



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y BIOLÓGICASDR. IGNACIO CHÁVEZ”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

**TESIS QUE PRESENTA:**  
**MARTHA SUSANA CAMPOS REYES**  
**MEDICO CIRUJANO Y PARTERO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**“EYACULACION PRECOZ Y FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

**DIRECTOR:**  
**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRO EN CIENCIAS**

**ASESOR:**  
**JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**COASESOR**  
**DRA. FANNY BARRIOS YÁÑEZ**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO**  
**ANALISTA COORDINADOR “A”**

**MORELIA MICH, MÉXICO**

**MARZO 2015**

**TEMA**

**“EYACULACIÓN PRECOZ Y FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA  
CONYUGAL”**

**COLABORADORES:**

**DR. JAVIER RUIZ**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI  
**COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

DRAWUENDY LEA CHACONPIZANO  
**COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN**

DR. CLETO ÁLVAREZAGUILAR  
**COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN**

DRA. MARÍA DEL ROSARIO CALDERÓN GONZÁLEZ  
**DIRECTOR DE LA UMF 80**

DRA. MAYRA EDITH VIEYRALÓPEZ  
**COORDINADOR CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
U.M.F.N° 80**

DRA. ANA ITANDEHUI MARTINEZ PIÑÓN  
**PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**DR. DANIEL FELICIANO ZALAPAMARTÍNEZ**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**DR. ALAIN RAIMUNDO RODRÍGUEZ OROZCO**

**COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”**

## AGRADECIMIENTOS

Antes que nada gracias a Dios porque sin él nada se puede hacer

Agradezco al Dr. Rafael Villa Barajas por su ayuda y paciencia para poder realizar este trabajo

Al matemático Carlos Gómez Alonso por su ayuda del todo procedimiento estadístico, sin tu ayuda no hubiera sabido que hacer y por tu paciencia y disponibilidad mil gracias

A la Dra. Fanny Barrios Yáñez por su idea original de realizar este tipo de trabajo, ya que es una de las pocas Dras que toca el tema del área sexual en consulta con los pacientes

Al Dr. José Ramón Sarabia por aceptar ser mi asesor de tesis

A la Dra. Mayra Edith Vieyra López por estar con nosotros como coordinadora, y facilitarnos y apoyarnos en la residencia.... Gracias Dra. Mayra

A los directivos de al umf 80 por facilitar los medios para la realización de este trabajo

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mi hijo José Enrique Sánchez campos ya que es mi motor para seguir adelante, “por ti hago todo corazón”

A mis padres Enriqueta Reyes Solorio y Adolfo Campos Ochoa por su apoyo de darme estudios ya que sin ellos no hubiera llegados donde estoy.

A mis hermanos y sobre todo a Enrique Alonso Campos Reyes por apoyarme en los cuidados de mi hijo para poder estar en la residencia y sobre todo poder tener a mi hijo a mi lado... gracias Quique

## ÍNDICE

## PÁGINAS

I	Resumen .....	1
II	Abstract .....	2
III	Relación de tablas.....	3
IV	Introducción.....	4
V	Antecedentes.....	5
VI	Planteamiento del Problema.....	26
VII	Justificación.....	27
VIII	Hipótesis y objetivos.....	28
IX	Material Y Métodos.....	29
X	Análisis estadísticos.....	35
XI	Consideraciones éticas.....	36.
XII	Resultados .....	38
XIII	Discusión .....	52
XIV	Conclusiones .....	54
XV	Recomendaciones .....	55
XVI	Equipo y recurso.....	56
XVII	Referencias .....	57
XVIII	Anexos.....	62

## **I.RESUMEN.-**

La eyaculación precoz.- es la eyaculación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo desee(n), asociada con una incomodidad personal o de pareja. La eyaculación precoz Puede estar asociada con baja autoestima y la presencia de problemas conyugales. La disfunción conyugal.- es la alteración en las funciones del subsistema conyugal y que provocan desequilibrio como lo son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria

**OBJETIVO.-** relacionar la eyaculación precoz con la funcionalidad en el subsistema conyugal

**MATERIAL Y METODOS.** Se incluyeron 126 parejas que tuvieran una relación conyugal derechohabiente del IMSS 80.Se le aplico el cuestionario PEDT, que sirve para valorar la eyaculación precoz, se les realizo el cuestionario de disfunción conyugal el de Chávez Aguilar a las parejas para comparar si la eyaculación si es causa de disfunción conyugal. Al mismo tiempo se valoro si la eyaculación precoz tiene relación con las siguientes variables socio demográficas como son la edad, y escolaridad, estado civil, ocupación, religión, se determino por medio de estudios bioquímicos que tuvieran problemas con la glucosa, colesterol y triglicéridos.

**RESULTADOS.-** de los 126 parejas estudiadas se encontró una incidencia de eyaculación precoz 3.2%(4).Al comparar las diferencias entre los grupos con y sin eyaculación precoz con base a su funcionamiento conyugal observamos una menor frecuencia de disfunción conyugal en los pacientes con eyaculación precoz.

**CONCLUSIONES.-** el estudio demuestra que la eyaculación precoz no es causa de disfunción conyugal.

**PALABRAS CLAVE.-** eyaculación precoz, disfunción del subsistema conyugal.

## II. ABSTRACT

**PREMATURE EJACULATION** -. 's Persistent or recurrent ejaculation with minimal sexual stimulation happens before the patient or his partner would want (n) associated with a personal or couple discomfort. Premature ejaculation may be associated with low self esteem and the presence of marital problems. . Marital dysfunction - is the change in the marital subsystem functions and cause imbalance such as: communication, allocation and assumption of roles, sexual satisfaction, affect and decision making. Conjugal functionality is an item that the family physician should consider for them comprehensively and easily in your daily practice.

**OBJECTIVE**-. Relate premature ejaculation with functionality in the marital subsystem

**MATERIALS AND METHODS**. 126 couples who have a spousal beneficiary of IMSS80.SePEDT I apply the questionnaire, used to assess premature ejaculation were included in the questionnaire were conducted on marital dysfunction Chavez Aguilar couples to compare if ejaculation is due marital dysfunction. At the same time appreciate if premature ejaculation is related to the following variables socio demographic such as age, education, marital status, occupation, religion, was determined by biochemical studies that have problems with glucose, cholesterol and triglycerides.

**RESULTS** -. 126 couples studied the incidence of premature ejaculation 3.2% (4) were found. When comparing the differences between the groups with and without premature ejaculation based on their marital functioning observed a lower frequency of marital dysfunction in patients with premature ejaculation.

**CONCLUSIONS** -. Study shows that premature ejaculation is not a cause of marital dysfunction.

**KEY WORDS**-. Premature ejaculation dysfunction marital subsystem

### III. RELACION DE TABLAS

Tabla I. Contigencia funcionalidad de pareja y eyaculación precoz.....	38
Tabla II. Anova por grupos de edad y disfunción conyugal.....	39
Tabla III. Anova por escolaridad y disfunción conyugal.....	40
Tabla IV Anova por grupos de religión y disfunción conyugal.....	41
Tabla V Estado Civil y disfunción conyugal.....	42
Tabla VI comunicación y estado civil.....	43
Tabla VII Roles y estado civil.....	44
Tabla VIII Sexual y estado civil.....	45
Tabla IX Afecto y estado civil.....	46
Tabla X Decisiones y estado civil.....	47
Tabla XI Ocupación y disfunción conyugal.....	48
Tabla XII Anova disfunción conyugal y eyaculación precoz.....	49
Tabla XIII. Asociación socio demográfica y eyaculación precoz.....	50
Tabla XIV Frecuencia de pacientes con estudios de laboratorio.....	51
Tabla XV Resultado de glucosa , colesterol y triglicéridos.....	51

#### **IV. INTRODUCCION**

La eyaculación precoz es el problema sexual más común en el hombre. Los mexicanos presentan una alta prevalencia de eyaculación precoz lo que afecta su estima y vida sexual y conyugal. Esto es preocupante, ya que aunado a la falta de identificación de los hombres como eyaculadores precoces, estamos hablando de millones de personas y sus parejas que sufren de una pobre vida sexual, lo que genera consecuencias personales negativas, tales como la ansiedad, molestia, frustración e incluso evitar el contacto sexual.

Es muy común que las parejas de hombres con eyaculación precoz presentan también una disfunción sexual por lo que los terapeutas sexuales consideran la eyaculación precoz como una disfunción de pareja más que individual, de hecho en América latina cerca del 5% de los divorcios se vinculan con algún grado de eyaculación precoz.

La eyaculación precoz tiene un impacto muy importante en un hombre y su pareja y su relación con un daño potencial en su satisfacción sexual, relaciones sexuales, autoestima y su calidad general de vida.

La eyaculación precoz continúa siendo una condición mal diagnosticada y poco atendida y muchos hombres no buscan tratamiento médico por una serie de razones, incluyendo la vergüenza y el estigma, falta de conocimiento de la condición o debido a que se rehúsan a hablar de los temas sexuales con los médicos.

Las relaciones de pareja se basan en la reciprocidad que implica el intercambio en la relación con el reconocimiento y valoración, con el cariño y ternura, con el deseo y el sexo. Las disfunciones en las relaciones de pareja influirán en el resto de la familia, particularmente en los hijos, quienes lo manifestarán a través de diversas formas. Esto marca la necesidad de elaborar estrategias terapéuticas que asistan a todos los elementos detectados en el presente trabajo.

## **V. ANTECEDENTES**

### **DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

El subsistema conyugal se conforma en el momento en que dos personas adultas se unen con la idea de formar una familia. Sus funciones o actividades específicas están encaminadas a garantizar el funcionamiento familiar.<sup>1</sup>

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentra inmerso.<sup>2</sup>

Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. Por esta razón tal funcionamiento familiar es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos. Lo anterior confirma que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso de la familia.

#### **La Pareja.**

Podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un período de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace al que se le denomina vínculo. Este intento de definición establece ciertas dificultades, pues implica en sí la necesidad de ciertas clarificaciones previas.

#### **La relación de Pareja**

Debemos tomar en cuenta que desde el punto de vista de funcionalidad, la pareja no se forma con el matrimonio, sino desde la etapa de noviazgo, la cuales crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja. Luis Leñero señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja:<sup>3</sup>

1. Residencia en una determinada comunidad.
2. Pertenencia a una determinada clase social.
3. Involucración en un determinado círculo social.<sup>3</sup>

Otros autores

Identifican distintos requisitos de la pareja para poder constituirse:

- a) Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- b) Reconocer creencias afines.
- c) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- d) Contemplar expectativas económicas semejantes
- e) Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.<sup>2</sup>

## **Funciones Conyugales**

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que éstos se presenten y en el momento que se presenten.<sup>2</sup>

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

### **1.- FUNCION DE COMUNICACIÓN**

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como señala Watzlawich<sup>4</sup> y cuyas características deben ser:

- a) que sea claro, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con el significado distinto contrario a lo que se dice.

- b) que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro Integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular o bien, con la comunicación desplazada.
- c) que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico.<sup>4</sup>

## **2.- FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES**

La pareja se adjudica recíprocamente roles necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que deben evaluarse de esta función son:

- a) congruencia.- la función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- b) satisfacción. implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado.
- c) flexibilidad.- se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sean domésticas o de índole laboral.<sup>2</sup>

## **3.- FUNCION DE SATISFACCION SEXUAL**

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria.<sup>5</sup>en este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges.

