

Impacto de la disfunción eréctil sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético

Impact of Erectile Dysfunction on the Conjugal Subsystem Functionality of the Patient with Type 2 Diabetes Mellitus

Moreno Morales MC, * Arrieta Pérez R, ** Luna Domínguez C.***

* Médico Residente de Tercer año en Medicina Familiar. ** Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto del Seguro Social (IMSS) México. *** Médico Familiar adscrito a la UMF. No. 94, IMSS. (México)

Correspondencia: Dra. Carmen Margarita Moreno Morales. E-mail: protocolomorales@yahoo.com.mx

Recibido: Aceptado:

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la influencia de la disfunción eréctil (DE) sobre la funcionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético. **Diseño:** Estudio observacional, analítico y transversal. **Material y métodos:** El estudio se realizó de junio a octubre del 2005. Incluyó a 219 hombres de 30 a 88 años de edad, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de más de 5 años de evolución. Se aplicó el cuestionario del índice internacional de función eréctil (IIEF-5), según la puntuación obtenida los participantes fueron clasificados sin y con disfunción eréctil (leve, moderada y severa). Para la valoración del funcionamiento del subsistema conyugal, se aplicó el instrumento de evaluación del Subsistema Conyugal propuesto por Chávez Aguilar. Para el análisis estadístico se utilizó las pruebas de Kruskal-Wallis y *U* de Mann Whitney. **Resultados:** De los 219 pacientes estudiados se encontró una prevalencia general de disfunción eréctil de 86.3% con mayor incidencia de la forma leve (35.6%). Al comparar las diferencias entre los grupos con y sin DE, con base en su funcionamiento conyugal observamos una mayor frecuencia de disfunción en los pacientes portadores de DE y un predominio de la disfunción conyugal moderada en ambos grupos (*p* = 0.005). **Conclusiones:** Este estudio demuestra la existencia de asociación entre el grado de DE y la disfunción de subsistema conyugal. Se encontró que a mayor grado de DE mayor afectación en cualquier área de la funcionalidad conyugal.

Palabras clave: Diabetes mellitus, Disfunción eréctil, Disfunción conyugal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of Erectile dysfunction (ED) on the marital subsystem functionality of the patient with type 2 diabetes mellitus. **Design:** Observational, analytical, and cross-sectional study. **Material and Methods:** This study was carried out from June to October, 2005. It included 219 males aged 30–88 years, with a diagnosis of type 2 diabetes mellitus of >5 years of evolution. We applied the International Index of Erectile Dysfunction (IIEF-5) questionnaire and according to the score obtained, these study participants were classified as without and with erectile dysfunction (slight, moderate, and severe). For valuation of conjugal subsystem operation functionality, we employed the Conjugal Subsystem evaluation instrument proposed by Chavez-Aguilar. For the statistical analysis the test of We utilized the Kruskal-Wallis and the Mann-Whitney *U* tests for statistical analysis. **Results:** Among the 219 patients studied, there was a general ED prevalence of 86.3%, with a greater incidence of slight ED (35.6%). When comparing differences among the groups with and without ED based on conjugal operation functionality, we observed a higher frequency in patients with ED, and moderate conjugal dysfunction prevalence in both groups (*p* = 0.005). **Conclusions:** This study demonstrates the association that exists between degree of ED and conjugal subsystem dysfunction. We found that the greater the degree of ED, the greater affectation of any area of conjugal functionality.

Key words: Diabetes mellitus, Erectile dysfunction, Married dysfunction.

Introducción

La Disfunción Eréctil (DE); se define como la incapacidad para obtener y mantener una erección el tiempo necesario con la suficiente rigidez que permita una penetración sexual para conseguir un coito satisfactorio hasta el orgasmo y la eyaculación, como mínimo en el 50% de las relaciones sexuales durante un periodo de tres meses^{1,2}. Por su etiología se clasifica en: psicógena, orgánica y mixta³. En 1995, había más de 152 millones de hombres a nivel mundial que habían experimentado disfunción eréctil (DE). Para 2025, se calcula que habrán 322 millones de hombres con DE. Esto representa un aumento de casi 170 millones secundario al incremento de la expectativa de vida⁴.

En México la prevalencia general fue de 55% entre los 40 y 70 años de edad, con mayor incidencia de la forma leve; el cáncer de próstata y la diabetes mellitus presentaron las prevalencias más altas⁵. La Diabetes Mellitus, constituye la causa

orgánica más frecuente de la DE, aproximadamente el 50% a 76% de los diabéticos la desarrollan en el curso de su enfermedad^{6,7}. A pesar de no ser una patología grave en cuanto a que la salud del paciente no se ve comprometida, sí produce un profundo trastorno a quien la padece y afecta directamente al núcleo de la pareja, entorno familiar, laboral y social. Por tanto la trascendencia es muy amplia y su impacto requiere de un gran esfuerzo por parte de los profesionales para su diagnóstico y tratamiento. Además de las múltiples etiologías que producen alteraciones en la erección siempre hay que tener en cuenta un factor puramente fisiológico que se asocia directamente con la edad⁷.

