntuación de corte de 21 (rango de puntuaciones, 5-25) discriminó mejor (sensibilidad = 0,98, especificidad = 0,88). DE se clasificó en cinco niveles de gravedad, que van desde ninguno (22-25) hasta grave (5-7). Hubo un acuerdo sustancial entre las clases de DE predichas y "verdaderas" (kappa ponderado = 0,82).

### **Aplicación:**

El marco de referencia temporal son los últimos 6 meses, consta de 5 ítems:

1. ¿Con qué frecuencia logró una erección durante las relaciones sexuales? con la siguientes respuestas 1. Casi nunca o nunca, 2. Menos de la mitad de las veces, 3. La mitad de las veces, 4. Más de la mitad de las veces, 5. Casi siempre o siempre.
2. Cuando tuvo relaciones con estimulación sexual ¿con qué frecuencia la rigidez del pene fue suficiente para la penetración?;
3. ¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?;
4. ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?;
5. ¿Las relaciones

sexuales que ha tenido durante este tiempo resultaron satisfactorias para usted? respondiendo: 1. Casi nunca o nunca, 2. Menos de la mitad de las veces, 3. La mitad de las veces, 4. Más de la mitad de las veces, 5. Casi siempre o siempre, No hubo estimulación sexual, permitiendo establecer el grado de la erección: 5 a 10 puntos: DE grave; de 11 a 15 puntos: DE media; de 16 a 20 puntos: DE ligera; de 21 a 25 puntos: función eréctil normal.

Se realizó la presentación y aceptación del comité 1401 el día 05 de agosto de 2019 con número de registro R-2019-1401-054. Se procedió a la captación de pacientes con hiperplasia benigna de próstata los cuales acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 92, los datos de los pacientes fueron captados mediante instrumentos validados, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, tomando en cuenta que pertenecieran al grupo de edad correspondiente entre los 40 y 80 años de edad, sin comorbilidades.

Después de obtener el consentimiento de los participantes solicito el llenado de la ficha de identificación y se procedió al llenado de ambas escalas; la Escala de Satisfacción Marital y IIEF-5 (International Index of Erectile Function), una vez obtenida la información necesaria se procedió al análisis de datos.

Se realizó la aplicación de los cuestionarios con pleno consentimiento de los encuestados que cumplieron con los criterios de inclusión.

## **VI.6 Descripción del proyecto**

Una vez aprobado por el comité local de investigación con número de registro R-2019-1401-054, se procedió a la captación de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar No 92, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, tomando en cuenta que pertenecieran al grupo de edad entre los 40 y 80 años obteniéndose un total de 257 pacientes. Después de obtener el consentimiento firmado por los participantes se procedió a la aplicación de los instrumentos con una duración de llenado de 15 a 20 minutos

se aplicaron dos encuestas, la Escala de Satisfacción Marital, evalúa aspectos organizacionales, aspectos emocionales y aspectos de la interacción marital. Y la Escala de Disfunción Eréctil IIEF-5, el cual evalúa el grado de disfunción eréctil. Una vez obtenida la información se concentró en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Pack age for the Social Sciences versión 23.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico.

### **VI.7 Límite de espacio y tiempo**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 92 de lunes a viernes, en ambos turnos, se realizó durante el año 2019.

### **VI.8 Diseño de análisis**

#### **VI.8.1 Revisión y corrección de la información**

Se realizó una revisión sistémica de los instrumentos de recolección de datos aplicados, evaluando que las pacientes cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, posterior a ellos se procedió a la aplicación de las escalas de evaluación.

#### **VI.8.2 Clasificación y tabulación de datos**

Los datos se recolectaron y se vaciaron en el programa Microsoft Excel 2010 y se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Pack age for the Social Sciences versión 23.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico, haciendo una clasificación de variables, de acuerdo a un código asignado a cada ítem, para realizar las evaluaciones correspondientes de la variable dependiente y las independientes, así como las sociodemográficas.

### VI.8.3 Estadísticos descriptivos

Respecto al análisis estadístico descriptivo, las variables de estudio se les realizó para ver su distribución normal las pruebas estadísticas: media, moda, mediana, moda y distribución estándar con paquete estadístico SPSS 23.0.

### VI.8.4 Diseño del análisis

La información del instrumento de recolección se ordenó, clasifíco y agruparon los resultados, se registró en una base de datos del programa estadístico SPSS 23.0, se ordenó la información la información por variables cualitativas y cuantitativas, las variables cualitativas se describieron mediante distribución de frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media). Los resultados obtenidos se desarrollaron en tablas y graficas ilustrativas y finalmente se elaboraron las conclusiones.

<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>
Variables cualitativas: <ul style="list-style-type: none"><li>- Escolaridad</li><li>- Tratamiento de hiperplasia prostática</li></ul>	Porcentajes y frecuencias Graficas de pastel y de barras
Variables cuantitativas: <ul style="list-style-type: none"><li>- Edad</li><li>- Años de vivir en pareja</li><li>- Años de diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata</li></ul>	Medidas de tendencia central Media, moda y mediana
Comparación de variables de tipo <ul style="list-style-type: none"><li>- Dependiente: Disfunción eréctil</li><li>- Independiente: Satisfacción marital</li></ul>	Correlación de Spearman

## VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se apega al reporte de consulta técnica de 2002, coordinado por la Organización Mundial de la Salud, en donde se define “salud sexual” como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es solamente la ausencia de enfermedad.

La anterior definición se apoya en el trabajo adelantado de la Asociación Mundial de Sexología sobre los derechos sexuales como derechos humanos, fundamentales y universales. Su declaración se produjo en el marco del Congreso Mundial de Sexología, realizado en Valencia (España) en 1997. Posteriormente, fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, durante el congreso Mundial de Sexología en Hong Kong, República Popular China. En este estudio se abarcan los derechos en relación a:

**La autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo:** por lo que se respetaran decisiones sobre la vida sexual de cada paciente en el contexto de la ética personal y social, así como la capacidad de control y disfrute corporal sin tortura, mutilación o cualquier otra amenaza o daño.

**Privacidad sexual:** ya que se resguardara la información y ésta será confidencial.

**Placer sexual:** ya que el presente estudio pretende en parte sensibilizar a la comunidad médica y en general sobre la importancia de la salud sexual.

**Expresión sexual emocional:** Debido a que se estudiara la satisfacción marital la cual involucra la comunicación verbal y no verbal, el contacto, la expresión afectiva y la vinculación amorosa.

**Información basada en el conocimiento científico:** se utilizaran instrumentos previamente validados y se le brindara información sobre las variables a estudiar.

**Educación sexual integral:** comprende tanto la esfera familiar, como la escolar y la social.

**Atención de la salud sexual:** Incluye la accesibilidad a servicios de salud idóneos para la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos sexuales. Además, se respetan los tres principios fundamentales de “nuestra carta actual” señalados por el American College of Physicians, conjuntamente con la European Federation of Internal Medicine y con el American Board of Internal Medicine los cuales son:

- **Bienestar del paciente:** el cual prima sobre otros valores. Nos obliga a servir exclusivamente al interés del paciente.
- **Autonomía del paciente:** el médico debe respetar la decisión de sus pacientes, siempre que éstas no ataquen a la ética médica o conduzcan a una práctica inadecuada.
- **Justicia social:** el médico ha de promover que todos los que se encuentren en las mismas condiciones de salud tengan acceso a las mismas alternativas.

Para los cual nos debemos regir por los siguientes principios que rigen la ética médica:

- 1. NO-MALEFICENCIA:** el investigador no debe realizar ninguna acción que provoque un perjuicio al paciente, por lo que no puede, bajo ningún concepto, poner en riesgo la integridad del paciente.
- 2. JUSTICIA:** se tratara por igual a todos los pacientes incluidos en el estudio, sin discriminación alguna y con la misma consideración y respeto.
- 3. BENEFICIENCIA:** el presente estudio se realizara con el fin de beneficiar al paciente y a próximas generaciones.
- 4. AUTONOMÍA:** el paciente es libre de participar o no el estudio, para lo cual se le informara del estudio y se proporcionara un consentimiento informado el cual especifica los riesgos y beneficios.

Además, de acuerdo al modelo de ayuda de Carol Taylor el cual propone, que el cuidador, en este caso el profesional de la salud debe de cumplir con seis núcleos básicos: afecto, cognición, volición, imaginación, motivación y expresión, para fines del estudio:

**Cognición:** el investigador estudio las variables involucradas en el estudio con información basada en evidencias y se utilizaran instrumentos de medición validados.

**Volición:** el investigador se compromete a movilizar recursos personales y técnicos para asegurar el bienestar del paciente.

**Imaginación:** se emplean creativamente los recursos personales para relacionarse empáticamente con el paciente y entender su situación existencial particular.

**Motivación:** se realizara el estudio con el fin de sensibilizar a los pacientes y a la comunidad en general, así como médica, sobre el impacto de la salud sexual en el hombre.

**Expresión:** se pretende indagar en paciente con hiperplasia benigna de próstata si presentan o no disfunción eréctil de forma directa y conocer si esto afecta para su satisfacción marital directamente y en caso de ser necesario referir a los servicios correspondientes y poder generar un cambio en sus vidas, se pretende para bien.

**Afecto:** a pesar de que la aplicación de los instrumentos abarca un periodo de tiempo muy corto se debe tener una adecuada comunicación con el paciente, que sienta apoyo y que se encuentre convencido de que lo que se está haciendo es para su beneficio y el de la comunidad.