En virtud de lo amplio y complicado que resulta evaluar esta función se propone solo evaluar dos rubros:

- a) frecuencia de la actividad sexual.- debe investigarse con el objetivo de establecer si no existen demandas injustificadas de algunos de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- b) satisfacción.- considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.<sup>2,5</sup>

#### **4.- FUNCION DE AFECTO**

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función, como son:

- a) manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo, como pueden ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) calidad de convivencia, es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c) reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividad extra hogar.<sup>2</sup>

#### **5.- FUNCION DE TOMA DE DECISIONES**

Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que este produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los estilos más frecuentes son:

- a) toma de decisiones conjunta. ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) toma de decisiones individual. uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.<sup>2</sup>

## **INSTRUMENTO DE EVALUACION FAMILIAR**

Los instrumentos hasta ahora utilizados para evaluar la funcionalidad familiar han demostrado en su aplicación algunas limitaciones para uso generalizado.<sup>6</sup> Los más utilizados son:

**1.- APGAR FAMILIAR.-** Es un instrumento limitado ya que explora sólo la comunicación, el afecto, la cooperación, las crisis familiares y la autoestima; la exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de preguntas de respuestas breve, siendo una incursión corta en amplitud dejando sin explorar importantes funciones como la gratificación sexual, la toma de decisiones y los roles desempeñados en la familia. Es un instrumento cuya sensibilidad y especificidad es de alrededor de 60%.<sup>7</sup>

**2.- INDICE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.-** examina de un modo preciso los roles familiares y las expectativas de la familia a través de 32 rubros, investigados, tiene la desventaja de no contar con un criterio de evaluación cuantitativa, por lo que es difícil la clasificación de las disfunciones.<sup>8</sup>

**3.- CLASIFICACION TRIAXAL DE LA FAMILIA.** Explora la disfuncionalidad familiar a través de tres ejes: del desarrollo, los subsistemas y la familia como sistema. Tiene la desventaja de utilizar escalas diferentes, lo que dificulta la valoración disfuncional y tiene la ventaja de explorar en forma amplia los subsistemas familiares.

Este instrumento fue propuesto por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil para investigar problemas familiares que influyen en la conducta infantil.<sup>9</sup>

**4.- PRUEBA DE MACMASTER.** Es un instrumento confiable que ha tenido múltiples validación, su relativa desventaja es que tiene que evaluarse a través de una prueba estadística complicada, por lo que no se ha generalizado como instrumento de uso común.<sup>10</sup>

**5.- MODELO PSICODINAMICOSISTEMICO DE EVALUACION FAMILIAR.** Es un instrumento propuesto para evaluar disfunciones familiares a través de la exploración de siete áreas: tiempo de evolución en la familia nuclear, vínculos familiares, mecanismo de defensa, comunicación en la familia y control de la conducta. Para la exploración de estas áreas se proponen 177 indicadores, una limitante de este modelo es que no propone criterios cuantitativos para clasificar las disfunciones familiares, solo los identifica.<sup>11</sup>

Otras propuestas han intentado la evaluación funcional de la familia correlacionando eventos propios de esta y estableciendo diagnosis cuanti-cualitativa,<sup>12</sup> no obstante, los métodos señalados son enfocados al grupo familiar y se carece de un enfoque exclusivo de la pareja marital.

A continuación se propone un instrumento de evaluación de subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, dicho instrumento debe ser empleado por el médico entrevistador y completado en un máximo de dos entrevistas.

Este instrumento ha tenido validación práctica y es utilizado por los residentes de medicina familiar de algunas sedes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El presente modelo se presenta en base a los resultados observados en su aplicación, su variante consiste en explorar la toma de decisiones como una de las funciones importantes de la pareja.

Lo que permitiría al médico familiar discriminar y canalizar a terapia familiar a las parejas severamente disfuncionales, así como abordar las áreas disfuncionales detectadas.<sup>2</sup>

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>13</sup>

Una familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo en la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe en su entorno, mientras que el equilibrio en esta función de la familia se puede alterar por determinadas circunstancias y afectar a la salud de alguno o cada uno de sus integrantes.<sup>14, 15</sup>

La familia se compone de subsistemas, en la cual se encuentra el subsistema conyugal (padre y madre), en la que la relación de pareja tiene gran importancia para todo el grupo familiar, siendo así el subsistema conyugal otra base importante para la conservación del bienestar entre sus miembros.<sup>13,15</sup>

La Evaluación del Subsistema Conyugal por el cuestionario Chávez Aguilar, aborda las principales funciones del subsistema conyugal. El cuestionario evalúa los siguientes criterios: Función de comunicación (3 ítems), función de adjudicación y asunción de roles (3 ítems), función de satisfacción sexual (2 ítems), función de afecto (4 ítems) y función de toma de decisiones (1 ítem). A cada ítem se le da un valor: 0 nunca, 2.5 o 5 ocasional, 1.5, 5 o 10 siempre, según para el criterio de función o evaluación a considerar.

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue: 0-40: pareja severamente disfuncional; 41-70: pareja moderadamente disfuncional; 71-100: pareja funcional<sup>2, 16,17</sup>. La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria.<sup>16</sup>

## **EYACULACION PRECOZ.**

### **HISTORIA**

La eyaculación precoz ha sido identificada, y descrita en la literatura médica por primera vez en 1887. Desde entonces, cuatro áreas distintas de eyaculación precoz se han desarrollado en el de las teorías predominantes de trastornos mentales y / o trastornos sexuales de cada período. La visión actual de eyaculación precoz es de conformidad con el presente día bajo la comprensión de las bases fisiológicas de los trastornos de la salud mental. Se cree que es principalmente un trastorno psicológico para la primera mitad del siglo. En 1960, la perspectiva cambió a la vista de que la eyaculación precoz no era un síntoma de una neurosis, sino una manifestación de sí mismo un comportamiento aprendido

La eyaculación precoz ha sido considerada como una expresión de un conflicto psicológico inconsciente. También ha sido atribuido a alteraciones urológicas, y muchos tratamientos diferentes han sido recomendados a través de los años.<sup>18</sup>

### **DEFINICIÓN**

**EI DSM-IV-TR** (*Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental*

*Trastornos Mentales*)y el ICD-10, (***Clasificación Internacional de Enfermedades***)

la definen como: “la eyaculación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo desee(n), asociada con una incomodidad personal o de pareja”.<sup>19, 20</sup>

## **TIPOS DE EYACULACION**

Para una mayor comprensión clínica la eyaculación precoz se ha dividido en 4 entidades:

- Eyaculación precoz primaria
- Eyaculación precoz secundaria o adquirida
- Eyaculación precoz variable natural
- Disfunción sexual tipo prematuro

### **EYACULACION PRIMARIA**

Síndrome o disfunción crónica caracterizada por:

- Eyaculaciones que ocurren demasiado pronto o en la mayoría de los coitos independientemente de la mujer con la cual se practique. <sup>21, 22,23</sup>
- Iniciando desde los primeros encuentros sexuales. <sup>22,24</sup>
- En un 80 % de los encuentros ocurre a los 30 a 60 segundos posterior a la penetración y el 20% restante entre el minuto y los dos minutos. <sup>21,22</sup>
- El 30 % empeora con la edad y la capacidad de controlar la eyaculación puede estar ausente o disminuida. <sup>24,25</sup>

### **EYACULACION SECUNDARIA O ADQUIRIDA**

- . Dependiente del factor somático o psicológico subyacente.
- Se presenta en algún momento de la vida del paciente posterior a experiencias eyaculadoras normales. <sup>22, 23,26</sup>
- Comienzo repentino o gradual. <sup>21,24</sup>
- Es probable que haya causa orgánica de fondo disfunciones urológicas tipo disfunción eréctil, prostatitis o disfunción tiroidea. <sup>21, 23,25</sup>

### **EYACULACION VARIABLE NATURAL**

El paciente presenta eyaculaciones precoces ocasionalmente dependiendo de la situación, es una variabilidad normal en el hombre ya que en algún momento de la vida es posible presentar una eyaculación precoz no es un síndrome real o patología como tal sino una queja frecuente cursa con la siguiente clínica. <sup>24</sup>

- Eyaculaciones precoces irregulares e inconstantes.
- Es posible que el paciente refiera disminución en el control de la eyaculación acompañado de un tiempo de eyaculación corto o normal.<sup>21,26</sup>

## **DISFUNCION EYACULADORA TIPO PREMATURO**

No se considera un síntoma o una patología verdadera generalmente la causa de fondo es psicológica, el paciente se queja de eyaculación precoz pero con IELT y tiempos hasta la eyaculación entre rangos normales de 3 a 6 minutos o algunos casos mayores a estos de 5 a 25 minutos. Cursa con el siguiente cuadro clínico:

- Percepción subjetiva de eyaculación rápida.
- Preocupación excesiva por una eyaculación precoz e ideas de no poder mantener control de la misma sin el antecedente de un trastorno mental de fondo.<sup>21, 23,27</sup>

## **PREVALENCIA**

La eyaculación precoz es una disfunción sexual masculina altamente prevalente, con comorbilidades importantes <sup>28</sup>

La eyaculación precoz es la disfunción sexual masculina más frecuente <sup>29</sup> con unas tasas de prevalencia del 20 %- 30 %. La prevalencia más elevada del 31 % (varones de 18- 59 años) se observó en el estudio NHSLS realizado en Estados Unidos. <sup>30</sup>

La prevalencia de eyaculación precoz en la encuesta PEPA (Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes) (una encuesta multinacional realizada por Internet) fue del 22,7 % (24,0 % en los Estados Unidos, 20,3 % en Alemania y 20,0 % en Italia).<sup>28</sup>

La encuesta GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) se llevó a cabo en varones de 40 a 80 años de edad en 29 países diferentes mediante entrevistas personales y telefónicas y cuestionarios enviados por correo complementados por los sujetos; confirmó que la prevalencia mundial de la eyaculación precoz es de aproximadamente el 30 %. Salvo por una tasa baja de eyaculación precoz descrita en países de medio Oriente (10-15 %), la prevalencia fue relativamente similar en el resto del mundo. <sup>30</sup>

Afecta al menos a uno de cada cinco hombres en algún momento de su vida y no se ve afectada por la edad<sup>31</sup>

En un estudio realizado durante un año por Puentes Y. Se conoce que la eyaculación precoz es la disfunción sexual más frecuente en jóvenes, siendo la eyaculación precoz primaria más común que la eyaculación precoz secundaria a diferencia de lo referido por algunos autores que consideran a la eyaculación precoz secundaria como un trastorno más frecuente en individuos después de los 50 años en su grupo predominaron los sujetos en el grupo de edad comprendido entre los 36 y 45 años. <sup>31</sup>

## **ETIOLOGIA**

La etiología de la eyaculación precoz se desconoce,<sup>32</sup> hay pocos datos que respaldan las hipótesis biológicas y psicológicas sugeridas, que incluyen ansiedad, hipersensibilidad peneana y disfunción del receptor de serotonina.<sup>33</sup>

Las causas psicológicas prevalecen sobre las orgánicas, dentro de las primeras el estrés laboral y los problemas familiares.<sup>31</sup>

Los factores de riesgo de la eyaculación precoz generalmente se desconocen. <sup>33</sup>  
con los que con más frecuencia se relacionan son los siguientes:

### **Trastornos relacionados con más frecuencia con laEyaculación precoz**

- Psicológicos. Una alteración debida a causas psicógenas aparece habitualmente en forma súbita.<sup>34</sup>También se encuentran las intrapersonales, como: ansiedad, sentimientos de culpa (coitos en automóviles, extramaritales en hoteles), depresión, experiencias sexuales muy tempranas (masturbadora o coital) con sexoservidoras y, abstinencia prolongada o mala adaptación interpersonal, como en los casos de: problemas maritales, falta de respuesta de la pareja, luchas por el poder.<sup>19</sup>

Asimismo, el inicio agudo de la disfunción puede ser el resultado de comenzar a tratarse con determinado fármaco, o bien, puede deberse a una intervención quirúrgica pélvica o a un traumatismo. <sup>34</sup>

La disfunción sexual debida a trastornos sistémicos suele ser un problema gradual y progresivo y refleja la duración de la enfermedad subyacente. En los ancianos los factores culturales, étnicos y socioeconómicos influyen en sus actitudes y conductas sexuales.