En este trabajo se describe la frecuencia de disfunción eréctil en los pacientes diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto del Seguro Social (IMSS) México a través del cuestionario del índice internacional de función eréctil (IIEF-5)⁸, se compara la funcionalidad conyugal a través del instrumento de evaluación del Subsistema Conyugal propuesto por Chávez⁹, entre los pacientes con y sin disfunción eréctil.

Material y Métodos

Se realizó un estudio analítico, transversal, observacional y ambilectivo en la UMF 94 del IMSS, durante los meses de Junio a Octubre del 2005. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia incluyendo a 219 derechohabientes, que acudieron a consulta externa, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de más de cinco años de evolución, entre 30 y 88 años de edad, se revisaron los expedientes de dichos pacientes con la finalidad de corroborar el tiempo de evolución y la fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus se verificó si estaba o no asociada a otra patología. Posterior a la firma del consentimiento informado se les entregaron a los derechohabientes dos cuestionarios: 1. *Índice Internacional de Función eréctil (IIEF-5) para evaluar la función eréctil el cual consta de 5 preguntas con 6 respuestas cada una, de acuerdo a las respuestas se procederá a clasificar de acuerdo a la puntuación obtenida, de los ítems de 6 a 10 puntos DE severa, de 11 a 16 DE moderada, de 17 a 25 DE leve y de 26 a 30 sin DE* 2. *La evaluación del Subsistema Conyugal propuesta por Chávez⁹, para la valoración del funcionamiento del subsistema conyugal, el cual consta de cinco preguntas, con puntuaciones: entre 71 y 100 pareja funcional, de 41 a 70 parejas moderadamente disfuncional y menos de 40 puntos pareja severamente disfuncional. Según la puntuación obtenida de esta encuesta los pacientes fueron clasificados con o sin disfunción conyugal y posteriormente se relacionó con la presencia o no de DE.*

Una vez completa la muestra se realizó el vaciado de resultados en una base de datos para realizar el análisis estadístico con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12. Para la estadística inferencial se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

Resultados

La muestra incluyó un total de 219 participantes, los cuales en promedio tuvieron 12.38 ± 7.32 años de ser portadores de diabetes mellitus con un intervalo de 5 a 43 años. En los datos obtenidos con relación a sus características sociodemográficas destacan: para edad un rango de 32 a 88 años, con una media de 62.99 ± 11.63 años; estado civil casados 215 (98.2%); escolaridad primaria con 150 (68.5%); ocupación 155(70.8%) eran jubilados; y religión católica en 204 (93.2%). (**Cuadro 1**) En cuanto a las variables de estudio, la frecuencia observada de disfunción eréctil en la muestra fue de 86.3% (189 casos); los cuales se distribuyeron de acuerdo con el grado de disfunción en 35.6% (78 casos) leve, 27.4% (60 casos) moderada y 23.3% (51 casos) severa. (**Cuadro 2**) Para la funcionalidad conyugal el 47.4% (104 casos) fueron considerados funcionales, el 41% (90 casos) tuvieron algún grado de disfunción conyugal y sólo el 11.4% (25 casos) no se reportó disfunción eréctil ni conyugal. Con relación al grado de funcionalidad conyugal en los pacientes sin disfunción eréctil: 11.41% (25 casos) tuvieron un buen funcionamiento conyugal, 1.36% (3 casos) disfunción conyugal moderada y 0.91% (2 casos) disfunción severa.

En los que presentaron algún grado de disfunción eréctil: 47.48% (104 casos) tuvieron un buen funcionamiento conyugal, 24.2% (53 casos) disfunción conyugal moderada y 14.61% (32 casos) disfunción severa. Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa al comparar el grado de funcionalidad conyugal de acuerdo al grado de disfunción eréctil ($p<0.001$). La función más afectada en el subsistema conyugal, en los pacientes sin disfunción eréctil, de acuerdo al instrumento fue la de afecto con 11 casos (5%) mientras que la toma de decisiones fue categorizada como inadecuada en la menor proporción 3 casos (1.4%). En los pacientes con disfunción eréctil la función más afectada fue la de satisfacción sexual con 38 casos (17.4%) mientras que la menos afectada fue la toma de decisiones con 6 casos (2.7%) (**Cuadro 3**). Con respecto al resto de las funciones analizadas, la comparación entre los pacientes con y sin disfunción eréctil mostró los siguientes datos: La comunicación fue adecuada en el 73.3% (22 casos) de los pacientes sin disfunción eréctil y en 44.98 % de los casos de disfunción eréctil.