Se contempla también la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y el Código internacional de Ética Médica salvaguardando la integridad global del paciente para lo cual se



realizó un protocolo experimental, supervisado por un médico calificado y posterior siendo presentado ante un comité de investigación independiente del investigador para asegurarse que se actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental y se salvaguarde la integridad de los pacientes. De acuerdo a las pautas de ética internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para fines de ésta investigación se aplican las siguientes pautas:

Pauta 1: en la cual se justifica la investigación en seres humanos por su valor social y científico. Por su contribución en la generación de conocimiento y /o impacto en la modificación de las condiciones de vida. Para esta investigación es importante resaltar que en lo referente al valor social, esta investigación contempla asociar la satisfacción marital y la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de prostata, al considerar que éstas dos últimas son marcadores de calidad de vida en el hombre, relacionadas a cambios vasculares y su prevalencia aumenta, lo cual puede afectar el entorno familiar.

También se consideró la pauta número 3 (distribución equitativa de los beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos participantes en una investigación) al considerar la metodología de muestra y muestreo además de considerar que esta investigación precisa los riesgos, los beneficios así como los derechos de los participantes por lo que se considera un riesgo mínimo para el sujeto de estudio y sin riesgo para el investigador (pauta 4, 6).

De acuerdo a la pauta 9 y 10 referente al consentimiento informado, se realizó con lenguaje no técnico para el entendimiento del paciente, con el contenido de los objetivos del estudio, riesgos y beneficios, procedimiento, todo basado en lineamientos respetando sus derechos y habiendo entendido todo el proceso firmar de autorización salvaguardando su información y los resultados que de esta deriven (pauta 12). Además este estudio no presenta conflicto de interés (pauta 25).

Así mismo, este estudio contempla criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico de acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos<sup>26</sup> y tomando la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata) como guía. Así como lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en el título segundo, capítulo primero, artículo 17, donde se clasifica con un riesgo II de investigación con riesgo mínimo.

### **Posibles riesgos para el paciente**

Como ya se mencionó existe un **riesgo mínimo** para el paciente, porque puede presentar incomodidad en la aplicación de los instrumentos clínicos, se le realizara una serie de preguntas acerca de la vida personal del participante como escolaridad, años de vivir con su pareja, años de diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, tratamiento que tiene en las cuales pudiera sentir invasión a su privacidad, posterior a este cuestionario se le explicaran las instrucciones para el llenado del primer instrumento denominado Escala de Satisfacción Marital, en el cual el participante expresara la respuesta que mejor crea respecto a su pareja respondiendo 1. Me gustaría que pasara de manera muy diferente, 2. Me gustaría que pasar diferente, 3. Me gusta cómo está pasando, para lo cual se le pedirá que sea lo más sincero posible, recordándole que la información es confidencial y que en caso de sentir intromisión en su intimidad o incomodidad podrá abandonar el estudio.

Dentro de las declaraciones: 1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio, 2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito, 3. El grado en el que mi cónyuge me atiende, 4. La frecuencia con la que mi cónyuge me abraza, 5. La atención que mi cónyuge pone a su apariencia, 6. La comunicación con mi cónyuge, 7. La conducta de mi cónyuge frente a otras personas, 9. El tiempo que me dedica a mí, 10. El interés que mi cónyuge pone en lo que yo hago, 11. La forma en que mi cónyuge se comporta cuando está triste, 12. La forma que mi

cónyuge se comporta cuando está enojado, 13. La forma como se comporta mi cónyuge cuando está preocupado, 14. La forma como mi cónyuge se comporta cuando esta de mal humor, 16. El tiempo que mi cónyuge dedica a sí mismo, 17. La forma como se organiza mi cónyuge, 18. Las prioridades que mi cónyuge tiene en la vida, 19. La forma como mi cónyuge pasa el tiempo libre, 20. La puntualidad de mi cónyuge, 21. El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud, 22. El tiempo que pasamos juntos, 23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas, 24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en la casa. En las cuales podría sentir tristeza, vergüenza, incluso enojo al recordar en alguna de las preguntas alguna experiencia negativa con su cónyuge, en las declaraciones 8. La forma como mi cónyuge me pide que tengamos relaciones sexuales y 9. Las reacciones de mi cónyuge cuando no quiere tener relaciones sexuales podrían causar vergüenza, enojo, frustración e incluso provocarle ansiedad.

Posterior se realizara el cuestionario IIFE-5 el cual consta de 5 preguntas en el cual marcara con una x la respuesta que mejor corresponda a su caso, en donde las respuestas para las preguntas 1, 2, 3 y 5 serán 1) casi nunca o nunca, 2) menos de la mitad de las veces, 3) la mitad de las veces, 4) más de la mitad de la veces, 5) casi siempre o siempre y \_ no hubo estimulación sexual, con las siguientes interrogantes: 1. ¿con qué frecuencia logró una erección durante las relaciones sexuales?, 2. Cuando tuvo relaciones con estimulación sexual ¿con qué frecuencia la rigidez del pene fue suficiente para la penetración?, 3. ¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración? y 5. ¿Las relaciones sexuales que ha tenido durante este tiempo resultaron satisfactorias para usted? Las respuestas para la pregunta 4. ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual? Son: 1) extremadamente difícil, 2) muy difícil, 3) difícil, 4) un poco difícil, 5) no fue difícil y \_ no he tenido relaciones sexuales. En las cuales en todas las preguntas podría sentir vergüenza, enojo, tristeza, humillación, invasión de su privacidad y ansiedad, por lo que podrá abandonar el estudio en el momento que desee. En caso de que decida abandonar el estudio se le preguntara si tiene alguna duda o la razón por la cual lo abandona sin ser insistentes, en el caso de alguna inquietud de le ampliara la orientación en ese momento y en caso de que

presente alguna otra reacción, como enojo, inconformidad, ansiedad se le entregara el cuestionario en un sobre o se romperá en su presencia para ser desechado, informándole en caso de que lo requiera que se lo puede llevar y mostrar a su médico familiar para que éste conozca la situación de su paciente y realice la evaluación necesaria.

Le estamos invitando a participar en un estudio sobre la insatisfacción marital que se trata de cómo se siente usted o cómo percibe su relación de pareja, así como si usted tiene o no datos de disfunción eréctil, lo que significa que no pueda completar una erección del pene y/o que no resulte satisfactoria para usted la relación sexual, esto con el fin de averiguar si la función sexual es un determinante o primordial para que los matrimonios estén satisfechos. Se ha comprobado que en la actualidad en las parejas jóvenes los matrimonios se basan más en la comunicación y afecto en comparación de los matrimonios de mayor edad, aparte de que generalmente en la consulta médica no se abordan estos temas y solo se enfocan en los síntomas para orinar dejando de lado su función sexual, la cual es muy importante para su salud ya que se considera un marcador de calidad de vida y se asocia a mayor riesgo de eventos cardiovasculares por lo que se le realizaran preguntas tanto personales, así como de su relación de pareja y función sexual. Se utilizaran 3 cuestionarios, el primero es una ficha de identificación con datos personales, el segundo es un instrumento ya aprobado para conocer su satisfacción marital y el tercero también un instrumento ya aprobado para conocer su función sexual, con un tiempo aproximado de realización de 15 a 20 minutos de cada paciente. Al término se le otorgaran 2 trípticos informativos, uno de disfunción eréctil y otro de hiperplasia benigna de próstata, invitándolo a acudir a una sesión educativa en el auditorio de esta unidad.

## **VIII. ORGANIZACIÓN**

Tesista: M.C. Diana Raquel Estrada Martínez

Director de Tesis: E. EN M.F. Mauricio Paniagua Cortez

## **IX.CRÉDITOS**

M.C. Diana Raquel Estrada Martínez

M. en E. EN M.F. Mauricio Paniagua Cortez

## **X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

El estudio conto con los siguientes recursos:

### **X.1 Recursos humanos**

Médico residente de la especialidad de medicina familiar Diana Raquel Estrada Martínez, asesorada por el profesor titular Dr. Mauricio Paniagua Cortez

Médico Familiar, el cual aplicará los instrumentos ya mencionados anteriormente a pacientes con hiperplasia benigna de próstata derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 92.

### **X.2 Recursos físicos**

Los recursos físicos fueron proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual se contó con las áreas específicas para el desarrollo de las actividades como aplicación de las encuestas dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 92 para la obtención de la información requerida, así como una computadora con los programas Microsoft Excel 2010 y programa estadístico SPSS.

### **X.3 Recursos financieros**

Los recursos financieros fueron proporcionados por la beca asignada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## XI. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico y abierto. Se obtuvo un tamaño mínimo de muestra de acuerdo al cálculo de muestra probabilística de 292 pacientes del cual sólo se recabó el 88% (n=257), debido a criterios de eliminación, estas 257 encuestas de tipo trasversal se aplicaron a pacientes masculinos con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad.