- Neurológicos. Las lesiones neurológicas centrales (enfermedad de Parkinson, eventos vasculares cerebrales, esclerosis múltiple, traumatismos, tumores y operaciones encefálicas) y las lesiones neurológicas periféricas (neuropatía sensitiva, diabetes mellitus, alcoholismo y deficiencia de vitamina

B) pueden producir alteraciones sexuales.

### **Trastornos endocrinos o metabólicos**

- Diabetes mellitus. La diabetes es la enfermedad endocrina más relacionada con la disfunción sexual, debida a factores vasculares, neurogénicos, psicológicos o a una combinación de éstos más que a una alteración hormonal por sí misma.

- Dislipidemia.

- Hipogonadismo. La testosterona desempeña una función importante en la libido del varón y de la mujer. Los pacientes jóvenes con diagnóstico de hipogonadismo deben ser evaluados para establecer

la causa.

- Hipertiroidismo o hipotiroidismo.

- Hiperprolactinemia. Además de los prolactinomas, las enfermedades hepáticas, la insuficiencia renal y algunos fármacos pueden causar hiperprolactinemia secundaria.

- Hiperestrogenemia. La hiperestrogenemia suele ser secundaria a obesidad, con incremento de la aromatización periférica –en el tejido adiposo– de testosterona a estradiol.

- Síndrome de Cushing o enfermedad de Addison.

### **Trastornos cardiovasculares**

- Cardiopatía, hipertensión arterial y disfunción endotelial.

## **Trastornos vasculares del pene**

- Falla del llenado arterial, fuga venosa, traumatismo, historia de priapismo (isquemia) y fenómeno de Reynaud del pene.

## **Medicación**

Los fármacos que modifican los mecanismos hormonales, monoaminérgicos, adrenérgicos y colinérgicos se asocian con disminución del deseo sexual, de la erección o de la eyaculación. En general, los medicamentos que ejercen efectos estimulantes son los que potencian la acción de la dopamina o que antagonizan a la serotonina; en contraste, los medicamentos que interfieren con las funciones sexuales son los que disminuyen la actividad dopaminérgica o que refuerzan la acción serotoninérgica.

- Antihipertensivos. Diuréticos (tiazidas y espironolactona).
- Inhibidores de la 5-alfa reductasa.
- Antidepresivos. Los antidepresivos (tricíclicos, tetracíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina e inhibidores de la MAO) pueden disminuir la libido, originar disfunción eréctil e inhibir la eyaculación.
- Antipsicóticos (neurolépticos). La disfunción eréctil y la alteración de la eyaculación son características de los neurolépticos con actividad anticolinérgica y adrenérgica-alfa (disfunción eréctil o ausencia de emisión), y que pueden asociarse con priapismo.
- Ansiolíticos.
- Anti andrógenos, agonistas LH-GnRH y estrógenos. El tratamiento del cáncer de próstata aumenta la prevalencia de los problemas sexuales.
- Antiinflamatorios no esteroides. Inhiben la síntesis de prostaglandinas (que contribuyen al tono del músculo liso de los cuerpos cavernosos).
- Anticonvulsivos. Estos agentes incrementan la inducción de las enzimas hepáticas, lo que conlleva aumento del metabolismo de los andrógenos.

- Antimicóticos: ketoconazol, itraconazol, fluconazol (a través del mismo mecanismo de los anticonvulsivos).
- Antineoplásicos. Pueden producir pérdida progresiva de la libido, neuropatía periférica, disfunción eréctil y azoospermia.
- Bloqueadores de los receptores H2 (ranitidina y famotidina).
- Metoclopramida.
- Digoxina.

### **Drogas**

- Tabaco, alcohol, opiáceos, heroína y marihuana.

### **Trastornos sistémicos**

- Insuficiencia renal crónica. En pacientes con este padecimiento influyen múltiples factores, como los niveles disminuidos de la testosterona, concentraciones elevadas de prolactina, neuropatía autonómica y neuropatía somática, insuficiencia vascular, polifarmacia, empeoramiento de la enfermedad primaria y estrés.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La disnea se agrava a menudo durante la relación sexual de los pacientes con esta enfermedad.
- Cirrosis. En pacientes con esta afección también se observan múltiples factores, como feminización, hipogonadismo e hipotiroidismo.

### **Causas varias**

- Intervención quirúrgica. En ocasiones puede producirse una disfunción sexual después de una intervención quirúrgica prostática por enfermedad benigna. También puede haber, después de una resección transuretral de próstata, eyaculación retrógrada hasta en 80% de los pacientes. Además, la prostatectomía radical y la amputación abdominoperineal frecuentemente ocasionan alteraciones sexuales.
- La simpatectomía bilateral en L-2 y la linfadenectomía retroperitoneal bilateral alta causan un porcentaje alto de fallas de emisión.
- Radiación en la pelvis. La mayoría de los varones experimenta una disminución en la frecuencia y en la calidad de la relación sexual.

- Traumatismo en la pelvis. Las lesiones traumáticas pueden causar disfunción eréctil por afectación de la irrigación arterial (aorta, iliaca común, iliaca interna o pudenda interna). Una lesión directa en los nervios cavernosos o pudendos, ocasionada por traumatismo, puede interrumpir la vía neural.
- Enfermedad de Peyronie. Puede producirse incurvación y dolor del pene durante la erección.<sup>34</sup>

## **FISIOLOGIA DE LA EYACULACION**

El feto puede empezar a tener erecciones desde el séptimo mes de gestación; el hombre tiene, en promedio, 11 erecciones durante el día y 9 durante la noche. La erección se produce en menos de 10 segundos. El hombre promedio eyacula, aproximadamente, 7,200 veces en su vida, de las cuales, en algunos, 2,000 pueden ser por masturbación.

Durante la eyaculación, el semen alcanza una velocidad de 45 km por hora. El volumen del eyaculado es de 2-10 ml, el cual varía dependiendo de la frecuencia de las eyaculaciones. El volumen y la viscosidad del semen disminuyen con el envejecimiento. El orgasmo dura de 3-10 segundos.<sup>19</sup>

### **Fisiopatología de la eyaculación precoz**

La eyaculación precoz se acompaña de una disminución en la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central. Se ha documentado el efecto inhibitorio de la serotonina sobre la libido, la eyaculación y el orgasmo y, se ha atribuido a una disminución en la dopamina (un neurotransmisor que aumenta la función sexual) inducida por la serotonina.

Los pacientes con deficiencia congénita de hidroxilasa de dopamina pueden tener aneyaculación o eyaculación retardada. Se han encontrado en los pacientes con eyaculación precoz concentraciones altas de leptina y bajas de magnesio, aunque se desconoce su papel en la fisiopatología del trastorno.<sup>19</sup>

## **CONSECUENCIAS**

La función sexual en varones y mujeres implica tanto la mente (pensamientos y emociones) como el cuerpo. El sistema nervioso juega un papel muy importante en la sexualidad, ya que es el sistema de percepción, pensamiento y control del organismo, que al interactuar con el sistema circulatorio y endócrino (hormonal) da lugar a una respuesta sexual.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud sexual es de suma importancia para el bienestar del individuo y la define como: la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la comunicación y el amor”.

La función sexual se convierte en un problema de ansiedad, que genera angustia o frustración, y produce una sensación de malestar e insatisfacción de las relaciones interpersonales. En los hombres de muchas sociedades la suficiencia sexual se considera un patrón con el que se mide la idoneidad del individuo como persona y si se presenta un problema en el plano sexual el hombre se siente deprimido ya que se pone en entredicho su virilidad.<sup>35</sup>

La eyaculación precoz tiene unas peculiaridades clínicas muy específicas. Aunque pueda considerarse una patología menor, al no implicar riesgo vital, en realidad supone una verdadera agresión, tanto para el afectado como para su pareja.<sup>36</sup>

Si la tiene, propicia una baja autoestima, conflictos personales y de relación que a veces abocan en la ruptura, de ahí la conveniencia de contar con un diagnóstico, lo más precoz posible. Sin embargo, y de manera casi generalizada, quienes presentan este trastorno lo consideran vergonzante, por lo que evitan cualquier comentario al respecto.<sup>36</sup>

La eyaculación precoz tiene un efecto negativo en la autoestima y en la relación con la pareja. Puede provocar angustia, ansiedad, vergüenza y depresión.<sup>30, 33</sup>

La eyaculación precoz tiene un efecto perjudicial en la auto-confianza y en relación con la pareja.<sup>31</sup> Se ha asociado con una variedad de efectos psicológicos negativos, incluyendo ansiedad, depresión y angustia en los hombres y en sus parejas femeninas, afecta negativamente a los hombres y a sus parejas y puede evitar a solteros a formar nuevas relaciones de pareja.<sup>37</sup>

El hecho de haber sistematizado la problemática sexual ha permitido una comprensión aún más profunda de este fenómeno por demás complejo y del gran impacto y sus repercusiones en el ámbito individual, de pareja y familiar.

En análisis se encontraron dos factores presentes en todas las disfunciones sexuales: la tendencia a presentar baja autoestima y la presencia de problemas conyugales. Se puede decir que la presencia de disfunciones sexuales es un indicador que muestra la complejidad del objeto de estudio, y que, aunque haya conceptos aparentemente diferentes según la teoría de la cual se trate, todos los estudiosos coinciden en darle a la sexualidad un significado más amplio, Coincidimos con quienes la ven como un fenómeno pluridimensional, una dimensión de la personalidad y no sólo como la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica, pues comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos; está presente en todas las etapas de nuestra vida, aunque con manifestaciones diferentes, condicionando el desarrollo de los individuos; es la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo.