El área de adjudicación y asunción de roles fue adecuada en 70% de los pacientes sin DE (21 casos) y en 43.3 % de los portadores de DE (82 casos). El área de satisfacción sexual fue adecuada en 76.7% (23 casos) de los pacientes sin DE y en 34.7% (53 casos) del grupo con disfunción eréctil. El área de afecto fue adecuada en 19 (63.3%) de los pacientes sin DE y en 124 (65.6%) de los casos con disfunción eréctil; 68 (87.2%) con DE leve y 34 (56.7%) con DE moderada e inadecuada en 29 (56.9%) con DE severa. El área de toma de decisiones fue adecuada en 27 (90%) de los pacientes sin DE y en 124 (65.6%) casos con disfunción eréctil. Se encontró que mayor grado de DE mayor afectación de cualquier área de la funcionalidad conyugal. (**Cuadro 4**). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$) de acuerdo al grado de disfunción eréctil y disfunción conyugal en sus cinco funciones (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones).

Cuadro I. Variables sociodemográficas de los sujetos estudiados.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD POR RANGOS		
30-39	11	5.0
40-49	17	7.8
50-59	60	27.4
60-69	63	28.8
70-79	60	27.4
80 a +	8	3.7
TOTAL	219	100.0
ESTADO CIVIL		
CASADO	215	98.2
UNION LIBRE	4	1.8
TOTAL	219	100.0
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	150	68.5
SECUNDARIA	40	18.3
PREPARATORIA	14	6.4
CARRERA TECNICA	3	1.4
LICENCIATURA	12	5.5
TOTAL	219	100.0
OCCUPACION		
CAMPESINO	3	1.4
OBRERO	41	18.7
PROFESIONISTA	20	9.1
JUBILADO	155	70.8
TOTAL	219	100.0
RELIGION		
CATOLICA	204	93.2
EVANGELICA	5	2.3
TESTIGOS DE JEHOMA	2	0.9
OTRA	6	2.7
NINGUNA	2	0.9
TOTAL	219	100.0

FUENTE: Estudio de disfunción eréctil de la UMF #94 2005.

Cuadro II Grados de disfunción eréctil en los pacientes.

		Funcional		Moderadamente disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Disfunción Eréctil	Sin	25	11.4	3	1.4	2	0.9	30	13.7
	Leve	63	28.7	14	6.4	1	0.45	78	35.6
	Moderada	30	13.7	18	8.2	12	5.5	60	27.4
	Severa	11	5	21	9.6	19	8.6	51	23.3

Cuadro III. Distribución de funciones conyugales alteradas de acuerdo a la de disfunción eréctil.

	Comunicación INADECUADA No. (%)	Adjudicación y Asunción de roles INADECUADA No. (%)	Satisfacción sexual INADECUADA No. (%)	Afecto INADECUADA No. (%)	Toma de decisiones INADECUADA No. (%)
Sin disfunción	8 (3.6)	9 (4.1)	7 (3.2)	11 (5)	3 (1.4)
Disfunción leve	22 (10)	32 (14.6)	38 (17.4)	10 (4.6)	6 (2.7)
Disfunción moderada	39 (17.8)	35 (16)	49 (22.4)	26 (11.9)	28 (12.8)
Disfunción severa	43 (19.6)	40 (18.3)	49 (22.4)	29 (13.2)	31 (14.1)

FUENTE: Estudio de disfunción eréctil de la UMF #94 2005. (p<0.000)

Cuadro IV. Distribución de funciones conyugales alteradas de acuerdo a la disfunción eréctil.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL	FUNCIONES DEL SUBSISTEMA									
	COMUNICACIÓN		Adjudicación y Asunción de roles		SATISFACCIÓN SEXUAL		AFECTO		TOMA DE DESICIONES	
	ADECUADA No.	INADECUADA No. (%)	ADECUADA No.	INADECUADA No. (%)	ADECUADA No.	INADECUADA No. (%)	ADECUADA No.	INADECUADA No. (%)	ADECUADA No.	INADECUADA No. (%)
Sin disfunción N=30	22 (73.3)	8 (26.7)	21 (70)	9 (30)	23 (76.7)	7 (23.3)	19 (63.3)	11 (36.7)	27 (90)	3 (10)
Disfunción leve N=78	56 (71.8)	22 (28.2)	46 (59)	32 (41)	40 (51.3)	38 (48.7)	68 (87.2)	10 (12.8)	72 (92.3)	6 (7.7)
Disfunción moderada N=60	21 (35)	39 (65)	25 (41.7)	35 (58.3)	11 (18.3)	49 (81.7)	34 (56.7)	26 (43.3)	32 (53.3)	28 (46.7)
Disfunción severa N=51	8 (15.7)	43 (84.3)	11 (21.6)	40 (78.4)	2 (3.9)	49 (96.1)	22 (43.1)	9 (56.9)	20 (39.2)	31 (60.8)