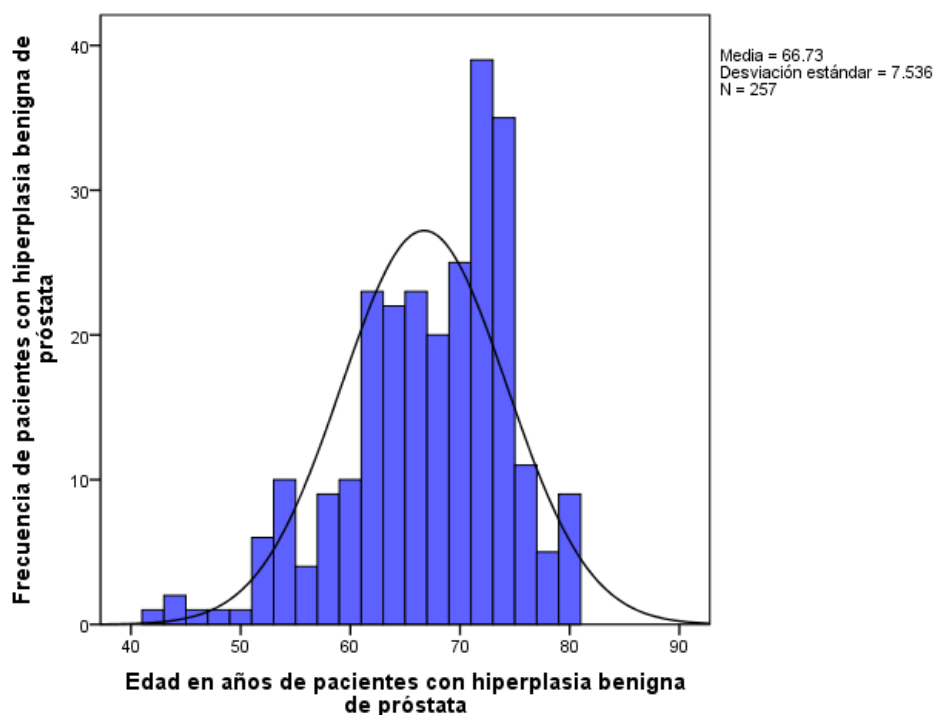
En cuanto a edad se observó una media de 66.73, una mediana de 68 y una moda de 72 años. (Gráfico 1)

Tabla 1. Medidas de tendencia central respecto edad de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata entre 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

N	Válido	257
	Perdidos	0
Media		66.73
Mediana		68.00
Moda		72

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 1. Estadístico de edad en años de pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.



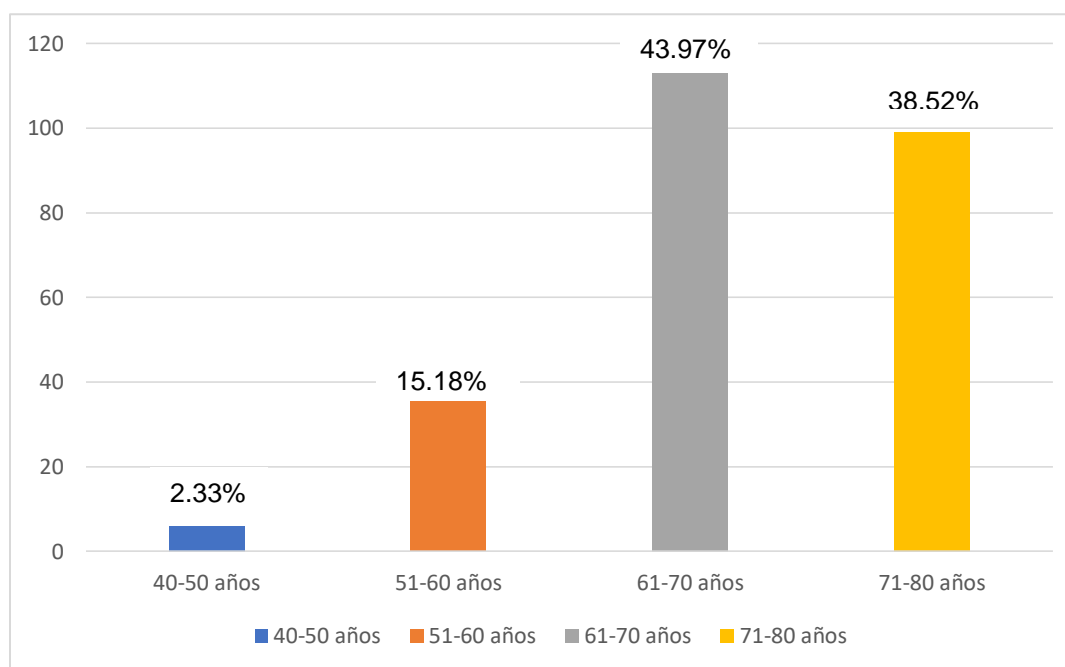
Para fines prácticos del estudio se dividió la muestra por rangos de edades observándose que el 2.33% (n=6) de la población tenía entre 40 y 50 años de edad, el 15.18% (n=39) entre 51 y 60 años de edad, el 43.97% (n=113) de 61 a 70 años de edad y por último de 71 a 80 años de edad el 38.52% (n=99). (Gráfico 2).

Tabla 2. Porcentajes de edad en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

Edad	No. Pacientes		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
40-50	6	2.3	2.3
51-60	39	15.2	17.5
61-70	113	44	61.5
71-80	99	38.5	100
Total	257	100.00	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 2. Porcentaje de rangos de edades en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

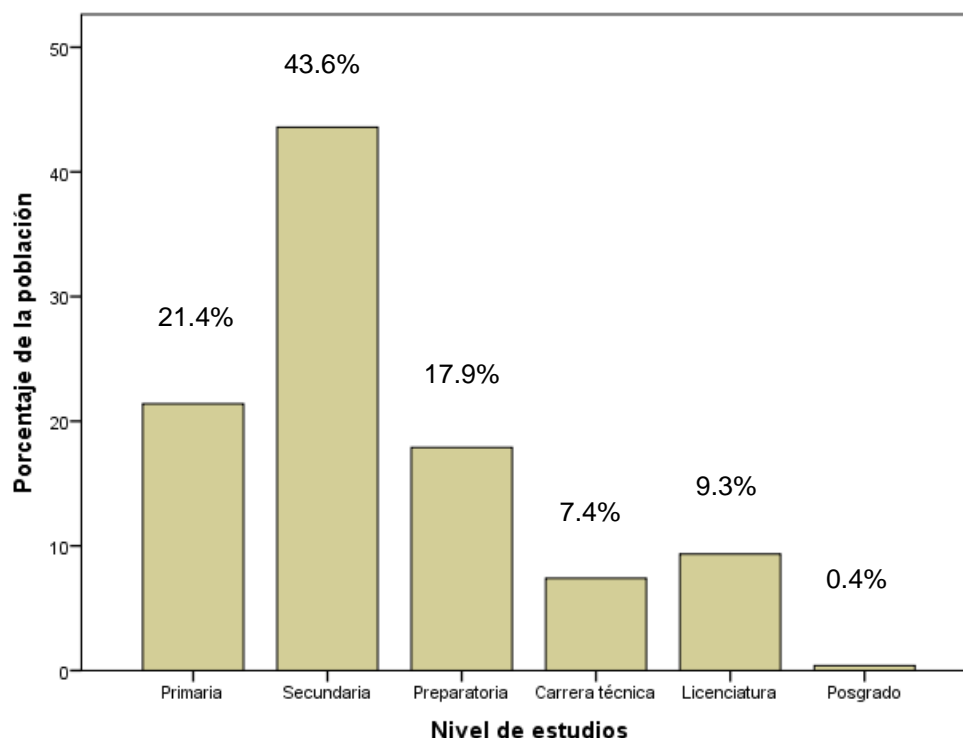
Se preguntó en la ficha de identificación el grado de estudios de los participantes de los cuales el 21.4% (n=55) estudiaron la primaria, el 43.6% (n=112) secundaria, el 17.9% (n=46) la preparatoria, el 7.4% (n=19) carrera técnica, el 9.3% (n=24) licenciatura y sólo el 0.4% (n=1) cuenta con posgrado. (Gráfico 3).

TABLA 3. Porcentajes de la escolaridad en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primaria	55	21.4	21.4	21.4
Secundaria	112	43.6	43.6	65.0
Preparatoria	46	17.9	17.9	82.9
Carrera técnica	19	7.4	7.4	90.3
Licenciatura	24	9.3	9.3	99.6
Posgrado	1	.4	.4	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 3. Porcentajes de la escolaridad en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

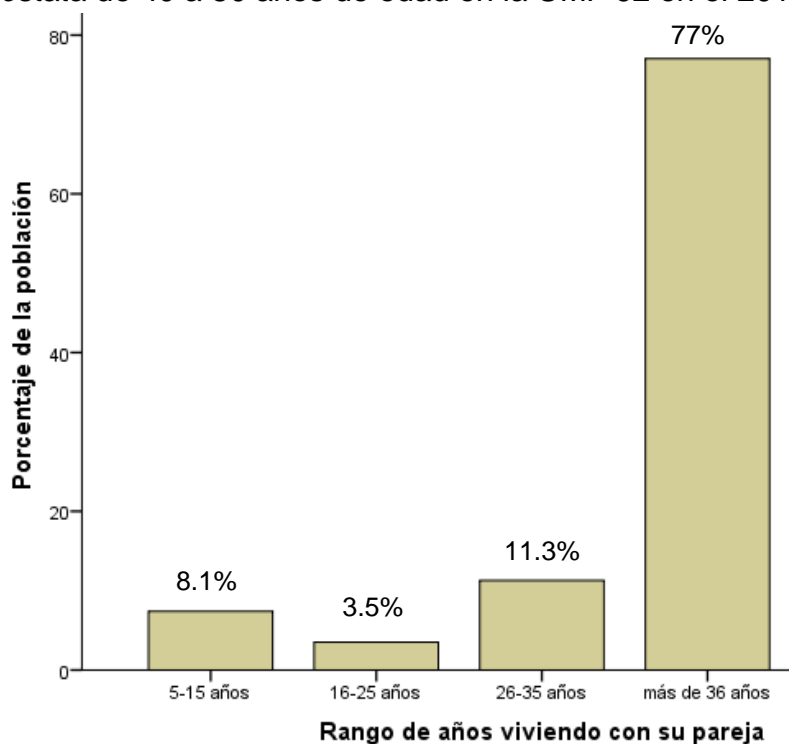
También en la ficha de identificación se preguntó cuántos años llevaba viviendo con su pareja en intervalos de 10 años en donde se observó que el 8.1% (n=21) había vivido con su pareja entre 5 y 15 años, el 3.5% (n=9) entre 16 y 25 años, el 11.3% (n=29) de 26 a 35 años y el 77% (n=198) más de 36 años. (Gráfico 4).