La presencia de una disfunción sexual no es simplemente un problema mecánico, sino consecuencia de toda una construcción interna que tiene que ver con situaciones diversas, tanto pasadas como presentes; de ahí la necesidad de considerar dentro de los planes de tratamiento.<sup>32</sup>

Desde 1997 hasta 2007 se han realizado 11 estudios observacionales reportando consecuencias psicosociales y de calidad de vida en el paciente y en la pareja.<sup>36</sup> Ambos miembros de la pareja definen deterioro de la relación por la eyaculación precoz y un descenso generalizado en su calidad de vida.<sup>37</sup>

## **FORMAS DE EVALUACION**

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y evaluados actualmente para su utilización como es el caso del instrumento para evaluar el subsistema conyugal aplicado en el instituto mexicano del seguro social (IMSS) desde más de 10 años para aplicación única y exclusiva de la pareja.<sup>16</sup>

La Evaluación del Subsistema Conyugal por el cuestionario Chávez Aguilar, aborda las principales funciones del subsistema conyugal. El cuestionario evalúa los siguientes criterios: Función de comunicación (3 ítems), función de adjudicación y asunción de roles (3 ítems), función de satisfacción sexual (2 ítems), función de afecto (4 ítems) y función de toma de decisiones (1 ítem). A cada ítem se le da un valor: 0 nunca, 2.5 o 5 ocasional, 1.5, 5 o 10 siempre, según para el criterio de función o evaluación a considerar.

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue: 0-40: pareja severamente disfuncional; 41-70: pareja moderadamente disfuncional; 71-100: pareja funcional.<sup>15</sup>

16

### ***Cuestionarios de evaluación de la eyaculación precoz***

La necesidad de evaluar objetivamente la Eyaculación Precoz ha conducido al desarrollo de varios cuestionarios basados en el uso de RCP. Tan sólo dos cuestionarios discriminan entre los pacientes con y sin Eyaculación precoz:

- **Herramienta diagnóstica de la eyaculación precoz (PEDT):** cuestionario de cinco Apartados validado en la población latina y utilizada en varios estudios de investigación basada en grupos de interés y entrevistas de Estados Unidos, Alemania y España. Evalúa el control, la frecuencia, la estimulación mínima, la angustia y los Problemas interpersonales, por lo que será esta herramienta que utilizaremos en este estudio.<sup>38,39</sup>

El Cuestionario **PEDT** es la herramienta más comúnmente para diagnosticar la eyaculación precoz. Esta herramienta fue desarrollada por Pfizer Inc. Es simple y en todo el mundo aprobado como un estándar para confirmar un diagnóstico de eyaculación precoz en un paciente. Este cuestionario puede ayudar a identificar a los hombres que puedan tener un problema con la eyaculación precoz durante la actividad sexual.

**Interpretación clínica.**- Las puntuaciones totales pueden ser interpretados de la siguiente manera: una puntuación de 0 a 8 indica una baja probabilidad de la eyaculación precoz, de 9 o 10 indica una eyaculación precoz, de 11 a 20 indica un diagnóstico de eyaculación precoz.

- **INDICE ÁRABE DE EYACULACIÓN PRECOZ (AIPE)**

cuestionario de siete apartados desarrollado en Arabia Saudí que evalúa el deseo sexual, las erecciones rígidas para lograr un coito suficiente, el tiempo hasta la eyaculación, el control, la satisfacción del paciente y la pareja, la ansiedad o la depresión.<sup>40</sup>

Hay cuestionarios estandarizados para diagnosticar la eyaculación precoz, dos de los más conocidos son el “*prematureejaculationprofile*” y el “*index of prematureejaculation*”, que validados al idioma español sirven como herramienta diagnóstica.<sup>30</sup>

## **DIAGNOSTICO.**

La eyaculación precoz es un trastorno sexual poco conocido por los médicos que todavía presenta dificultades diagnósticas y terapéuticas.<sup>36</sup>

El diagnóstico de la eyaculación precoz se basa en los antecedentes médicos y sexuales del paciente. La anamnesis debe clasificar la eyaculación precoz como de por vida o adquirida y determinar si la eyaculación precoz es situacional (en determinadas circunstancias o con una pareja concreta) o constante. Se ha de prestar especial atención a la duración de la eyaculación, el grado de estimulación sexual, la repercusión en la actividad sexual.<sup>30</sup>

Si se detecta un problema sexual y la queja apunta a un posible cuadro de eyaculación precoz, como se ha indicado será necesario interesarse por el tiempo de latencia eyaculatoria y por la sensación de control que tiene el paciente de su reflejo eyaculatorio. Al igual se deben descartar

### **Causas médicas como origen del trastorno**

– Orientan a una causa psicológica. La eyaculación precoz primaria, de siempre, en la cual el varón nunca ha podido controlar su eyaculación, y la eyaculación precoz secundaria a problemas en la relación de pareja, situaciones generadoras de estrés o a trastorno psicológico (especialmente cuadros de ansiedad).

– Orientan a una causa médica. Su irrupción brusca, coincidiendo con traumatismo, enfermedad física (también mental) o toma de sustancias, sin que medien problemas de pareja, estrés o trastorno psicológico.<sup>36</sup>

Es importante incluir los cuatro principales factores en el diagnóstico, es decir, el tiempo, la falta de control, la frustración y la impacto sobre las dificultades interpersonales.<sup>41</sup>

La historia clínica es muy importante, se debe incluir preguntas sobre experiencias sexuales, estrategias de desarrollo sexual. La historia es parte de la concepción terapéutica, ya que proporciona un entorno en el que es seguro admitir si el orgasmo se asocia con las emociones negativas, si el tiempo entre la penetración y la eyaculación es menos de 2 min como regla general, la definición de la eyaculación precoz se cumple.

El diagnóstico debe incluir una historia sexual completa, provocando el grado de sufrimiento trauma mental, y si es necesario la dinámica de la pareja y la importancia de la sexualidad. Se necesita diagnosticar la eyaculación precoz para que haya relaciones sexuales más satisfactorias para él y para la pareja.<sup>42</sup>

## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud sexual es de suma importancia para el bienestar del individuo para la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras para su desarrollo en el entorno social ya que puede ocasionar consecuencias negativas para la persona que lo padezca como estrés, molestia, frustración o la pérdida de satisfacción sexual en la pareja por lo que puede traer como consecuencia problemas en la relación y llegar a provocar ruptura de la relación o se puede ver afectado gravemente el futuro del vínculo por causa de la disfunción sexual. La función sexual se convierte en un problema importante de salud, que genera angustia, y produce una sensación de malestar e insatisfacción de las relaciones interpersonales. En los hombres el área sexual se considera un patrón con el que se mide la idoneidad del individuo como persona y si se presenta un problema en el plano sexual el hombre se siente deprimido ya que se pone en entredicho su virilidad. El problema de la eyaculación precoz no es solo del hombre que la padece sino de la pareja ya que nos puede provocar una mala funcionalidad de la relación esta es de trascendental importancia para todo el grupo familiar ya que la familia es la unidad funcional y básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la sexualidad en la pareja y funcionalidad familiar porque se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal. Desde hace algunos años esta situación, ha creado la necesidad de estudiar y conocer los problemas que hoy en día preocupan a las parejas, por esta razón el propósito de realizar esta investigación

Por lo que la pregunta de mi estudio es:

**¿CUAL ES EL IMPACTO DE LA EYACULACION PRECOZ EN LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL?**

## VII. JUSTIFICACION

No hace mucho tiempo se consideraba al hecho que una pareja se uniera en matrimonio para toda la vida hoy la realidad es otra ya que se ven muchos divorcios que pueden ser secundarios muy probablemente a disfunción familiar e insatisfacción sexual. Por eso el objetivo de este estudio ya que la relación de pareja tiene gran importancia para todo el grupo familiar, siendo así el subsistema conyugal otra base importante para la conservación del bienestar entre sus miembros. La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria.

Es el problema más frecuente en sexualidad masculina, más incluso que la disfunción eréctil y se presenta de forma constante y uniforme en todos los grupos de edad. Para ellos y para sus parejas, mantener relaciones sexuales puede convertirse en un proceso insatisfactorio y traumático ya que les provoca baja autoestima, ansiedad, angustia sentimientos de vergüenza y a llegado asociarse con depresión y sobre todo en muchas ocasiones es causa de ruptura del vinculo matrimonial

Las estadísticas nos dicen que a nivel mundial padecen eyaculación precoz 20 a 30,000 por cada 100,000 y de 30 a 75,000 por cada 100,000 llegan a padecer eyaculación precoz, por lo menos, alguna vez en su vida.

En México se estima que la eyaculación precoz puede ocurrir hasta en 42-75% de los varones, lo que lleva a la anorgasmia femenina hasta 40% de los casos, se ha encontrado dos factores presentes en todas las disfunciones sexuales: la tendencia a presentar baja autoestima y la presencia de problemas conyugales. El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar. Se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

## **VIII. HIPOTESIS**

LA EYACULACIÓN PRECOZ ES CAUSA DE DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

### **OBJETIVO GENERAL**

- RELACIONAR LA EYACULACION PRECOZ CON LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la incidencia de la eyaculación precoz
- Conocer el grado de disfunción conyugal y la edad predominante
- Demostrar la función mas alterada en las parejas con eyaculación precoz
- Relacionar factores socio demográficos como (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión) con la eyaculación precoz
- Determinar marcadores bioquímicos ( glucosa, colesterol y triglicéridos)

## **IX. MATERIAL Y METODOS**

Se estudiaron 126 parejas, de la unidad de medicina familiar No. 80 de ambos turnos, se les aplico a los hombres el cuestionario de eyaculación precoz PEDT de eyaculación precoz y a las mujeres el cuestionario de disfunción conyugal de Dr. Chávez Aguilar posteriormente se realizo 2 grupos uno de los que hayan salido con eyaculación precoz y otro sin eyaculación precoz, al de eyaculación precoz se les realizo estudios bioquímicos como son glucosa, colesterol y triglicéridos, para ver si había relación con la eyaculación precoz. Se interrogaron los variables socio demográficas para relacionarlas con los cuestionarios PEDT y de disfunción conyugal

**Tipo de investigación:** observacional

**Tipo de análisis:** descriptivo

**Método de observación:**transversal

**Temporalidad:**retrospectivo

### **Población de estudio**

Derechohabientes del IMSS de Morelia Mich

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **INCLUSION.-**

- Derechohabientes del IMSS de Morelia Mich
- parejas que deseen participar voluntariamente
- Pacientes sin patología crónica por cuadro clínico (DM2, HAS, ETS)
- Que tengan una pareja
- Que no tomen medicamentos como benzodiazepinas
- Que firmen el consentimiento informado

## **NO INCLUSION**

- Hombres que hayan tenido alguna tipo de cirugía urológica
- Bisexuales
- Parejas que no deseen participar
- Pacientes que padezcan depresión
- adicciones a drogas o alcohol en algunos de la pareja
- enfermedades mentales en alguno de la pareja
- enfermedades crónica por cuadro clínico (DM2, HAS, ETS)

## **ELIMINACION.-**

- Pacientes que al momento de iniciar la aplicación de cuestionarios se nieguen a contestar en forma parcial o total alguno de los mismos.
- Que no deseen continuar de manera voluntaria con el estudio.

## **Tamaño de muestra**

El Tamaño de la muestra fueron 126 parejas derechohabientes del seguro social de la Umf 80 de ambos turnos de Morelia Mich.