FUENTE: Estudio de disfunción eréctil de la UMF #94 2005. (p<0.000)

Discusión

La media de edad de los participantes en el estudio es coincidente con el estudio de Massachussets (MMAS) Massachussets Male Aging Study, y el *Informe Kinsey* (1948, Philadelphia)^{3,4}. La amplitud del rango en este rubro nos sugiere un incremento en la frecuencia de diabetes mellitus y de las complicaciones de la misma en sujetos jóvenes. La variabilidad de presentación en las diferentes edades, coincide con lo referido por Urgante⁵, de manera semejante en esta investigación la DE moderada se observó en la cuarta a sexta década de la vida, teniendo un nuevo repunte a la octava década en la que se observa una mayor frecuencia sobre todo en la severa, ello muy probablemente aunado a los cambios inherentes a la edad, la evolución propia de la diabetes mellitus, y a que los participantes mostraron cifras de glucemia alterada en mas de la mitad de ellos, hecho que se observó como hallazgo del trabajo.

Al analizar la relación entre el tiempo de evolución de la diabetes mellitus y la frecuencia de disfunción eréctil observamos un claro incremento en la presentación de esta última conforme se incrementa el tiempo de evolución de la diabetes mellitus lo cual concuerda con lo reportado en la literatura al respecto. ($p < 0.000$)⁸. Los resultados de la investigación demuestran que en pacientes sin disfunción eréctil existe algún grado de disfunción conyugal, permitiéndonos verificar indudablemente que, conforme el grado de severidad de la disfunción eréctil es mayor, a la par se incrementa el grado de disfunción conyugal. Este resultado es totalmente esperado, si se parte de la idea de que la función sexual, no solamente como genitalidad, sino como complementariedad del individuo, es la base de la relación íntima de pareja. Llama la atención una alta frecuencia de alteración en la función de afecto percibido por los pacientes sin disfunción eréctil siendo muy similar a la frecuencia de afectación de este mismo indicador en los pacientes con disfunción eréctil lo cual indica que esta función se ve alterada en el paciente diabético independientemente de la existencia o no de disfunción eréctil. En ambos grupos la función menos afectada fue la toma de decisiones lo que interpretamos como resultado del factor cultural que impera en nuestros pacientes.

Conclusiones

El estudio permitió establecer que existe una alta frecuencia de disfunción eréctil en el paciente diabético tipo 2 atendido en la UMF.94 con predominio del grado leve. Se logró la identificación de la disfunción conyugal, teniendo en su mayoría a la categoría de moderada. La presentación de la disfunción eréctil leve, al igual que la moderada se dio en mayor porcentaje en la categoría de funcionalidad conyugal. Y la DE severa se observó en disfunción conyugal moderada. Las funciones más afectadas en la relación conyugal fueron el afecto y la satisfacción sexual. Se estableció que la disfunción eréctil influye para la presentación de la disfunción conyugal y ésta intervención se da a la par del incremento de grado de severidad de la primera.

Referencias

1. Romero MJ, Licea PM. Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol 2000; 11 (2):105-20. Disponible en URL: <http://www.medicus.abc.com.mx>
2. Davison G, Neale J. Psicología de la conducta anormal. 2nd. ed. México: Limusa; 2000.
3. Bobes J, Dexheus S, Gibert J. Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz Santos; 2000: 17-20, 64-83.
4. Consensus Development Panel on Impotence of the national Institute of Health (NIH). Consensus Conference of NIH: Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
5. Urgarte RF, Barroso AJ. Prevalencia de la disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. Rev Mex Urol 2001; 61 (2): 63-76.
6. La disfunción eréctil: ¿Cómo tratarla? Disponible en URL: <http://www.siquierespuedes.com/>
7. Guía de Diabetes para la atención primaria: abordaje familiar. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y comunitaria (SAMFyC).2000. Disponible en URL: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/guia1.htm>
8. Rosen RC, Riley A, Waner G, Osterloh IT, Hirkpatrick J, Mishra A. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the international index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction international. Journal of Impotence Research. Urology 1999; 11: 319-326.
9. Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. Rev. Med. IMSS (Mex.). 1994;32:39-43