TABLA 4. Porcentajes de años de vivir en pareja en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 5-15 años	21	8.1	8.1	8.1
16-25 años	9	3.5	3.5	10.9
26-35 años	29	11.3	11.3	22.2
más de 36 años	198	77.0	77.0	99.2
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Grafico 4. Porcentajes de años de vivir en pareja en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

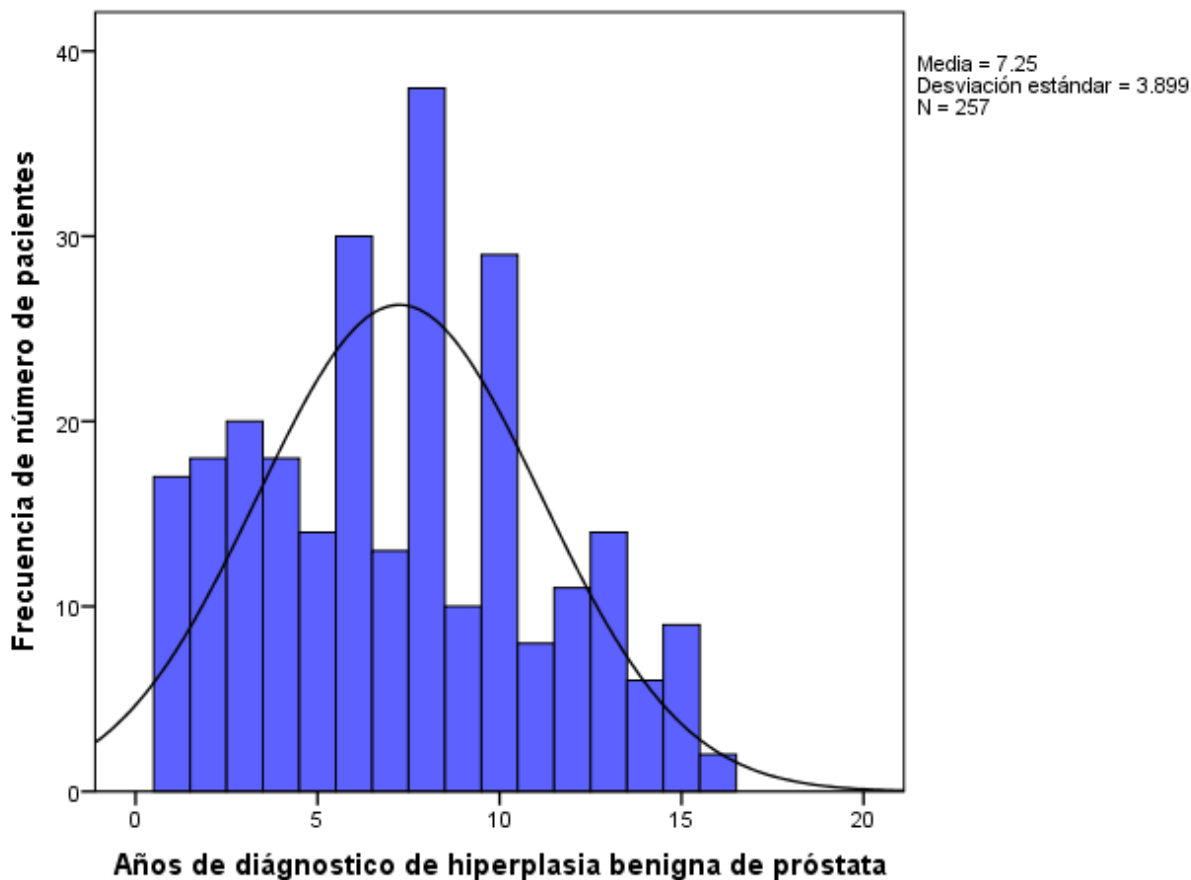
Se preguntó el número de años que llevaba con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata a la población en estudio encontrándose un rango de 1 a 16 años con una media de 7.25 años, una mediana de 7 y una moda de 8 años. (Gráfico 5).

Tabla 5. Medidas de tendencia central respecto a años de diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata

N	Válido	257
	Perdidos	0
Media		7.25
Mediana		7.00
Moda		8

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 5. Estadístico de años de diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata en pacientes de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Se observó que el 6.6% (n=17) tenía un año de diagnóstico, el 7%(18) 2 años, el 7.8%(n=20) 3 años, el 7%(n=18) 4 años, el 5.4%(n=14) 5 años, el 11.7%(n=30) 6 años, el 5.1%(n=13) 7 años, el 14.8%(n=38) 8 años, el 3.9%(n=10) 9 años, el 5.4%(n=14) 13 años, el 2.3%(n=6) 14 años, el 3.5%(n=9) 15 años y el 0.8%(n=2) 16 años. (Gráfico 5)

Tabla 6. Porcentajes de años de vivir en pareja en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	17	6.6	6.6	6.6
2	18	7.0	7.0	13.6
3	20	7.8	7.8	21.4
4	18	7.0	7.0	28.4
5	14	5.4	5.4	33.9
6	30	11.7	11.7	45.5
7	13	5.1	5.1	50.6
8	38	14.8	14.8	65.4
9	10	3.9	3.9	69.3
10	29	11.3	11.3	80.5
11	8	3.1	3.1	83.7
12	11	4.3	4.3	87.9
13	14	5.4	5.4	93.4
14	6	2.3	2.3	95.7
15	9	3.5	3.5	99.2
16	2	.8	.8	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

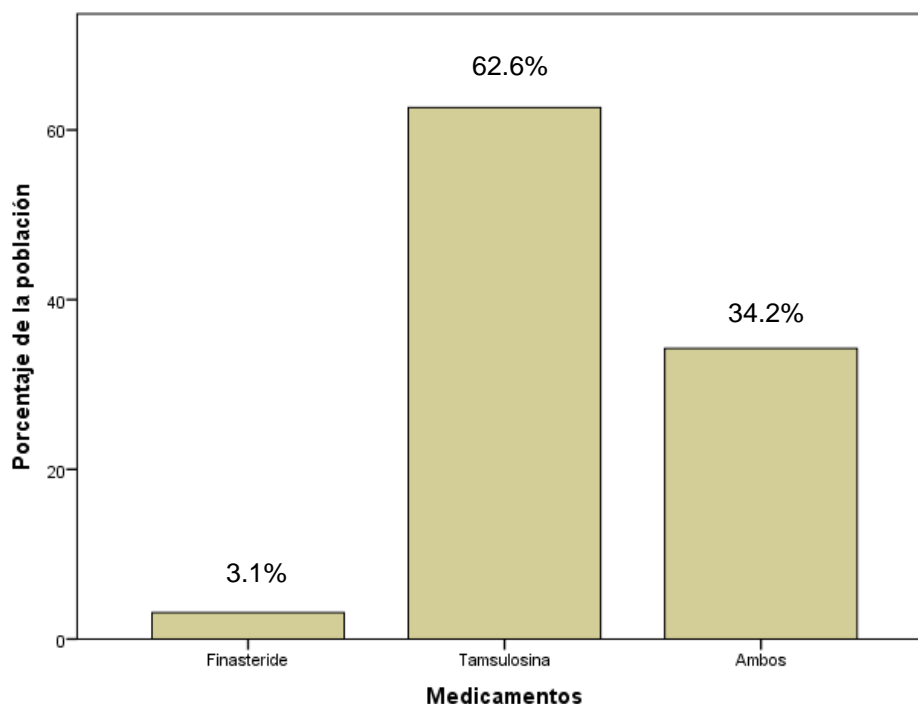
También se indagó sobre el tratamiento administrado para hiperplasia benigna de próstata en donde se observó que el 3.1% (n=8) se encontraba en tratamiento únicamente con finasterida, el 62.6% (n=161) se encontraba en tratamiento exclusivo con tamsulosina y el 34.2%(n=88) en tratamiento combinado con finasterida y tamsulosina. (Gráfico 8).

TABLA 7. Porcentajes medicamentos utilizados para tratar la hiperplasia benigna de próstata en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Finasterida	8	3.1	3.1	3.1
Tamsulosina	161	62.6	62.6	65.8
Ambos	88	34.2	34.2	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Grafico 6. Porcentajes medicamentos utilizados para tratar la hiperplasia benigna de próstata en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