Se saco por medio de esta fórmula:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

Donde

N= Tamaño de la muestra requerido

P= Proporción de sujetos portadores del fenómeno del estudio

q= es igual 1-p

$\delta$ = precisión de la magnitud del error que estamos dispuestos aceptar. <sup>43</sup>

Z  $\alpha^2$  Distancia de la media del valor de significación propuesta.( habitualmente se utiliza un valor alfa de 0.05 al que le corresponde un valor de Z= 1.96

Para llevarla acabo se tomara encuentra la prevalencia de la eyaculación precoz según la literatura que para este caso es el 30%.

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.30) (0.70)}{(0.08)^2}$$

$$N = \frac{(3.841) (0.21)}{0.0064} =$$

$$N = \frac{0.8066}{0.0064} = 126 \text{ Pacientes teniendo un índice de error de } 8\%$$

## **Descripción de variables**

### **Independiente, dependientes, confusoras**

VARIABLES: EYACULACION PRECOZ Y DISFUNCION EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

VARIABLE INDEPENDIENTE

### **EYACULACION PRECOZ.-**

L A DSM-IV-TR y el ICD-10, la definen como: “la eyaculación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo deseen, asociada con una incomodidad personal o de pareja”.

Para lo cual se aplicara el instrumento PEDT

El cuestionario consta de cinco apartados basado en grupos de interés. Evalúa el control, la frecuencia, la estimulación mínima, la angustia y los problemas interpersonales

### *VARIABLE DEPENDIENTE*

**DISFUNCION CONYUGAL.-** es la alteración en las funciones del subsistema conyugal y que provocan desequilibrio como lo son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

Para lo cual se aplico el instrumento propuesto por Chávez Aguilar

El cuestionario de Chávez Aguilar el cual evalúa 5 funciones básicas (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones) y consta de 13 ítems. Los parámetros de medición son 0-40 severamente disfuncional, 41 -70 moderadamente disfuncional, 71 -100 pareja funcional

### **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

- ✓ EDAD
- ✓ OCUPACION : ( campesino, obrero, profesionista)
- ✓ ESTADO CIVIL (casado, unión libre)
- ✓ ESCOLARIDAD (primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura)
- ✓ RELIGION (católica, evangelista, testigo de Jehová, otra, ninguna)

### **VARIABLES BIOQUIMICAS**

- ✓ GLUCOSA
- ✓ COLESTEROL
- ✓ TRIGLICERIDOS

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

variable	Variable conceptual	Definición operacional	indicador	Parámetro de medición	Escala de medición
disfunción conyugal	es la alteración en las funciones del subsistema conyugal que provocan desequilibrio como lo son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y forma de decisiones	se aplicara el instrumento propuesto por Chávez Aguilar a las parejas de los hombres que se le realice el cuestionario de eyaculación precoz	el cuestionario de Chávez Aguilar evalúa 5 funciones básicas (comunicación , adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones)y consta de 13 ítems	0-40 pareja severamente disfuncional  41-70 pareja moderadamente disfuncional  71-100 pareja funcional	Cualitativa ordinal
Eyaculación precoz	Eyaculación persistente o recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo deseen, asociada con una incomodidad personal o de pareja	Se aplicara el instrumento PEDT a los hombres que deseen participar	El cuestionario PEDT consta de cinco apartados basado en grupo de interés. evalúa el control, la frecuencia, la estimulación mínima, la angustia y los problemas interpersonales	Una puntuación de 0a 8 indica una baja probabilidad de eyaculación precoz  9-10 indica diagnostico probable de eyaculación precoz  11-20 indica un diagnostico de eyaculación precoz	Cualitativa ordinal

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Edad	Años de vida del paciente	cuantitativa	Años
Religión	Es el tipo de religión que tienen o que llevan acabo las personas	cualitativa	Católica Evangelista Testigo de Jehová Otra Ninguna
Estado civil	Situación civil de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o de la unión libre	cualitativa	casado unión libre
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual asisten a la escuela	cualitativa	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura
Ocupación	Es el tipo de empleo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.	cualitativa	Campesino Obrero profesionista

## **DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO**

El presente protocolo es un estudio transversal descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 126 parejas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 80 de ambos turnos, que tuvieran una relación . Se les aplico el cuestionario de PEDT a los hombres y de disfunción conyugal del Dr. Chávez Aguilar a las mujeres que son cuestionarios validados, que valora la eyaculación precoz y la disfunción conyugal, la cual fue contestada de forma confidencial y no incluyo nombres.

Posteriormente se formaron dos grupos uno con eyaculación precoz y otro sin eyaculación precoz, se examino si efectivamente el grupo con eyaculación precoz tiene disfunción conyugal. Se valoro al mismo tiempo las características socio demográficas que ya mencionamos que son edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión. Se les realizo a los hombres que salieron con eyaculación precoz estudios bioquímicos como son (Glucosa, colesterol y triglicéridos) para correlacionarlos. A los pacientes que salieron con eyaculación precoz fueron enviados con su médico familiar para su atención integral.

## **X. ANALISIS ESTADISTICO**

Se valido inicialmente la muestra del estudio con el instrumento PEDT para analizar su confiabilidad a igual que cuestionario Chávez Aguilar mediante el alpha de cronbach de manera global y para cada uno de los dominios que involucran cada instrumento para darle confiabilidad a la información. La estadística que se empleo es estadísticamente descriptiva en términos de valores promedios, desviación estándar y frecuencias con sus respectivos porcentajes según sea el caso de variable cuantitativa o cualitativa. El procedimiento de datos se efectuó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 18. Las cifras estadísticamente significativas será cuando  $p < 0.05$ . Para la estadística inferencial se empleo el estadístico según su distribución paramétrica o no paramétrica. Se presentan tablas de contingencia y gráficos porcentualizados.

## **XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se realizó bajo los principios éticos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual establece en su Artículo 13 que en toda investigación en el ser humano debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Así como lo establece el Reporte Belmont, acerca de los principios básicos de ética en investigaciones de sujetos humanos, que deben incluir los principios de respeto a las personas como agentes autónomos y con protección a las personas con autonomía disminuida, beneficencia al no hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios, y justicia para distribuir los beneficios. Y conforme a lo dispuesto por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en los principios éticos para las investigaciones en seres humanos en el que se promueve el respeto a los seres humanos, la protección a la salud y a los derechos individuales.

Se establece también que el estudio contemplará el derecho al consentimiento voluntario de los participantes que de acuerdo al Código de Núremberg lo considera un elemento esencial, en el cual la persona ejerce su libertad a tomar una decisión consciente teniendo el conocimiento y comprensión de los aspectos del estudio tales como el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados y la declaración de poder hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación. Así lo establece también la Declaración de Helsinki en su Párrafo 24. Se obtendrá el Consentimiento Informado basado en el Formato de la Coordinación de Investigación en salud del IMSS, que brindará la privacidad, confidencialidad y seguridad de los pacientes.

El presente estudio se considera Categoría II de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México Artículo 17, con un mínimo de riesgo y razonable en relación a los beneficios que se obtendrán.

Se someterá a su autorización por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud y una vez autorizado se iniciará con el trabajo y se solicitará consentimiento informado por escrito por parte de las participantes.

## XII. RESULTADOS

### FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La fiabilidad del instrumento de disfunción conyugal del Dr.Chávez Aguilar, aplicada a esta población de una alpha de cronbach de .790 y métodos de mitades .848.

La fiabilidad del instrumento PEDT de eyaculación precoz se encuentro una alpha de cronbach de .865 y métodos de mitades .933.

**TABLA I.- Contingencia Funcionalidad de Pareja y Eyaculación Precoz**

FUNCIONALIDAD DE PAREJA	EYACULACION PRECOZ							
	BAJA PROBABILIDAD		PROBABLE EYACULACION PRECOZ		EYACULACION PRECOZ		TOTAL	
	No.	%	No	%	No	%	No	%
Pareja severamente disfuncional	2	1.6	-----	----	1	0.8	3	2.38
Pareja moderadamente disfuncional	17	13.5	2	1.6	-----	-----	19	15.1
Pareja funcional	96	76.2	5	4	3	2.4	104	82.5
total	115	91.3	7	5.6	4	3.2	126	100

En la tabla I se encontró que la pareja funcional predominó con el 76.2% (96), el 13.5%(17) moderadamente disfuncionales y 1.6% (2) disfuncionales. En la eyaculación precoz se encontró que el 91.3%(115) tuvieron baja probabilidad, 5.6% (7) con probabilidad de eyaculación precoz y el 3.2%(4) eyaculación precoz. Al relacionar estas dos variables las parejas disfuncionales presentan baja probabilidad de eyaculación precoz con el 1.6% (2) y eyaculación precoz 0.8% (1), en las parejas moderadamente disfuncionales 13.5% (17) tuvieron baja probabilidad, 1.6% (2) con probabilidad de eyaculación precoz. En las parejas funcionales 76.2% (96) tuvieron baja probabilidad de eyaculación precoz, el 4% (5) con probabilidad de eyaculación precoz y el 2.4% (3) con eyaculación precoz.

**TABLA II Anova por Grupos de Edad y Disfunción Conyugal**

DOMINIO POR GRUPO DE EDAD	N	$\bar{X} \pm E.E$	F	Sig
COMUNICACIÓN				
20-24	19	25.00 ± 1.26	.611	.691
25-29	30	27.17 ± .918		
30-34	35	26.86 ± .682		
35-39	27	26.48 ± 1.15		
40-44	13	25.38 ± 1.32		
45-99	2	27.50 ± 2.50		
ROLES				
20-24	19	11.58 ± .720	1.270	.281
25-29	30	12.67 ± .666		
30-34	35	12.36 ± .469		
35-39	27	12.69 ± .515		
40-44	13	10.38 ± 1.12		
45-99	2	11.25 ± 3.75		
SEXUAL				
20-24	19	8.68 ± .518	1.440	.215
25-29	30	8.83 ± .392		
30-34	35	8.29 ± .455		
35-39	27	8.52 ± .447		
40-44	13	6.92 ± .702		
45-99	2	10.0 ± .000		
AFECTO				
20-24	19	17.63 ± .647	.949	.452
25-29	30	17.58 ± .825		
30-34	35	18.64 ± .426		
35-39	27	17.13 ± .751		
40-44	13	16.92 ± .902		
45-99	2	20.00 ± .000		
DECISIONES				
20-24	19	13.03 ± .966	.786	.562
25-29	30	14.00 ± .473		
30-34	35	14.36 ± .360		
35-39	27	13.33 ± .833		
40-44	13	12.69 ± 1.31		
45-99	2	15.00 ± .000		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla II se encontró que tienen mejor comunicación los mayores de 45 años  $27.50 \pm 2.50$ , los de 35 a 39 años tienen mejor adjudicación y asunción de roles con una media  $12.69 \pm .515$ , en cuanto a lo sexual se encontró que los mayores de 45 años de edad  $10.0 \pm .000$  es satisfactoria la frecuencia en que se tienen relaciones. En el dominio de afecto se encontró que tienen más manifestaciones físicas de afecto los mayores de 45 años con una media de  $20.00 \pm .000$ . En las decisiones se observó que es más frecuente que tomen las decisiones en parejas los mayores de 45 años con una media de  $15.00 \pm .000$ . No se encontró significancia.