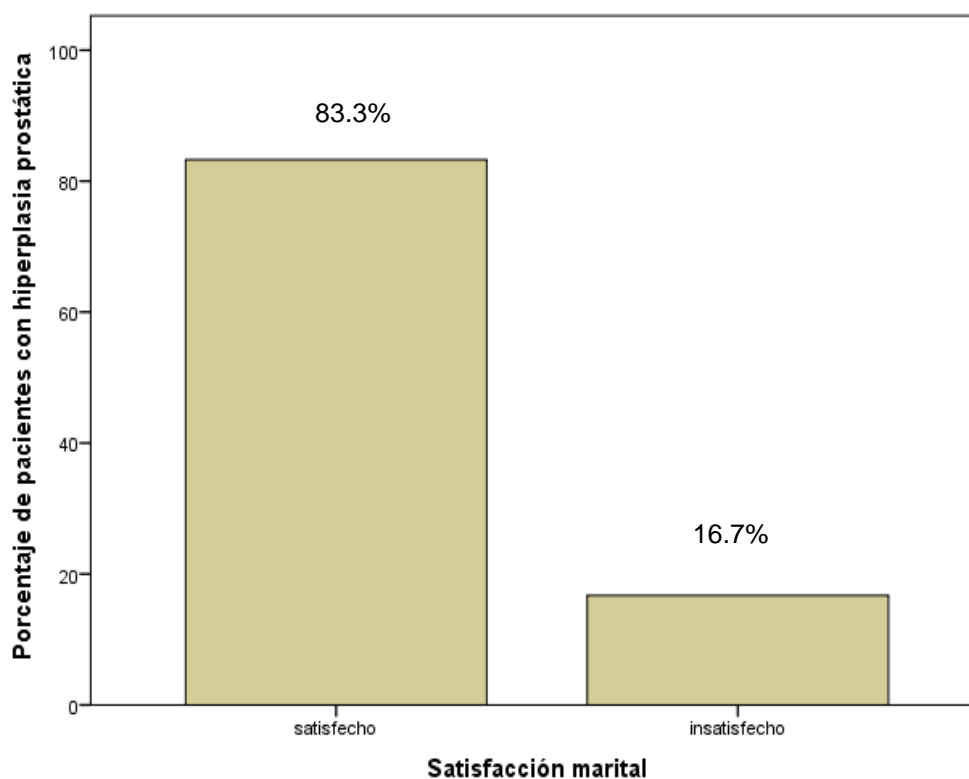
Se aplicó el instrumento Escala de Satisfacción Marital (ESM) de Pick de Weiss y Andrade Palos el cual refleja el nivel de satisfacción marital, con lo que se observó que el 83.3% (n=214) de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata se encontraba satisfechos con su vida marital, por otro lado el 16.7% (n=43) se encuentran insatisfechos con su vida marital. (Gráfico 7).

Tabla 8. Tabla de frecuencias y porcentajes de satisfacción marital en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Satisfecho	214	83.3	83.3	83.3
	Insatisfecho	43	16.7	16.7	100.0
	Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 7. Porcentaje de satisfacción marital en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

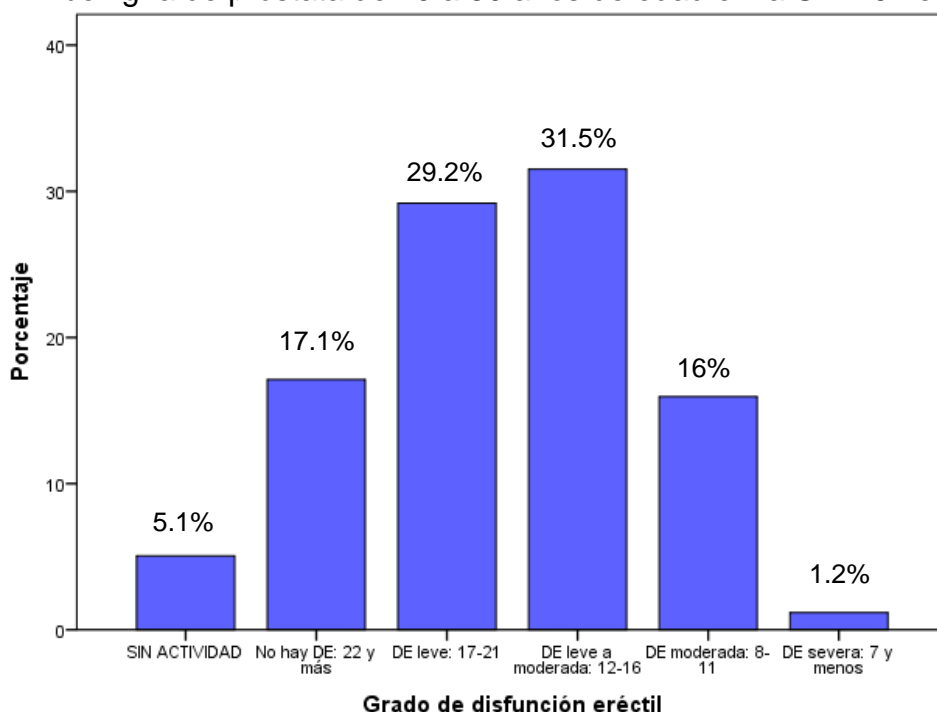
Se aplicó el instrumento IIEF-5 (*International Index Erectile Function-5*) con lo que se pudo observar que el 5.1%(n=13) de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata se encontraba sin actividad sexual, el 17.1% (n=44) no tiene disfunción eréctil, el 29.2% (n=75) tiene disfunción eréctil leve, el 31.5% (n=81) tiene disfunción eréctil de leve a moderada, el 16% (n=41) tiene disfunción eréctil moderada y sólo el 1.2% (n=3) tiene disfunción eréctil grave.(Gráfico 8).

Tabla 9. Tabla de grado de disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SIN ACTIVIDAD	13	5.1	5.1	5.1
No hay DE: 22 y más	44	17.1	17.1	22.2
DE leve: 17-21	75	29.2	29.2	51.4
DE leve a moderada: 12-16	81	31.5	31.5	82.9
DE moderada: 8-11	41	16.0	16.0	98.8
DE severa: 7 y menos	3	1.2	1.2	100.0
Total	257	100.0	100.0	

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 2. Porcentaje de grados de disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata de 40 a 80 años de edad en la UMF 92 en el 2019.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.



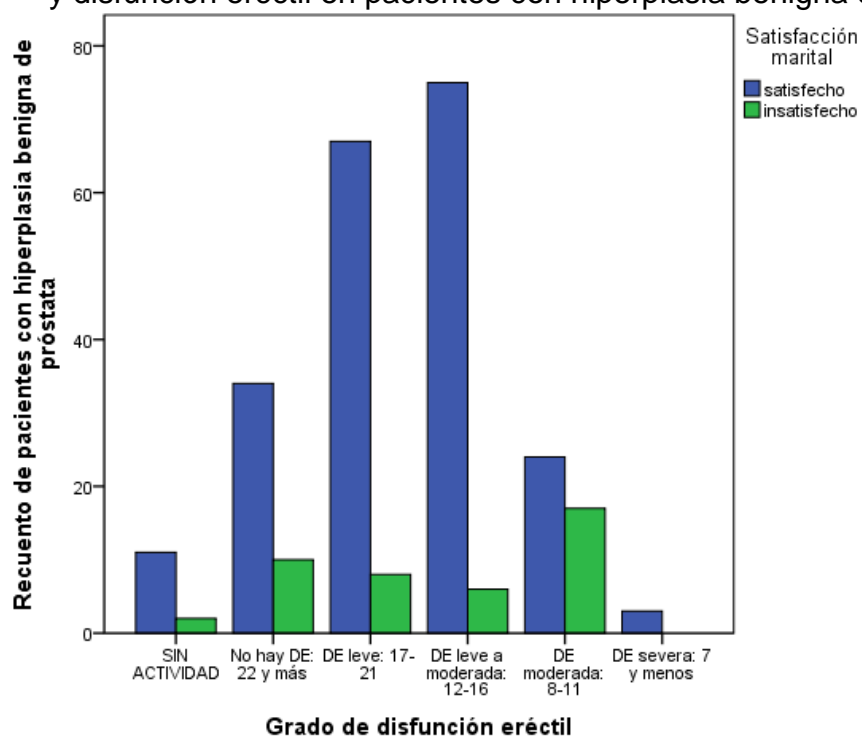
Con respecto al análisis de variables de satisfacción marital y disfunción eréctil se encontró lo que el 5.1% (n=13) del total de la muestra de 257 pacientes no había tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, respecto a los pacientes con satisfechos con su vida marital (214) se observó que el 13.2% (n=34) no tenía disfunción eréctil y el 82.5% (n=169) se encontraba con algún grado de disfunción. Por otro lado de la población insatisfecha con su vida marital se encontró que el 3.9% (n=10) no tenía disfunción eréctil y el 95.3% (n=31) tiene algún grado de disfunción.

Tabla 10. Tabla cruzada de frecuencias y porcentajes del análisis de las variables satisfacción marital y disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata.

		Grado de disfunción eréctil											Total	
		SIN ACTIVIDAD		SIN DE		DE leve		DE leve a moderada		DE moderada		DE severa		
Satisfacción marital	satisfecho	11	4.3	34	13.2	67	26.1	75	29.2	24	9.3	3	1.2	214
	insatisfecho	2	0.8	10	3.9	8	3.1	6	2.3	17	6.6	0	0.0	43
Total		13	5.1	44	17.1	75	29.2	81	31.5	41	16.0	3	1.2	257
Porcentaje		5.1		17.1								77.8		100

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 9. Frecuencias y porcentajes del análisis de las variables satisfacción marital y disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Se realizó la relación de variables mediante el método estadístico Rho de Spearman con una significancia de 0.01 entre satisfacción marital, grado de disfunción eréctil y años de vivir en pareja, el cual se muestra a continuación por lo que se acepta la hipótesis nula, afirmando que existe mayor satisfacción marital a través de los años aunque exista disfunción eréctil.

Tabla 11. Tabla cruzada de frecuencias del análisis de las variables satisfacción marital, disfunción eréctil y años de vivir en pareja de pacientes con hiperplasia benigna de próstata.

			Rango de años viviendo en pareja				Total
			5-15 años	16-25 años	26-35 años	más de 36 años	
Satisfacción marital							
Satisfecho	Puntaje	SIN ACTIVIDAD	0	0	4	7	11
	IIEF5	Sin DE	5	4	0	25	34
		DE leve	2	2	6	57	67
		DE leve a moderada	2	1	13	59	75
		DE moderada	0	0	4	20	24
		DE severa	1	0	0	2	3
		Total		10	7	27	170
Insatisfecho	Puntaje	SIN ACTIVIDAD	0	0	0	2	2
	IIEF5	Sin DE	5	0	0	5	10
		DE leve	2	1	1	4	8
		DE leve a moderada	2	1	1	2	6
		DE moderada	2	0	0	15	17
		Total		11	2	2	28
Total	Puntaje	SIN ACTIVIDAD	0	0	4	9	13
	IIEF5	Sin DE	10	4	0	30	44
		DE leve	4	3	7	61	75
		DE leve a moderada	4	2	14	61	81
		DE moderada	2	0	4	35	41
		DE severa	1	0	0	2	3
		Total		21	9	29	198

Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

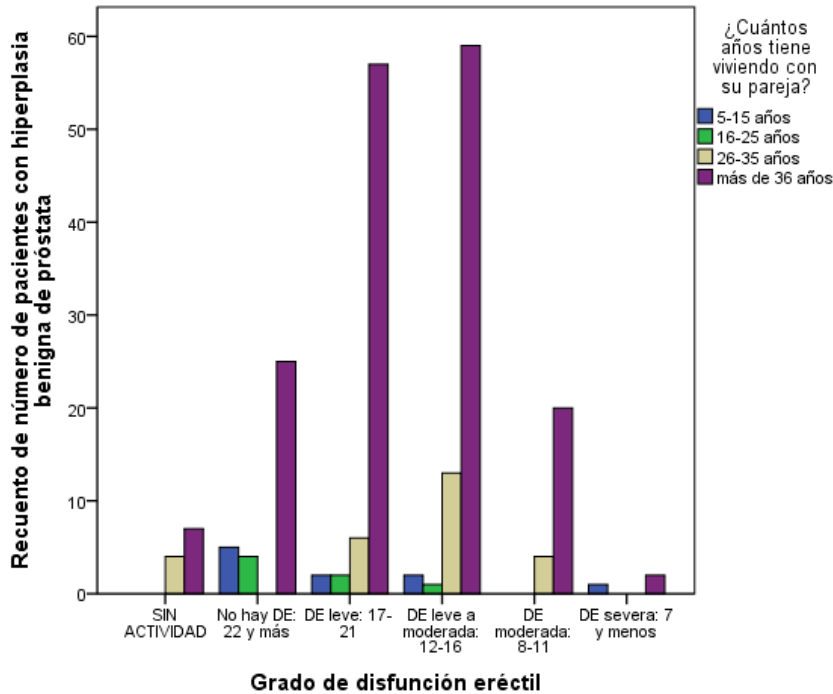
Tabla 12. Correlación de variables satisfacción marital, disfunción eréctil y años de vivir en pareja de pacientes con hiperplasia benigna de próstata.

			Años de vivir en pareja	Grado de disfunción eréctil	Satisfacción marital
Rho de Spearman	Años de vivir en pareja	Coeficiente de correlación	1.000	.098	-.162**
		Sig. (bilateral)	.	.117	.009
		N	257	257	257
Grado de disfunción eréctil	Grado de disfunción eréctil	Coeficiente de correlación	.098	1.000	.087
		Sig. (bilateral)	.117	.	.165
		N	257	257	257
Satisfacción marital	Satisfacción marital	Coeficiente de correlación	-.162**	.087	1.000
		Sig. (bilateral)	.009	.165	.
		N	257	257	257

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

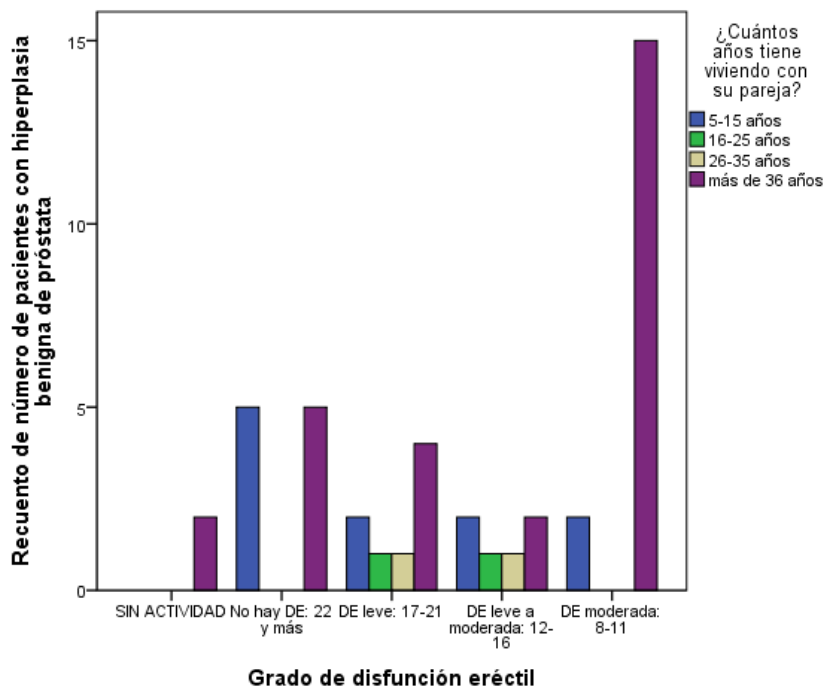
Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 10. Correlación de variables satisfacción marital, disfunción eréctil y años de vivir en pareja de pacientes satisfechos con su vida marital.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

Gráfico 11. Correlación de variables satisfacción marital, disfunción eréctil y años de vivir en pareja de pacientes insatisfechos con su vida marital.



Fuente: Hoja de recolección de datos de pacientes con hiperplasia benigna de próstata de la UMF 92 en el 2019.

## XII. DISCUSION

De acuerdo a un estudio realizado en 2016 en relación a la satisfacción marital se encontró que a mayor edad se encontraban más satisfechos con su vida marital reportando un aumento de la satisfacción marital el del 41.7% en personas mayores de 41 años de edad lo cual concuerda con la edad de la población de éste estudio, afirmando que a mayor edad existe más satisfacción, también se menciona en este estudio la relación del nivel académico con la satisfacción en donde reporto una mayor satisfacción en personas con escolaridad mayor o igual a secundaria lo que también coincide con el presente estudio donde observamos que el 78.6% de los pacientes tienen escolaridad igual o mayor a la secundaria. <sup>11</sup>

De acuerdo a la norma oficial mexicana para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno refiere que el 35% de los hombres de 60 años presenta datos de hiperplasia benigna de próstata aumentando la prevalencia respecto a la edad. Así como en otro estudio de disfunción eréctil publicado en 2010 realizado en pacientes con riesgo cardiovascular reporto una edad media de  $64.5 \pm 11.6$  años de edad en donde el factor más importante para la disfunción eréctil fue la edad.<sup>6</sup>

Lo cual se reafirma el presente estudio con un aumento de la prevalencia en ambos casos con una media de edad de presentación de  $66.73 \pm 7.5$  años. <sup>6,27</sup>

A pesar de que se ha reportado en diversos estudios que el uso de medicamentos bloqueadores de receptores alfa-1 adrenérgicos e inhibidores de la 5-alfa-reductasa provocan efectos a largo plazo, principalmente disfunción eréctil de 5 a 8% de todos los casos, sin embargo al mejorar los síntomas urinarios, evitar la progresión clínica de la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones, mejora su calidad de vida. Lo que evidencia el presente estudio respecto al tratamiento es que la mayor parte de la población se encuentra en tratamiento con tamsulosina, seguido de terapia combinada con tamsulosina y finasterida sin generar impacto sobre la satisfacción marital, suponiendo una mejor calidad de vida.<sup>5</sup>

Según la sociedad española de médicos de atención primaria se evidencio en una población de pacientes masculinos con síntomas del tracto urinario inferior a partir de los 40 años de edad el 52% presentaba algún grado de disfunción eréctil, siendo esta más significativa en población de 70 a 79 años de edad. En contraste con este estudio debido a que el 77.8% de la población presenta algún grado de disfunción eréctil.<sup>14</sup>

### XIII. CONCLUSIONES

Se obtuvo sólo el 88% de la muestra debido que el resto de los participantes no completo los cuestionarios, principalmente el de disfunción eréctil, algunos mostrándose incómodos con las preguntas, otros argumentaban que sus esposas se encontraban bajo algún proceso de enfermedad y no les interesaba participar y otros simplemente no quisieron completar el cuestionario sin ninguna explicación. Según las variables sociodemográficas se encontró a la edad con una media de  $66.73 \pm 7.5$ , respecto a la escolaridad con predominio de educación secundaria con un 43.6%, de acuerdo a los años de vivir en pareja se observó que el 77% de la población tenía más de 36 años con su pareja. Concluyendo que a mayor edad, mayor escolaridad y mayor número de años viviendo con su pareja había mayor prevalencia de satisfacción marital. Respecto a los pacientes con disfunción eréctil se pudo observar que a mayor grado de disfunción eréctil no se generaba ningún impacto sobre la satisfacción marital.

Con lo que podemos concluir que se cumple aprueba la hipótesis nula, ya que se evidenció que mientras más años se encuentren viviendo con su pareja, va a existir satisfacción marital a pesar de que exista disfunción eréctil.

Respecto a los años de diagnóstico se concluyó que una media de  $7.25 \pm 3.8$  y que el medicamento más utilizado en el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata es la tamsulosina seguido de tratamiento combinado con finasterida.