**TABLA III. Anova por Escolaridad y Disfunción Conyugal**

DOMINIO POR ESCOLARIDAD	N	$\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.
COMUNICACIÓN			1.957	.105
Primaria	2	20.00 ± 5.00		
Secundaria	36	25.56 ± .885		
Preparatoria	50	27.10 ± .607		
Carrera técnica	16	28.13 ± .773		
licenciatura	22	25.68 ± 1.36		
ROLES			1.797	.134
Primaria	2	13.75 ± 1.25		
Secundaria	36	12.01 ± .465		
Preparatoria	50	12.75 ± .411		
Carrera técnica	16	12.50 ± 1.02		
Licenciatura	22	10.68 ± .791		
SEXUAL			.770	.507
Primaria	2	7.50 ± 2.50		
Secundaria	36	8.33 ± .445		
Preparatoria	50	8.70 ± .313		
Carrera técnica	16	8.75 ± .559		
Licenciatura	22	7.72 ± .543		
AFECTO			.140	.967
Primaria	2	18.75 ± 1.25		
Secundaria	36	17.91 ± .522		
Preparatoria	50	17.50 ± .484		
carrera técnica	16	17.96 ± 1.21		
licenciatura	22	17.84 ± .741		
DECISIONES			.158	.959
Primaria	2	15.00 ± .000		
Secundaria	36	13.75 ± .559		
Preparatoria	50	13.50 ± .524		
Carrera técnica	16	14.06 ± .640		
Licenciatura	22	13.63 ± .801		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla III muestra que los grados de escolaridad el nivel técnico se encontró en comunicación la media más elevada y la más baja a nivel de primaria, en roles el nivel primaria su media fue la más elevada y la más baja fue la licenciatura, en el dominio del área sexual la media más alta fue a nivel técnico y la mas baja en primaria. En el afecto y el nivel de escolaridad mostro que el nivel de primaria tuvo la media más elevada y la más baja el nivel de preparatoria, en la toma de decisiones mostro el mismo comportamiento en la relación de escolaridad, con los dominio de comunicación, roles, sexual, afecto y toma de decisiones, no se encontró significancia estadística.

**TABLA IV Anova por Grupos de Religión y Disfunción Conyugal**

DOMINIO POR RELIGION	N	$\bar{X} \pm E.E$	F	Sig
COMUNICACIÓN			5.32	<b>*.002</b>
Católica	109	26.93 ± .421		
Testigo de Jehová	2	30.00 ± .000		.
Otra	3	18.33 ± 3.33		
Ninguna	12	23.33 ± 2.16		
ROLES			.566	.638
Católica	109	12.29 ± .312		
Testigo de Jehová	2	12.50 ± 2.50		
Otra	3	11.66 ± 1.66		
Ninguna	12	11.04 ± .894		
SEXUAL			.385	.764
Católica	109	8.34 ± .235		
Testigo de Jehová	2	10.0 ± .000		
Otra	3	8.33 ± 1.66		
Ninguna	12	8.75 ± .652		
AFECTO			.179	.910
Católica	109	17.68 ± .336		
Testigo de Jehová	2	18.75 ± 1.25		
Otra	3	17.50 ± 2.50		
Ninguna	12	18.33 ± 1.08		
DECISIONES			.601	.615
Católica	109	13.76 ± .316		
Testigo de Jehová	2	11.25 ± 3.75		
Otra	3	15.00 ± .000		
Ninguna	12	13.13 ± 1.34		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla IV al relacionar la religión con los dominios de comunicación, roles, sexual, afecto los testigos de Jehová toman la media más elevada, por lo tanto mejor funcionalidad, en estos dominios se mostro significancia estadística en comunicación y religión pero la muestra es heterogénea. En el dominio decisiones los de otra religión tienen la media más elevada y la más baja los testigos de Jehová.

**TABLA V.Estado Civil y Disfunción Conyugal**

VARIABLE ESTADO CIVIL	CASADOS N=89 $\bar{X} \pm E.E$	UNION LIBRE N=37 $\bar{X} \pm E.E$	<i>t</i>	Sig
COMUNICACION	26.29± 0.55	26.76±0.75	-0.472	.638
ROLES	12.13±0.35	12.23±0.47	-0.150	.881
SEXUAL	8.26±0.26	8.78±0.35	-1.110	.269
AFECTO	17.53±0.39	18.31±0.47	-1.143	.255
DECISION	13.57±0.37	13.99±0.51	-0.623	.534

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla V. en el estado civil, se encontró un predominio de los casados, pero los de unión libre predominaron en todas las variables como es comunicación roles, sexual, afecto y toma de decisiones por lo tanto nos indica que existe mejor funcionalidad conyugal en este estado civil. no se encontraron cifras estadísticamente significativas.

**TABLA VI. FUNCIÓN COMUNICACIÓN Y Estado Civil**

COMUNICACION	CasadosN= 89	unión libre N= 37	Chi <sup>2</sup>	sig
a) cuando quiere comunica algo a su pareja se lo dice directamente			.484	.785
nunca	1(0.8)	-----		
ocasional	6 (4.8)	3 (2.4)		
siempre	82(65.1)	34(27.0)		
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia			.864	.649
nunca	2(1.6)	-----		
ocasional	15(11.9)	6(4.8)		
siempre	72(57.1)	31(24.6)		
c) existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica			.846	.655
nunca	2(1.6)	-----		
ocasional	35(27.8)	15(11.9)		
siempre	52(41.3)	22(17.5)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla VI se encontró que los casados tienen menor comunicación ya que se observa en un caso que no existe comunicación directa, y en 2 se observa que no expresan claramente los mensajes que intercambian y en otra dos casos se observa que no existe comunicación verbal y analógica a diferencia de los de unión libre que no se presentó en ninguna pareja. No se encontraron cifras estadísticamente significativas.

**Tabla VII Función roles y Estado Civil**

roles	Casados N= 89	Unión libre N=37	Chi <sup>2</sup>	sig
a) la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican				
nunca	1(0.8)	-----		
ocasional	30(23.8)	15(11.9)	.892	.640
siempre	58(46.0)	22(17.5)		
b) son satisfactorios los roles que asume la pareja				
nunca	2(1.6)	-----		
ocasional	19(15.1)	11(8.7)	1.734	.420
siempre	68(54.0)	26(20.6)		
c) se propicia el intercambio de roles en la pareja				
nunca	6(4.8)	-----		
ocasional	35(27.8)	15(11.9)	2.648	.266
siempre	48(38.1)	22(17.5)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla VII se observa que los casados tienen menor función de adjudicación y asunción de roles ya que se observó que en una pareja no se cumplen los roles que mutuamente se adjudican, igual se observa que en 2 parejas no son satisfactorios los roles que asumen y en 6 se encontró que no se propician los intercambios de roles, a diferencia de los de unión libre que tienen mejor función de roles ya que en ninguna pareja se presentó. No hubo significancia estadística.

**Tabla VIII función Sexual y Estado Civil**

sexual	Casados N= 89	Unión libre N= 37	Ch <sup>2</sup>	sig
a) es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales			1.340	.512
nunca	1(0.8)	-----		
ocasional	29(23.0)	9(7.1)		
siempre	59(46.8)	28(22.2)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla VIII se observa que en los de unión libre tienen mejor funcionalidad en el área sexual ya que en ninguna pareja se presentó que nunca fuera satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales a diferencia de los casados que se presentó un caso. No hubo significancia estadística.

**Tabla IX funcion Afecto y Estado Civil**

AFEECTO	Casado N= 89	Unión libre N= 37	Chi <sup>2</sup>	sig
a) existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja				
nunca	-----	-----		
ocasional	24(19.0)	6(4.8)	1.665	.197
siempre	65(51.6)	31(24.6)		
b) el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante				
nunca	2(1.6)	-----	2.264	.322
ocasional	28(22.2)	8(6.3)		
siempre	59(46.8)	29(23.0)		
c) se interesa por el desarrollo y superación de la pareja				
nunca	2(1.6)	-----	.941	.625
ocasional	6(4.8)	2(1.6)		
siempre	81(64.3)	35(27.8)		
d) perciben que son queridos por su pareja				
nunca	2(1.6)	-----	1.048	.592
ocasional	18(14.3)	9(7.1)		
siempre	69(54.8)	28(22.2)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla IX se observa que los de unión libre tienen más manifestaciones de afecto ya que en los casados en dos parejas no es gratificante el tiempo que se le dedica, y en otras dos parejas se encontró que no hay interés por el desarrollo y superación, 2 casos no se perciben queridos por su pareja, a diferencia de los de unión libre que no se presentó en ningún caso. No hubo significancia estadística.

**Tabla X Decisiones y Estado Civil**

Decisiones	Casados N=89	unión libre N=37	Ch <sup>2</sup>	sig
a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente				
nunca	3(2.4)	1(0.8)	.536	.765
ocasional	11(8.7)	3(2.4)		
siempre	75(59.5)	33(26.2)		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla X se observa que es más frecuente que los de unión libre tomen las decisiones importantes en pareja, ya que tenemos 3 casos de casados los cuales nunca toman las decisiones en pareja en comparación de un solo caso en los de unión libre

**TABLA XI. Ocupación y Disfunción Conyugal**

VARIABLE OCUPACIÓN	OBRERO N=104 $\bar{X} \pm E.E$	PROFESIONISTA N=22 $\bar{X} \pm E.E$	<i>t</i>	Sig.
COMUNICACIÓN	26.59± 0.45	25.68±1.36	.768	.444
ROLES	12.48±0.29	10.68±0.79	2.41	<b>.017*</b>
SEXUAL	8.56±0.23	7.73±0.54	1.46	.144
AFECTO	17.74±0.34	17.84±0.74	-.122	.903
DECISIÓN	13.70±0.33	13.64±0.80	.081	.935

\* Cifra estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ )

En la tabla XI en la ocupación se encontró un predominio del obrero en relación al profesionalista, en los obreros la comunicación, roles sexual y decisiones sus medias son más elevadas que en los profesionalista lo que indica mayor funcionalidad conyugal, se encontró significancia estadísticas en los roles.

**TABLA XII. Anova disfunción Conyugal y Eyaculación Precoz**

DOMINIO	BAJA PROBABILIDAD N=115 $\bar{X} \pm E.E$	PROBABLE EYACULACIÓN PRECOZ N=7 $\bar{X} \pm E.E$	EYACULACIÓN PRECOZ N=4 $\bar{X} \pm E.E$	F	Sig.
Comunicación	26.70 ±.449	22.14 ±2.14	26.25 ±3.75	2.801	.065
Roles	12.37 ±.295	8.93 ± .922	11.88 ±1.87	3.936	<b>.022*</b>
Sexual	8.52 ± .316	7.86 ± 1.01	6.25 ± 2.39	1.925	.150
Afecto	17.85± .316	16.79 ±1.86	16.88 ±.312	.430	.651
Decisiones	13.63 ±.328	15.00 ±.000	13.13 ±1.87	.578	.563

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

En la tabla XII predominaron los de baja probabilidad, al relacionar los dominios de la disfunción conyugal y con los grados de eyaculación precoz, se encontró que los de baja probabilidad en relación con los de eyaculación precoz tienen una mayor media siendo así que tienen menos disfuncionalidad conyugal, se observa que el dominio más alterado es el sexual en la eyaculación precoz, se encontró significancia estadística en los roles.