#### **XIV. RECOMENDACIONES**

- En general debido a que la prevalencia de hiperplasia benigna de próstata y de disfunción eréctil aumenta con la edad se debe sensibilizar a todo el personal de salud sobre el abordaje de la salud sexual en todos los pacientes para que con el paso del tiempo se puedan realizar las medidas de detección oportuna en los pacientes y éstos lo tomen como una situación normal y necesaria, como en el caso de las mujeres con la citología cervical y mastografías.
- Por otro lado, como parte de la función de médico de familia es imprescindible indagar sobre la dinámica familiar de acuerdo a su etapa de ciclo vital y poder detectar la etiología de en caso de crisis paranormativas, siendo en este caso la enfermedad por lo que es necesario implementar durante la consulta el interrogatorio dirigido a todos los pacientes masculinos de más de 40 años sobre síntomas urinarios y sobre su vida sexual, para así poder detectar oportunamente alguna patología y mejorar la calidad de vida del paciente como de su vida conyugal.
- Es importante orientar a los pacientes sobre proceso de envejecimiento y como llevar una vida saludable para retrasar la aparición y/o progresión de éstas enfermedades.



## XV. BIBLIOGRAFIA

1. Moratto N.S., Zapata J.J., Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología. (2015); 8(2),103-121.
2. Javanmard G. H., Garegozlo R.M. 2013 “The study of relationship between marital satisfaction and personality characteristics in Iranian families”.SciVerse ScienceDirect. (2013); 84: 396-399.Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813016406>
3. Membrillo A., Fernández M.A., Quiroz J.R., Rodríguez J.L. Vol 1 FAMILIA Introducción al estudio de sus elementos, primera edición , México D.F. Editores de textos Mexicanos. 2008. Editores de textos Mexicanos p. 89-105.
4. Lamas H.A. Satisfacción marital: la conducta de pareja como soporte social LIBERABIT 79-86. Disponible en: [http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE\\_06\\_1\\_satisfaccion-marital-la-conducta-de-pareja-como-soporte-social.pdf](http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_06_1_satisfaccion-marital-la-conducta-de-pareja-como-soporte-social.pdf)
5. Rojas O.L. Masculinidad y vida conyugal en México. Cambios y persistencias. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género. 2012; 10: 79-104. Disponible en: <http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/589/pdf>
6. Zaheri F., Dolatian M., Shariati M. “Effective Factors in Marital Satisfaction in Perspective of Iranian Women and Men”.ephyician. 2016; 8: 3369-3377.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28163850>
7. Sorokowski P., Randall A. K., Groyecta A. Marital satisfaction, sex, age, marriage duration, religión, number of children, economic status, education, and collectivistic values: data from 33 countries. Frontiersin. 2017; 8: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519603/>

8. Miranda P., Ávila R. Estimación de la magnitud de satisfacción marital en función de los años de matrimonio, Redalyc. 2008;10 (2): 57-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387004.pdf>
9. Armenta C., Díaz R. Comunicación y Satisfacción: Analizando la interacción de Pareja. Psicología Iberoamericana. 2008. Vol 16 (1): 23-27.
10. Quiroz R.E. 2016. Relación de satisfacción marital con inteligencia emocional en cónyuges adventistas del séptimo día del “ Distrito Misionero Lurin”. Revista Muro de la Investigación. 2016; 1 (1):15-26. Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r-Muro-investigaion/article/view/774/745>
11. Reyes R., Del Pilar R., Linares J., Beatriz M. Satisfacción marital y ansiedad por concebir un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad. Rev. Psicol. 2009;11(1):79-96. Disponible en: [http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/view/378/264](http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/378/264)
12. Oropeza R., Armenta C., García A., Padilla N., Díaz R. Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la población Mexicana. redalyc. 2010; 18 (2): 56-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921007>
13. Alcántara A., Brenes F.J., Rérez D. Relación entre los síntomas del tracto urinario inferior en el varón y la disfunción eréctil. Medicina de Familia SEMERGEN 2016; 42(3):164-171. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-relacion-entre-los-sintomas-del-S1138359315002774>
14. García HA, Ocampo GM. Un nuevo enfoque terapéutico para la disfunción eréctil: las ondas de choque de baja intensidad. Iatreia. 2015; 28(3):283-291. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v28n3/v28n3a06.pdf>
15. García F., Gil-Vernet J., Morales A. Áreas de la sexualidad: libido, erección y eyaculación. Med Clin Monogr (Barc). 2005; 6: 14-32. Disponible en: [http://www.salvadorgilvernet.com/docs/med\\_clin\\_mon\\_2005\\_6.pdf](http://www.salvadorgilvernet.com/docs/med_clin_mon_2005_6.pdf)

16. De Nunzio C., Roehrborn C., Andersson K., McVary K. Erectile Dysfunction and Lower Urinary Symptoms. *Europeanurology*. 2017; (3): 352-363. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29191671>
17. Hernández R., Thieme T., Araos F. Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en población Chilena. *Terapia psicológica*. 2017; 35 (3): 223-230. Disponible en: <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/218>
18. Mahmood M.A., Rehman K.U., Khan M.A. and Sultan T. Translation, Cross-cultural adaptation, and psychometric validation of the 5-item international index of erectile function (IIEF-5) into Urdu. *J Sex Med*. 2012; 9:1883-1886. Disponible en: <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/218>
19. Rosen R.C., Cappelleri J.C., Smith M.D., Lipsky J., Peña B.M. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Stockton press*. 1999; 11:319-326. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10637462>
20. Oropeza R., Armenta C., García A., Padilla N., Díaz R. Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*. 2010; 18(2): 56-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921007>
21. Hernández NM, Alberti M., Núñez J, Samaniego M. Relaciones de género y satisfacción marital en comunidades rurales de Texcoco, estado de México. *Redalyc*. 2011; XXI (1): 39-64. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65421407003.pdf>
22. Allen S., Gerasimovich I. Bening Prostatic Hyperplasia Treatment with New Physiotherapeutic Device". *Miscellaneous*. 2015; 12 (5): 2371-2376. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571324>

23. Vita R., Manzano J., Truzzi J., Nardi A., Silvinato A., Marques W. Treatment of benign prostatic hiperplasia. Rev assoc med bras. 2017; 63 (2): 95-99. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v63n2/0104-4230-ramb-63-02-0095.pdf>
24. Unnikrishnan R., Almassi N., Fareed K. Bening prostatic hiperplasia: Evaluation and medical management in primary care. Cleveland clinic journal of medicine. 2017;84 (1):53-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28084985>
25. Acceso a la guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata IMSS-176-09.
26. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/176\\_GP\\_C\\_HIPERPLASIA\\_PROSTATICA/Gpc\\_hipertrofia\\_prostatica.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/176_GP_C_HIPERPLASIA_PROSTATICA/Gpc_hipertrofia_prostatica.pdf)

## XVI. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de  
investigación (adultos)**



Nombre del estudio:	“Asociación de la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar No. 92, en el 2018”
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar No.92, IMSS Av. Central S/N, Laderas del Peñón, 55140 Ecatepec de Morelos, Edo. De México, Oriente. Tél. 01 55 4882 4340
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en una investigación para conocer si la satisfacción marital se asocia a con la presentación de disfunción eréctil.
Procedimientos:	Para ello le solicitamos conteste tres cuestionarios que incluyen preguntas personales, acerca de su relación de matrimonio y otras sobre su función sexual.
Posibles riesgos y molestias:	La realización de este estudio no genera riesgo alguno para usted, solo algunas preguntas relacionadas a aspectos personales sobre su intimidad de pareja podría provocar incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted conocerá los aspectos que abarcan la satisfacción marital durante el llenado del cuestionario, así como sobre disfunción eréctil e hiperplasia benigna de próstata a través de un tríptico y se le invitara a una sesión informativa programada donde se pretende que usted conozca y comprenda los problemas que pueden afectar su salud sexual.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado se le informara al finalizar la entrevista de manera personal y cuidando su privacidad. En caso de ser necesario se enviara con su médico familiar para que se realice un protocolo de estudio y envío a los servicios correspondientes (psicología, urología, trabajo social, etc.).
Participación o retiro:	Usted puede retirarse de la entrevista en cualquier momento que así lo desee sin repercusiones en la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos personales obtenidos durante el estudio que pudieran ayudar para su identificación se mantendrán confidencial. Se le identificara con un número de folio, su información será confidencial y resguardada por el investigador para mantener su anonimato.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

Acepto participar en el estudio, habiendo entendido que me puedo retirar en el momento que lo desee.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Responsable: Residente de la especialidad de medicina familiar :Diana Raquel Estrada Martínez  
dra.estradamtz@gmail.com  
Médico familiar: Dr. Mauricio Paniagua Cortez  
jegm25@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx) Dra. Mariana Laura Martínez Morgado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2



\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

Anexo 1. Valores usados para calificar la Escala de Satisfacción Marital de Pick y Andrade.

Factor	Número de ítems	Escala de intervalos	Punto de cohorte
Satisfacción con la interacción	10	10-30	20
Satisfacción emocional	5	5-15	10
Satisfacción estructural	9	9-27	18
Satisfacción marital	24	24-72	48

 		
<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>		
NSS:	Edad:	
<b>“Asociación de la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata menores de 60 años de edad en la unidad de medicina familiar No. 92, en el 2018”</b>		
<b>Instrucciones:</b> Por favor lea cuidadosamente las preguntas y coloque una x en la respuesta que corresponda en su caso y/o escriba con letra legible la información que se le solicite.		
<b>1. ¿Qué nivel de estudios tiene usted completos?</b>	<b>2. ¿A qué se dedica usted?</b>	<b>3. ¿Cuántos años tiene viviendo con su pareja?</b>
<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado/pensionado	01-05 ( ) 06-10 ( ) 10-15 ( ) 16-20 ( ) 21-25 ( ) 26-30 ( )
<b>4. ¿Hace cuánto años le diagnosticaron hiperplasia de próstata?</b>  Coloque con número:_____	<b>5. ¿Qué medicamentos toma usted para su próstata?</b> <input type="checkbox"/> Finasteride <input type="checkbox"/> Tamsulosina <input type="checkbox"/> Ambos	

El siguiente cuestionario es la **Escala de Satisfacción Marital (ESM)** en la cual deberá escoger y marcar una de las alternativas dentro de cada afirmación propuesta, según corresponda su caso.