**TABLA XIII Asociación Socio demográficas y Eyaculación Precoz**

VARIABLE	BAJA PROBABILIDAD N = 126 F (%)	PROBABLE EYACULACIÓN PRECOZ N = 126F(%)	EYACULACIÓN PRECOZ N = 126 F (%)	Chi2	Sig
Grupos de Edad				<b>15.391</b>	<b>.118</b>
20 a 24	15(11.9)	2(1.59)	2(1.59)		
25 a 29	29(23.02)	1(0.79)	-----		
30 a 34	32(25.4)	2(1.59)	1(0.79)		
35 a 39	26(20.63)	-----	1(0.79)		
40 a 44	12(9.52)	1(0.79)	-----		
45 y mas	1(0.79)	1(0.79)	-----		
Estado civil				<b>.041</b>	<b>.980</b>
Casados	81(64.29)	5(3.97)	3(2.38)		
Unión libre	34(26.98)	2(1.59)	1(0.79)		
Ocupación				<b>.207</b>	<b>.902</b>
Obrero	95(75.40)	6(4.76)	3(2.38)		
Profesionista	20(15.87)	1(0.79)	1(0.79)		
Escolaridad				<b>7.144</b>	<b>.521</b>
Primaria	2(1.59)	-----	-----		
Secundaria	31(24.60)	2(1.59)	3(2.38)		
Preparatoria	46(36.51)	4(3.17)	-----		
Carrera técnica	16(12.70)	-----	-----		
licenciatura	20(15.87)	1(0.79)	1(0.79)		
Religión				<b>1.113</b>	<b>.981</b>
Católica	99(78.57)	6(4.76)	4(3.17)		
Testigo Jehová	2(1.59)	-----	-----		
Otra	3(2.38)	-----	-----		
ninguna	11(8.73)	1(0.79)	-----		

\* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla XIII se encontró en relación a la edad los de baja probabilidad se ubicaron entre 30-34 años que corresponde a (25.4) 32, probable eyaculación entre los 20-34 años con el (1.59)2, eyaculación precoz entre 20-24 años (1.59)2. En el estado civil predominó en casados en todos sus dominios, la eyaculación precoz se presentó más en casados (2.38)3. En cuanto a la ocupación el obrero predominó en sus tres dominios siendo también más frecuente en la eyaculación precoz (2.38)3. En la escolaridad, los de preparatoria predominó baja probabilidad de eyaculación precoz con el 46(36.51), los de probable eyaculación precoz también predominó la preparatoria 4(3.17), en la eyaculación precoz predominó los de secundaria 3(2.38). La religión católica predominó en todos los dominios, con el 99(78.57) los de baja probabilidad, 6(4.76) probable eyaculación precoz y 4(3.17) eyaculación precoz. Al relacionar todos estos valores observamos que la eyaculación precoz fue más frecuente a la edad de 20-24 años 2(1.59), con estado civil casados 3(2.38), con ocupación obrero 3(2.38), con escolaridad secundaria 3(2.38). Y con religión católica 4(3.17). No se encontró significancia estadística.

**TABLA XIV Frecuencias de los estudios de laboratorio**

	GLUCOSA	COLESTEROL	TRIGLICÉRIDOS
VALIDOS	4	4	4

En la tabla XIV se representa los cuatro pacientes que encontramos con eyaculación precoz a los cuales se les realizó a los cuatro glucosas, colesterol y triglicéridos.

**Tabla XV. Resultados de glucosa, colesterol y triglicéridos**

ESTUDIO	GLUCOSA	COLESTEROL	TRIGLICÉRIDOS	FRECUENCIA
resultados	82	120	112	1
	84	149	128	1
	102	160	155	1
	110	165	162	1
Media	94.50	148.50	139.25	
total				4

En la tabla XV se observan los resultados del laboratorio como es glucosa, colesterol y triglicéridos en lo cual se encontraron en cifras normales en los cuatro pacientes que se les realizó.

### **XIII. DISCUSIÓN**

La eyaculación precoz no siempre es causa de disfunción conyugal como fue en este estudio, sin embargo hay disfunción conyugal por otras causas, se observó que las parejas mayores, los testigos de Jehová, los de unión libre, los obreros presentan mejor funcionalidad conyugal.

En este protocolo encontramos que los pacientes de baja probabilidad de eyaculación precoz tienen mejor funcionalidad conyugal a diferencia de los pacientes que tienen eyaculación precoz, se presentó entre los 20-39 años de edad más frecuente en casados con escolaridad secundaria y de religión católica.

En el artículo de Cedres Santiago y Cols llamado características clínicas de la eyaculación precoz y su repercusión en el paciente y en la pareja; en este estudio la edad media en que se presentó la eyaculación precoz fue de 25 años, fue más frecuente en pacientes con educación de secundaria y en casados.<sup>44</sup> Lo que coincide con nuestro estudio ya que la eyaculación precoz se presentó entre los 20-39 años de edad, con escolaridad secundaria, y con estado civil casados.

En 8vo congreso virtual de psiquiatría 2007 en el estudio llamado eyaculación precoz secundaria, resultados de un año de investigación se encontró que la eyaculación precoz predominaron los sujetos en el grupo de edad comprendido entre los 36 y 45 años, Con una escolaridad de secundaria <sup>31</sup> En nuestro estudio vemos que la edad no coincidió con nuestro protocolo sin embargo la escolaridad sí, ya que se presentaron ambas con secundaria.

Según el estudio LNHES, la prevalencia de eyaculación precoz no se ve afectada por la edad, a diferencia de la disfunción eréctil, que aumenta con la edad. La eyaculación precoz tampoco se ve afectada por la situación conyugal, y es mayor en los varones con un nivel educativo más bajo <sup>29</sup> esto coincide con nuestro estudio lo cual vemos que la eyaculación precoz no se vio afectada por la edad, ya que los casos que tuvimos fue de 20-39 años, se presentó en pacientes casados y en varones con nivel educativo bajo como fue la secundaria.

En el estudio llamado impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal por moreno morales y cols del 2008 muy parecido a la de la eyaculación precoz se encontró que la disfunción eréctil es más frecuente en casados, igual como se encontró en este presente estudio, con escolaridad de primaria, y con ocupación jubilados y con una religión católica <sup>45</sup> En este estudio encontramos que la eyaculación precoz se presento más frecuentemente en casados y con una religión católica lo que coincide con los resultados encontrados en dicho artículo, solo con diferencia de que la eyaculación precoz se presento más frecuente en escolaridad secundaria y en obreros.

En el estudio llamado perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz de Sánchez bravo y col, se encontró que la eyaculación precoz es la disfunción sexual más frecuente, que es causa de disfunción conyugal, se encontró que las disfunciones sexuales se presentan a la edad de 33.1 +- 5.20 y más frecuente en casados <sup>32</sup>En este protocolo se encontró que la eyaculación precoz no es causa de disfunción conyugal a diferencia de lo encontrado en este estudio, lo que si coincide es que la eyaculación precoz se presenta más frecuentemente en casados.

En otro estudio llamado disfunción sexual masculina y calidad de comunicación marital se observo un menor nivel de comunicación en el grupo con disfunciones sexuales <sup>46</sup> en este protocolo se encontró que los pacientes que tienen eyaculación precoz está afectada el dominio de la comunicación a diferencia de los pacientes con baja probabilidad de eyaculación precoz; ello indica que las parejas que tienen disfunción sexual mantienen una comunicación marital en términos generales pobre, lo que puede reflejar un deterioro global de la relación de pareja.

#### **XIV. CONCLUSIONES**

- 1.- La eyaculación precoz no fue causa de disfunción conyugal
- 2.- se encontró una incidencia de 4 pacientes con eyaculación precoz en un corte de 126 pacientes.
- 3.- El grado de disfunción conyugal más alterado fue la moderada sin relación con la eyaculación precoz, la eyaculación precoz se presentóa los 20- 39 años
- 4.- La función más alterada fue el área sexual.
- 5.- La eyaculación precoz fue más frecuente en casados, en obreros con escolaridad secundaria y en católicos
- 6.- Los marcadores bioquímicos como la glucosa, colesterol, triglicéridos no tuvieron relación con la eyaculación precoz.

## **XV. RECOMENDACIONES**

- 1.- Al médico familiar que aborde el área sexual de sus pacientes y su funcionalidad conyugal, recordando que la funcionalidad conyugal es un aspecto básico e importante en la vida de la pareja y para el buen funcionamiento familiar.
- 2.- Involucrar al equipo multidisciplinario sobre todo a psicología y terapeutas familiares para el apoyo de las disfunciones conyugales.
- 3.- A los directivos, el departamento clínico y departamento de enseñanza incluyan programas de terapia conyugal y familiar
- 4.- Continuando en esta línea de investigación detectamos problemas sexuales en los pacientes y su funcionalidad conyugal.

## **XVI. EQUIPO RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD**

El protocolo se realizó por la investigadora responsable Dra. RMF Campos Reyes Martha Susana, médico de posgrado interesado en obtener el Diploma de Titulación de Médico Familiar. Siendo capacitado y orientado por sus coordinadores. El presupuesto destinado a ésta investigación, será financiado por el médico autor de la tesis. Para éste estudio se utilizarán los siguientes recursos materiales:

Hojas de papel

Cuestionarios impresos de eyaculación precoz

Cuestionarios impresos de Disfunción Conyugal

Lápices

Gomas

Computadora Recursos Físicos:

Áreas de aula, biblioteca, auditorio y sala de espera de la UMF No. 80, en condiciones de privacidad.

## XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ceberio R., M. *Quién soy y de donde vengo?* Buenos Aires: 3 H 2002
- 2.- Chávez AV, Velazco R. Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal. Criterios Para su Evaluación. RevMed IMSS(Mex) 1994; 32:39-43
- 3.- Leñero L. Etapa constitutiva de la familia. En: La familia.México: Ed. Anuis, 1976:97-107
- 4.- Watzlawick P, Helmick BJ, Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación, En teoría de la comunicación humana. Barcelona: Ed. Herdert, 1981:49-72
- 5.- Medalie JH. Op. cit. Etapa pre y postmatrimonial temprana, p.155
- 6.- Chávez AV. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev Mex Med Fam 1989;3(2):47-67
7. - Smilkstein G. The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. Journal Family Practice 1978; 6:1231-1239
8. - Pless IB, Satterwhite B. A Measure of family functioning and its application. SocSci and Mex 1973;7:613-621
9. - Tseng WS, McDermott JF. Triaxial family classification. Journal of Child Psychiatry 1979 ;( 1):22-43
10. - Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device journal of marital and family therapy, 1983;9(2):171-180
- 11.- Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L y Col. Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. RevInvClin 1992;44:169-186

12.- Velazco OR, Chávez AV. Psicodinamia familiar, un reto diagnóstico terapéutico.  
En prensa

13. - Rodríguez E, Gea A, Gómez M, García J. Apgar questionnaire in the study of family function. *Ateneo de Medicina Familiar*. 1996; 17 (5): 338-341

14.- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Atención Primaria*. 1996; 18(6): 289-296

15.- Consenso Académico. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005; 7 (Supl 1): s15-s19

16.- Salazar E, Boschetti B, Monroy C, Ponce R, Irigoyen A. Disfunción Conyugal y su Relación con los Motivos de Consulta de los Pacientes Hiperutilizadores. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005; 7 (2): 45-48

17.- Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H y Pérez C . Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8 (1): 27-32

18.-Giuliano F, Hellstrom W. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *Journal compilation 2008 BJU International* 102, 668- 67

19.-Murillo G. Eyaculación Precoz. *MedIntMex*. 2010; 26(3): 250-258

20.-Cardona w. Definición actual y tratamiento de la eyaculación precoz andrología *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63 (1): 53-55

21. - Marcel D. Waldinger, et al. Evolution of the Understanding of Premature Ejaculation. *European Urology Supplements* (2007) 6:762-767

22. - Marcel D, Waldinger. Lifelong Premature Ejaculation: Current Debate on Definition and Treatment. Elsevier Ireland (2005) 2: 333-338
23. - Marcel D, Waldinger. Premature Ejaculation: Advantages of a new Classification for Understanding Etiology and Prevalence rates. ElsevierManson (2008) 17: 30-35
24. - Sunay D, Sunay M, Aydogmus Y, et al. Acupuncture versus paroxetine for the treatment of Premature Ejaculation. European Urology (2011) 59:765-771
25. - Marcel D. Waldinger, MD, PhD. Premature ejaculation: State of the Art. Elsevier Saunders (2007) 34: 591-599
26. - Can E, Selcuk M. Botulinum Toxic-A Injection maybe Beneficial in the treatment of lifelong premature ejaculation. Elsevier ltd (2010) 74: 83-84
27. - Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley E , et al. Guidelines on male sexual disfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation (2010) 57 : 804-814.
- 28.- Porst H, MontorsiF, Rosen R , Gaynor L , Grupe S, et al. La encuesta de actitudes (PEPA) y la prevalencia de la eyaculación precoz: prevalencia, comorbilidades y buscar ayuda profesional marzo 2007;Volumen 51, número 3, 585-872
- 29.-- Wespes E, Amar E, Eardleyl , Giuliano F, et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz EuropeanAssociation of Urology.2010: 832-834

- 30.- Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristeu D, Montersi F, Valdi Y, et al. On male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European association of urology February 20, 2010; Eururo-3367-3378
- 31.- Puentes Y, Bécquer C. Eyaculación precoz secundaria, resultados de un año de investigación 8 congreso virtual de psiquiatría febrero 2007; 2-3
- 32.- Sánchez C, Corres N, Cerreño J, Henales C. Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz salud mental 2010; 33: 237-242
- 33.- Wespes E , Amar E, Eardley I , Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Vardi Y. Disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz EurUrol 2002;41(1):1-5. EurUrol 2006; 49(5):806 15(*Actualización del texto: Marzo de 2009*)
- 34.- Kandeel FR, KoussaVK, Swerdloff RS. Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment. EndocrineReviews 2001;22:342-388.
- 35.- González C. Eyaculación precoz en la práctica del médico familiar Aten fam 2007; 14(1):9-11
- 36.- Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. Rev. IntAndrol. 2010; 8(1): 51-56
- 37.- Rosen R, Althof S. Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. J Sex Med 2008; 5:1296–307
- 38.- Symonds T, Perelman M, Althof S, Giuliano F, Martin M, Abraham L, Crossland A, Morris M, May K. Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool. Int J Impot Res. 2007 Sep-Oct;19(5):521-5.

39.- Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, Abraham L, Crossland A, Morris M. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. Eur Urol. 2007 Aug; 52(2): 565-73.

40. -Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). J Sex Med. 2007 Nov;4(6):1750-6.

41.-Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. UrolClin North Am. 2007 Nov;34(4):581-9

42.-MathersMJ, Schmitges J, Klotz T, Som into the F. Introduction into the diagnostics and treatment of premature ejaculation.DtschArzbel 2007; 104(50):A 3475-80

43.- VelazcoRV. Muestreo y tamaño de la muestra una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Ed. E- libro. Net 2002 Torreón Coahuila ISBN 987-9499-36-0.

44.- Cedres S, Vignali G, Pombo R, Dartayete G. Característicasclínicas de la eyaculación precoz y su repercusiónen el paciente y su pareja. Plenus centro médicosexológicoMontevideo Uruguay 2011; 4-5

45.-Moreno MC, Arrieta PR, Luna DC. Impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético. Archivos en medicina familiar vol.10 (2) 2008; 42-46

46.-Sánchez BC, Morales CF, Pimentel ND, CerreñoMJ, Guerra RG. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. PerinatalReprodHum 2002;16:16-25

# **A N E X O S**

**XVIII. ANEXOS**  
**ANEXO No.1**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

ACEPTO participar en el protocolo de estudio:

Nombre del estudio: EYACULACION PRECOZ Y FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_

Justificación y objetivo del estudio: Con este estudio se pretende RELACIONAR LA EYACULACION PRECOZ CON LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL

*Procedimientos:* Debo responder un cuestionario de PEDT que es para valorar la eyaculación precoz que consta 5 apartados que evalúa el control, la frecuencia la estimulación mínima la angustia y los problemas interpersonales; al igual mi pareja debe contestar el cuestionario del Dr. Chávez Aguilar para valorar la disfunción conyugal

*Posibles riesgos y molestias:* El estudio tiene riesgos mínimos para mí ya que si salgo con eyaculación precoz se me realizaran estudios bioquímicos, para mi pareja no tiene ningún tipo de riesgo.

*Posibles beneficios que recibirá al participaren el estudio:* Los beneficios que obtendré con este estudio es identificar si padezco de eyaculación precoz y si esta me esta ocasionando problemas en la disfuncionalidad conyugal si es así, seré referido con mi medico familiar para mi atención integral

*Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:* Se me otorgará información de los resultados al finalizar este protocolo y en caso de alguna alteración se me informará sobre las alternativas de tratamiento más actualizadas.

*Participación o retiro:* Mi participación y la de mi pareja son absolutamente voluntarias, por lo que puedo retirarme si así lo decido, sin que ello tenga ninguna implicación con respecto a mis derechos de atención.

*Privacidad y confidencialidad:* Se mantendrá el carácter confidencialidad de los datos personales y familiares, a los cuales sólo tendrá acceso el personal de salud vinculado con esta investigación.

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

Investigador Responsable: Dra. Martha Susana Campos Reyes (R2MF)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Martha Susana Campos Reyes  
Residente de medicina familiar  
Investigadora responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

**ANEXO No. 2**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF  
No. 80

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS.

No. DE FOLIO: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

No. De Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** Casados ( ) Unión libre ( )

**OCUPACIÓN:**campesino ( ) obrero ( ) profesionista ( )

**ESCOLARIDAD:** primaria ( ) secundaria ( ) preparatoria ( ) carrera técnica ( )  
Licenciatura: ( )

**RELIGION:**católica ( ) evangelista ( ) Testigo de Jehová ( ) otra ( )  
Ninguna ( )

### ANEXO No. 3

#### ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (CHÁVEZ-AGUILAR 1989)

	PONDERACION		
	Nunca	Ocasional	Siempre
I.- Función de Comunicación:			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II.- Función de adjudicación y asunción de roles			
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles en la pareja	0	2.5	5
III.- Función de satisfacción sexual			
a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
IV.- Función de afecto			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja en gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V.- Función de toma de decisiones			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

#### CALIFICACIÓN:

0 - 40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 - 70 PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71 - 100 PAREJA FUNCIONAL

## **ANEXO No. 4**

### **Herramienta de diagnóstico de eyaculación precoz (PEDT)**

Publicado el 03 de mayo 2011 por yuan adesukma, MD

Cuestionario PEDT es la herramienta más comúnmente para diagnosticar la eyaculación precoz. Esta herramienta fue desarrollada por Pfizer Inc. Es simple y en todo el mundo aprobado como un estándar para confirmar un diagnóstico de eyaculación precoz en un paciente.

Este cuestionario puede ayudar a identificar a los hombres que puedan tener un problema con la eyaculación precoz durante la actividad sexual

#### **Responda a las siguientes preguntas!**

#### **Q1. ¿Qué tan difícil es para usted retrasar la eyaculación?**

Resultado 0 -> No es difícil en absoluto

Resultado 1 -> Algo difícil

Resultado 2 -> Moderadamente Difícil

Resultado 3 -> Muy difícil

Resultado 4 -> Extremadamente Difícil

#### **Q2. ¿usted eyacula antes de que lo desee?**

Resultado 0 -> Casi nunca o nunca 0%

Resultado 1 -> Menos de la mitad del tiempo del 25%

Resultado 2 -> Cerca de la mitad del tiempo del 50%

Resultado 3 -> Más de la mitad de tiempo del 75%

Resultado 4 -> Casi siempre o siempre 100%

**Q3. ¿Usted eyacula con muy poca estimulación?**

Resultado 0 -> Casi nunca o nunca 0%

Resultado 1 -> Menos de la mitad del tiempo del 25%

Resultado 2 -> Cerca de la mitad del tiempo del 50%

Resultado 3 -> Más de la mitad de tiempo del 75%

Resultado 4 -> Casi siempre o siempre 100%

**Q4. ¿Se siente frustrado por eyacular antes de que desee?**

Resultado 0 -> No, en absoluto

Resultado 1 -> Muy poco

Resultado 2 -> Moderadamente

Resultado 3 -> Mucho

Resultado 4 -> Extremadamente

**Q5. ¿Qué tan preocupado está de que su tiempo de eyaculación deje a su pareja sexualmente insatisfecha?**

Resultado 0 -> No, en absoluto

Resultado 1 -> Muy poco

Resultado 2 -> Moderadamente

Resultado 3 -> Mucho

Resultado 4 -> Extremadamente

### **Interpretación clínica**

Las puntuaciones totales pueden ser interpretadas de la siguiente manera:

<b>Puntuación</b>	<b>Interpretación</b>
0-8	Una puntuación de 0 a 8 indica una baja probabilidad de la eyaculación precoz (EP).
9-10	Una puntuación de 9 o 10 indica un diagnóstico probable de la eyaculación precoz (EP).
11-20	Una puntuación de 11 a 20 indica un diagnóstico de eyaculación precoz (EP).

## ANEXO No. 5

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2012		2013-2014											
	Nov.	Dic.	Enero FEB 2013	MARZO- ABRIL 2013	MAYO- JUNIO 2013	JULIO- AGOST .2013	SEP- OCT 2013	NOV- DIC 2013	ENERO FEBRE R 2014	MARZO- ABRIL 2014	MAYO- JUNIO 2014	JULIO 2014	AGOST 2014	
Búsqueda de la información	X	X	X	X										
Construcción del marco teórico														
Aprobación por el comité local de investigación					X									
Selección de la población y tamaño de muestra						X	X							
Recolección de datos								X	X	X				
Análisis estadísticos de los datos											X	X		
Presentación de los resultados (tesis)													X	
Presentación de la tesis													X	X