**INTRUCCIONES:** Marque con una **X** la respuesta que mayor exprese su estimación con respecto a su pareja, es muy importante que responda todas las preguntas con una sola alternativa. Cada declaración presenta tres opciones:

1. Me gustaría que pasara de manera muy diferente.

2. Me gustaría que pasar de manera algo diferente.

3. Me gusta cómo está pasando.

DECLARACIONES	1	2	3
1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio			
2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito			
3. El grado en que mi cónyuge me atiende			
4. La frecuencia con la que mi cónyuge me abraza			
5. La atención que mi cónyuge pone a su apariencia			
6. La comunicación con mi cónyuge			
7. La conducta de mi cónyuge frente a otras personas			
8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales			
9. El tiempo que me dedica a mi			
10. El interés que mi cónyuge pone en lo que yo hago			
11. La forma en que mi cónyuge se comporta cuando esta triste			
12. La forma en que mi cónyuge se comporta cuando está enojado			
13. La forma como se comporta cuando está preocupado			
14. La forma como mi cónyuge se comporta cuando esta de mal humor			



15. Las reacciones de mi cónyuge cuando no quiere tener relaciones sexuales			
16. El tiempo que mi cónyuge dedica a sí mismo			
17. La forma como se organiza mi cónyuge			
18. Las prioridades que mi cónyuge tiene en la vida			
19. La forma como mi cónyuge para su tiempo libre			
20. La puntualidad de mi cónyuge			
21. El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud			
22. El tiempo que pasamos juntos			
23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas			
24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa			

## **IIEF-5 (*International Index Erectile Function-5*)**

**Instrucciones:** marque con una x la respuesta que mejor corresponda a su caso.

Durante los últimos 6 meses:

**1. ¿Con qué frecuencia logró una erección durante las relaciones sexuales?**

1. Casi nunca o nunca.
2. Menos de la mitad de las veces.
3. La mitad de las veces.
4. Más de la mitad de las veces.
5. Casi siempre o siempre.

**2. Cuándo tuvo relaciones con estimulación sexual ¿con qué frecuencia la rigidez del pene fue suficiente para la penetración?**

1. Casi nunca o nunca.
  2. Menos de la mitad de las veces.
  3. La mitad de las veces.
  4. Más de la mitad de las veces.
  5. Casi siempre o siempre.
- \_ No hubo estimulación sexual.

**3. ¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?**

1. Casi nunca o nunca.
  2. Menos de la mitad de las veces.
  3. La mitad de las veces.
  4. Más de la mitad de las veces.
  5. Casi siempre o siempre.
- \_ No he tenido relaciones sexuales.

4. ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?

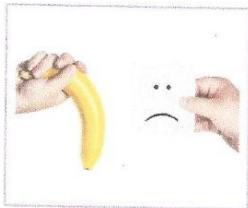
1. Extremadamente difícil.
  2. Muy difícil.
  3. Difícil.
  4. Un poco difícil.
  5. No fue difícil.
- \_ No he tenido relaciones sexuales.

5. ¿Las relaciones sexuales que ha tenido durante este tiempo resultaron satisfactorias para usted?

1. Casi nunca o nunca.
  2. Menos de la mitad de las veces.
  3. La mitad de las veces.
  4. Más de la mitad de las veces
  5. Casi siempre o siempre
- \_ No he tenido relaciones sexuales.

# Tríptico disfunción eréctil

## Disfunción eréctil



Es una enfermedad que se caracteriza por la incapacidad mantenida en el tiempo para lograr o mantener una erección suficiente para una función sexual satisfactoria



Dra. Diana Raquel Estrada Martínez  
Residente de la especialidad en medicina familiar

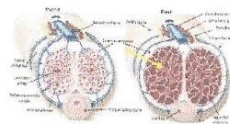
dra.estradamtz@gmail.com

!!!INFORMATE!!!

### ¿Por qué se presenta?

El principal origen es por alteración de los vasos sanguíneos que le llevan sangre al pene.

Pero también puede ser por alteración de los nervios del pene, hormonal o anatómico.



El pene se pone rígido debido a varios mecanismos que hacen que el pene en sus cuerpos cavernosos se llenen de sangre.

Otras causas:

Cansancio, estrés y ansiedad



Enfermedades como: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata, enfermedades del corazón y obesidad.

Problemas de las arterias.

### ¿En quién se presenta?

Se puede presentar en hombres desde los 20 años de edad, es un problema frecuente aumentado este problema con la edad con un aumento en la frecuencia de personas con este problema entre los 40 y 50 años.



Así que no hay que sentir que está mal, no es sólo un problema de adultos mayores



### ¿Cómo saberlo?

Entonces para saber si tiene o no disfunción eréctil se debe preguntar:

Si logra la erección

Si queda flácido

Si mantiene la rigidez después de iniciar la relación

Si puede completar la relación

Fue satisfactoria para usted?

Como ya se comentó hay muchas causas, coméntalas sin pena con tu médico familiar, él te ayudará



Ayúdanos a ayudarte

No sólo acudiendo por tu medicamentos

Realiza ejercicio



Evita bebidas alcohólicas



Come frutas y verduras



Evita fumar



SE SABE QUE TENER DISFUNCION ERÉCTIL ES UN INDICADOR DE NEGATIVO PARA LA CALIDAD DE VIDA Y TIENE MÁS RIESGO DE PRESENTAR EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.



!!!CUIDATE!!!

Mantener tu función sexual te ayuda para tener una

# Tríptico hiperplasia benigna de próstata

## Hiperplasia benigna de próstata



enfermedad que se caracteriza por un crecimiento de la próstata ocasionando una obstrucción de salida de la orina.



Dra. Diana Raquel Estrada Martínez  
Residente de la especialidad en medicina familiar

dra.estradamtz@gmail.com

!!!INFORMATE!!!

## ¿Usted tiene problemas para orinar?



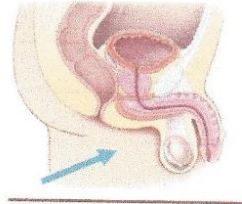
"Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ...?"

- ¿Tuvo la sensación de no vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?
- ¿Tuvo que orinar nuevamente menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?
- ¿Encontró que se detuvo y comenzó de nuevo varias veces cuando orinó?
- ¿Te resultó difícil posponer la micción?
- ¿Tenía un flujo urinario débil?
- ¿Tuvo que presionar o esforzarse para comenzar a orinar?

## ¿Qué es la próstata?

La próstata es una **glándula** que produce el líquido que transporta los espermatozoides durante la eyaculación.

Dicha glándula rodea la uretra, el conducto por el que la orina sale del cuerpo.



## Sabías qué...?

### la próstata

Comienza a crecer a partir de los 30 años, esto se ha visto en cadáveres.

Sin embargo, los síntomas se manifiestan a partir de los 45 años y van empeorando conforme avanza la edad, presentándose con más gravedad entre los 60 y 65 años de edad.

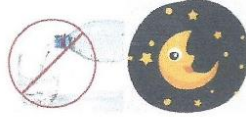
Se presenta con mayor frecuencia en personas que tienen:

- ♦ Diabetes Mellitus
- ♦ Hipertensión arterial
- ♦ Problemas de las venas
- ♦ Con obesidad



### Recomendaciones:

- Reducir la ingesta de líquidos total o evitar tomar líquidos por la tarde.



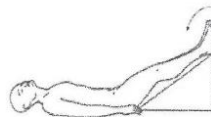
- Reducir el consumo de irritantes de la vejiga como el alcohol y la cafeína.



- Dejar de fumar



- Si se le hinchan los pies usar medias de compresión y elevar las piernas por la tarde.



Esto... ¿Porqué?

**SE HA DEMOSTRADO QUE ESTA ENFERMEDAD APARECE POR PROBLEMAS EN LOS VASOS SANGUÍNEOS Y LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE**

- Cuida su peso:

11

Como sano  
Haga ejercicio



Si tiene alguna molestia para orinar, coménteles a su médico familiar.

Si usted ya se conoce con hiperplasia de próstata y no han disminuido sus problemas para orinar, coménteles a su médico familiar.

Su salud es su responsabilidad, la nuestra ayudarle.



¡Cuide y mantenga su calidad de vida!



Toluca, México a 23 de Septiembre de 2019

## **CONSTANCIA**

### **Registro de Protocolo de Trabajo Terminal**

**Número de Registro. ESMEFA-01-10519**

**Nombre del Programa Académico:** Especialidad en Medicina Familiar

**Tema de Trabajo terminal de grado:** Asociación de la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la Unidad de Medicina Familiar No.92, en el 2019.

**Nombre del Alumno:** Estrada Martínez Diana Raquel

**No. de cuenta:** 1730772

### **Comité de Tutores**

**Tutor Académico:** E. en M.F. Mauricio Paniagua Cortez



**DIRECCION DE  
ESTUDIOS AVANZADOS**

M. en A. Alfredo Mercado Velasco  
Director de Estudios Avanzados



AUTONOMIA  
**UAEM**  
75  
ANIVERSARIO

**SIEA**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1401.  
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Lunes, 05 de agosto de 2019

**Dr. Mauricio Paniagua Cortes**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la satisfacción marital con la disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna de próstata en la unidad de medicina familiar No. 92, en el 2019** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional  
R-2019-1401-054

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL