



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**



**ESCUELA DE POSTGRADO**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**DISFUNCION ERECTIL: PREVALENCIA, FACTORES  
DE RIESGO Y ACTITUDES EN LA PROVINCIA DE  
CHICLAYO 2017.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTOR**

**Mg. LUIS FELIPE PÉREZ MEDINA**

**ASESOR**

**Dr. NESTOR RODRÍGUEZ ALAYO**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2018**

**DISFUNCION ERECTIL: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y  
ACTITUDES EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2017.**

---

**Mg Luis Felipe Pérez Medina**

---

**Dr. Néstor Rodríguez Alayo**

**Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo  
para optar el Grado de: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**APROBADO POR:**

---

**Dra. Blanca Santos Falla Aldana**  
**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**Dr. Víctor Soto Cáceres**  
**SECRETARIO DEL JURADO**

---

**Dra. Tania Roberta Muro Carrasco**  
**VOCAL DEL JURADO**

## **DEDICATORIA**

*Dedico esta investigación a toda mi familia,  
En especial a mi esposa Yovanna y a mis queridos hijos  
Ariana y Ángel, el esfuerzo de realizar esta  
Investigación es por todos ellos.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Al Dr. Giovanni Giussepi Meneses Flores quien estuvo inicialmente apoyando la presente investigación.*

*A los Miembros del Jurado por sus valiosos aportes en esta investigación.*

*A mis amigos Mg. Laura Otero Piedra y Dr. Eduardo Sánchez Delgado que con su importante participación han contribuido a la ejecución del estudio.*

*A los Médicos Residentes de Urología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo por su colaboración.*

## **RESUMEN**

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de Disfunción Eréctil (DE), valorar la DE según dominios del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-15), analizar los factores de riesgo de DE y ponderar las actitudes frente a la DE en varones de la provincia de Chiclayo.

**Métodos:** La investigación es de tipo observacional y transversal. Se utilizó una Ficha de recolección de datos con preguntas cerradas especialmente diseñadas y validadas por expertos. La técnica fue la entrevista de pacientes ambulatorios que acudían a los principales establecimientos de salud de la provincia de Chiclayo. Primero recoge información general y factores de riesgo luego se aplica el IIEF-15, con sus dominios: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global; finalmente se pondera las actitudes frente a la DE.

**Resultados:** La prevalencia de DE en la provincia de Chiclayo 2017 es de 46,4%; en tanto la DE sea grave, moderada, leve es 0,7 %; 6,2% y 39,5% respectivamente. Los dominios del IIEF-15 tienen asociación estadística con el dominio función eréctil. Los principales factores de riesgo para DE son la edad mayor de 60 años y diabetes mellitus; seguidos del antecedente de infarto agudo del miocardio, HTA, obesidad, afección prostática, no realizar actividad física e ingesta de alcohol. La actitud buena frente a la DE es la más frecuente en el 52.7% de pacientes y la más infrecuente es actitud mala en el 0.5%.

**Palabras clave:** Disfunción eréctil; factores de riesgo; prevalencia; actitudes.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To determine the prevalence of Erectile Dysfunction (ED), to assess ED according to the domains of the International Index of Erectile Function (IIEF-15), to analyze the ED risk factors and to weigh the attitudes towards ED in men from the province of Chiclayo

**Methods:** The research is observational and transversal. A data collection card with closed questions specially designed and validated by experts was used. The technique was the interview of ambulatory patients who went to the main health facilities of the province of Chiclayo. First, it gathers general information and risk factors, then the IIEF-15 is applied, with its domains: erectile function, orgasmic function, sexual desire, satisfaction of the sexual act and global satisfaction; Finally, attitudes towards ED are pondered.

**Results:** The prevalence of ED in the province of Chiclayo 2017 is 46.4%; as long as the ED is severe, moderate, mild it is 0.7%; 6.2% and 39.5% respectively. The IIEF-15 domains have a statistical association with the erectile function domain. The main risk factors for ED are age over 60 years and diabetes mellitus; followed by a history of acute myocardial infarction, hypertension, obesity, prostatic disease, no physical activity and alcohol intake. The good attitude towards ED is the most frequent in 52.7% of patients and the most infrequent is poor attitude in 0.5%.

**Keywords:** Erectile dysfunction; risk factor's; prevalence attitudes

## **CONTENIDO:**

	<b>PAG</b>
I.-INTRODUCCIÓN	1
II.-ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO	7
III.-MARCO TEORICO	14
IV.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	27
V.-PRESENTACION DEL MODELO TEORICO	58
VI.-CONCLUSIONES	60
VII.-RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

## **I.-INTRODUCCION**

La definición y cuantificación de la Disfunción Eréctil (DE) varían de un estudio a otro que se sustenta en los comentarios de los pacientes en cuestionarios con escalas de puntuación predeterminadas; sin embargo la asociación con determinados factores de riesgo son similares. (1) “La prevalencia mundial supera las 100 millones de personas en todo el mundo y que por encima de los 40 años hasta un 50% de la población padece algún grado de disfunción eréctil, la cual aumenta con la edad. Para el 2015 se ha estimado la prevalencia en 322 millones de casos”. (2)

Existe literatura respecto al tema a nivel internacional, careciendo de evidencia científica a nivel nacional, regional y provincial en población general; se desconoce las actitudes frente al tema y aspectos relacionados como: orgasmo, satisfacción del acto sexual, satisfacción general, deseo sexual o libido.

Se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la prevalencia, factores de riesgo de DE y actitudes frente a la DE en la Provincia de Chiclayo 2017?

Los objetivos planteados son:

1. Determinar la prevalencia de Disfunción Eréctil según dominio función eréctil del IIEF-15 en la provincia de Chiclayo 2017.
2. Valorar la Disfunción Eréctil según dominios (función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual, satisfacción global) del IIEF-15 en la provincia de Chiclayo 2017.



3. Analizar los factores de riesgo de Disfunción Eréctil en la Provincia de Chiclayo 2017.
4. Valorar las actitudes frente a la Disfunción Eréctil en la Provincia de Chiclayo 2017.

Se justifica la presente investigación porque en la actualidad la población masculina se muestra más permeable de abordar temas como la disfunción eréctil, la cual puede ser manejada medicamente en la mayoría de casos. El aporte que brinda es conocer la prevalencia de Disfunción Eréctil, el real impacto de los factores de riesgo para nuestra realidad y obtener una aproximación de cómo actúa el varón chiclayano frente a la DE. Por tanto sirve para tener una visión integral del paciente para afrontar de mejor manera esta patología.

A Nivel Internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Martin-Morales, A en el 2001 en su estudio “ Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain (EDEM) se realizó en 2.476 varones españoles de 25 a 70 años entrevistados en su domicilio, encontrándose 18.9% de prevalencia basándose en el IIEF-5. (3)

Rosen, R el 2004 en su estudio “ The multinational Men’s Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES)” evaluó la Prevalencia de la disfunción eréctil y problemas de salud relacionados en la población general de ocho países (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, España, México y Brasil). La prevalencia global de Disfunción eréctil fue del 16% y varió según el país. (4)

Ansong, K en el 2000 en su estudio "Epidemiology of erectile dysfunction: a community-based study in rural New York State" determinó la prevalencia y los factores determinantes de la disfunción eréctil en una población rural. La prevalencia por edad fue del 26,0%, 34,9%, 46,9%, 57,8% y 69,4% entre los hombres 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-76 y años de edad, respectivamente. Hubo una relación estadísticamente significativa entre la edad, el nivel socioeconómico, estado de función eréctil y la salud ( $p < 0,001$ ). (5)

Braun, M en el 2000 en su estudio "Epidemiología de la disfunción eréctil: resultados de Ciudad de Colonia-Alemania" a través de un cuestionario validado se envió por correo electrónico a una muestra representativa de la población (8000 hombres) entre 30 a 80 años residentes en Colonia. La prevalencia de DE fue del 19,2%, la mayor asociación fue con la edad (2,3) y mayor prevalencia en aquello con hipertensión, diabetes, la cirugía pélvica y síntomas del tracto urinario bajo. (6)

Korneyev I en el 2016 en su estudio multicéntrico nacional basado en la población. "Prevalencia y factores de riesgo para la disfunción eréctil y los síntomas del tracto urinario en los hombres Rusia". Basándose en el dominio disfunción eréctil del IIEF-15 se encontró Disfunción eréctil en 530 hombres (48,9%). En relación LUTS estaban presente en 649 (59,9%). En modelo de regresión logística lo más asociado fue sintomatología de patología prostática, seguido por la hipertensión, edad, diabetes mellitus, la obesidad y cansancio. (7)

Abdulla A el 2014 en su estudio "Disfunción eréctil en Qatar: Prevalencia y factores de riesgo en 1.052 participantes - un estudio piloto" investigó la prevalencia Disfunción eréctil y factores de riesgo asociados. Se recogió su historia clínica y se aplicó IIEF-5. Disfunción Eréctil estuvo presente en 573 de 1.052 participantes (54,5%). Además de la edad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, cardiopatía adquirida y la dislipidemia se encontró que eran los factores de riesgo más importantes. (8)

Zavala G el 2009 en su estudio "Disfunción eréctil en población masculina mayor de 35 años en la ciudad de Siguatepeque-Honduras". En una población de 5,200 hombres se aplicó IIEF-5 a 371 hombres. La prevalencia de Disfunción Eréctil encontrada fue de 214(58%). Los hábitos tóxicos: hombres que en el pasado ingirieron bebidas alcohólicas y al momento de la entrevista consumían y tenían Disfunción Eréctil 104(49%) y 50(23%) respectivamente. Tabaquismo como antecedente de consumo y al momento de la entrevista presentaban Disfunción Eréctil, 96(45%) y 55(26%) respectivamente. (9)

Moreira J el 2001 en su estudio "Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the brazilian study of sexual behavior". En nueve ciudades de Brazil se encuestó 1286 hombres, la Disfunción Eréctil fue evaluada por un solo pregunta. El 46,2% reportó algún grado de Disfunción Eréctil (leve 31,5%, 12,1% moderada, severa 2,6%). (10)

Morillo L el 2002 en su estudio "Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSA)". En Colombia, Venezuela y Ecuador se llevó a cabo el estudio DENSA, investigación epidemiológica

descriptiva, transversal en la cual el objetivo fue estimar la prevalencia de la disfunción eréctil en 622 hombres en Colombia, 670 en Ecuador y 654 en Venezuela. Se aplicó IIEF -5 abreviado y un cuestionario de 49 ítems en un total de 1946 hombres mayores de 40 años. La prevalencia combinada ajustada por edad de la disfunción eréctil leve, moderada y severa para los tres países fue de 53,4 %. Las prevalencia de DE según grado leve, moderada y grave fue de 33.6%,16.2% y 3.6% respectivamente. La edad fue la variable más fuertemente ligada a la disfunción eréctil. Varias condiciones médicas, tales como la hipertensión, hiperplasia prostática benigna, diabetes y el uso de medicamentos para tratar estas condiciones se correlacionaron con la prevalencia de la disfunción eréctil. (11)

Venegas J el 2007 en “Prevalencia de Disfunción eréctil en Chile”. Investigó en 1.447 hombres con edades fluctuantes entre 40 y 92 años: el 83,5% refieren estar sexualmente activos: la Disfunción eréctil se presenta en 51,5% de la población estudiada. (12)

También se encuentra estudios de prevalencia en grupos focalizados de riesgo:

Sasaki, H el 2005 en su estudio” Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Japanese diabetics”. En un total de 1118 pacientes entre 40 a 79 años completaron (IIEF-5) y cuestiones relacionadas. La prevalencia resulto en 90%, una tasa doble de la de los no diabéticos. (13)

Cuéllar de León A en el 2011 en su estudio “Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial”. En un total de 512 hipertensos aplico IIEF-5 y de

sus historias clínicas se extrajeron factores de riesgo, 5 fueron pérdidas por datos incompletos .La prevalencia fue del 46,5%. (14)

Cruz M el 2013 en su estudio “Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva” .El IIEF -5 fue aplicado a 120 hombres con edades 21 a 50 años. Cincuenta y cinco por ciento (55%) de los pacientes tenían la disfunción eréctil. Los pacientes con un control metabólico inadecuado tuvieron una mayor riesgo de tener esta condición (odds ratio 5,5; 95% de confianza). (15)

Mio, F el 2003 en su estudio “Prevalencia y factores de riesgo de disfunción eréctil en diabéticos del Hospital Alberto Sabogal 2003”. Incluyo 100 diabéticos tipo 2 con actividad sexual en últimos 6 meses, excluyéndose otras causas de Disfunción Eréctil. Se aplicó (IIEF-5) y la prevalencia de Disfunción Eréctil fue del 70%. (16)

Soto, V el 2009 en su estudio “Prevalencia de Disfunción eréctil en Adultos mayores de Organizaciones sociales de base y principales Hospitales de la región Lambayeque setiembre 2009 “el cual es un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se aplicó el índice de función eréctil (IIEF-5) .Los resultados de la prevalencia de disfunción eréctil fue de 70.1% en general: 41.1% correspondió a disfunción eréctil leve, 20.1% leve a moderada, 6.7% moderada y 2.2% severa. Existe asociación significativa entre Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Problemas Prostáticos con la disfunción eréctil ( $p<0.05$ ). Además se observó que un 24.2% de los que tienen disfunción habían usado medicamentos específicos tipo sildenafil. (17)

## II.-ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

**2.1.- Ubicación:** El objeto de estudio lo constituye los pacientes con Diagnóstico de Disfunción eréctil por IIEF-15 residentes en la provincia de Chiclayo. La estrategia fue entrevistar a pacientes ambulatorios (mayores de 35 años) que acudían a los principales establecimientos de salud durante setiembre-octubre 2017; en consulta de Medicina General y de Especialidades que accedían a colaborar previo consentimiento informado (ANEXO3); se aplicaba el instrumento de recolección de datos (ANEXO 2) en el establecimiento de salud correspondiente. Se priorizó los establecimientos de salud del MINSA 70%, 25 % (Essalud) y 5% centros privados. La muestra se estableció en 800.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- $N$  = Total de la población = 147855
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%)
- $p$  = proporción esperada que se utilizara la del estudio DENSA de 53.4% (0.534)
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.534 = 0.466$ )
- $d$  = precisión de 5% (0,05)

Reemplazando:

$$n = 147855 \times (1.96)(1.96)(0.534)(0.466) / (0.05)(0.05)(147855 - 1) + (1.96)(1.96)(0.534)(0.466)$$

$$n = 398.961585$$

$n = 399$  Con la finalidad de prever cualquier contingencia durante la ejecución se dio un sesgo de atrición del 20% por tanto la muestra fue de: 479 y con la intención de tener muestra representativa de cada distrito se duplicó la muestra en 800.

Se consideró los siguientes criterios para delimitar la muestra:

a) Criterios de Inclusión: Paciente varones mayores o igual de 35 años residentes de la provincia de Chiclayo que acceda a colaborar previo consentimiento informado.

b) Criterios de Exclusión: Paciente varones menores de 35 años residentes de la provincia de Chiclayo con alguna discapacidad cognitiva o motora.

c) Criterio de Eliminación: Paciente varones mayores o igual a 35 años residentes en la provincia de Chiclayo que no proporcionen información completa o dudosa y con opción sexual homosexual.

CANTIDAD DE PACIENTES DE SEGUROS PRIVADOS A INCLUIR EN MUESTRA			
Población	Establecimiento Privado	Lugar de ejecución	Cantidad
Población coberturada por aseguradoras que no cuentan con adscripción (Essalud o MINSA).	Centro Privado SERVIMEDICOS -AUNA	Consultorio Especialidades	40

CANTIDAD DE PACIENTES ASEGURADOS A INCLUIR EN MUESTRA SEGUN ESTABLECIMIENTO ESSALUD			
Población	Establecimiento Essalud	Lugar de ejecución	Cantidad
Referidos al HAAA de Toda Provincia Chiclayo	Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo	Consultorio Especialidades	100
Referidos al Policlínico Chiclayo Oeste De Provincia de Chiclayo	Policlínico Chiclayo Oeste	Consultorio Medicina General	50
Adscrito CS José Leonardo Ortiz-Essalud	CS José Leonardo Ortiz	Consultorio Medicina General	30
Adscrito CS La Victoria Essalud	CS La Victoria	Consultorio Medicina General	20
TOTAL			200

CANTIDAD DE PACIENTES DEL MINSA A INCLUIR EN MUESTRA SEGÚN ESTABLECIMIENTO MINSA			
Distritos de la provincia de Chiclayo	Establecimiento salud	Lugar de ejecución	Cantidad
Chiclayo	Hospital Regional Docente Las Mercedes	Consultorio Especialidades Clínicas	100
	CS San Antonio	Consultorio Medicina General	50
	CS José Olaya	Consultorio Medicina General	50
José Leonardo Ortiz	C.S José Leonardo Ortiz	Consultorio Medicina General	60
	CS Atusparias	Consultorio Medicina General	40
La Victoria	CS La Victoria Sector I	Consultorio Medicina General	50
Chongoyape	CS Chongoyape	Consultorio Medicina General	15
Eten	CS Ciudad Eten	Consultorio Medicina General	10
Eten Puerto	CS Puerto Eten	Consultorio Medicina General	5
Lagunas	CS Mocupe Viejo	Consultorio Medicina General	10
Monsefu	CS Monsefu	Consultorio Medicina General	20
Nueva Arica	CS Nueva Arica	Consultorio Medicina General	4
Oyotun	CS Oyotun	Consultorio Medicina General	10
Picsi	CS Picsi	Consultorio Medicina General	10
Pimentel	CS Pimentel	Consultorio Medicina General	20
Reque	CS Reque	Consultorio Medicina General	10
Santa Rosa	CS Santa Rosa	Consultorio Medicina General	8
Saña	CS Saña	Consultorio Medicina General	10
Cayalti	PS Cayalti	Consultorio Medicina General	15
Patapo	CS Posope Alto	Consultorio Medicina General	15
Pomalca	P.S Pomalca	Consultorio Medicina General	18
Pucala	P.S Pucala	Consultorio Medicina General	10
Tuman	P.S Tuman	Consultorio Medicina General	20
TOTAL			560



**2.2.-** Cómo surge el problema: En la práctica asistencial urológica local el problema de alteración en función eréctil existe sin ser necesariamente el principal motivo de consulta, casi siempre callado por vergüenza del paciente o evaluación incompleta del facultativo y no se diagnostica en su real dimensión. Recién cuando la Disfunción Eréctil altera de manera importante su esfera sexual es motivo de consulta. Por lo expuesto se planteó conocer en detalle la magnitud de esta nosología en la provincia de Chiclayo.

**2.3.-** Cómo se manifiesta y qué características tiene: El número creciente de pacientes preocupados por la disminución de su deseo sexual, asociado o no a la Disfunción eréctil y la creciente demanda social que acuden por este motivo obligan al médico especialista a la búsqueda de causas e inicio de tratamiento vigentes de la Disfunción Eréctil.

**2.4.-** Metodología: La investigación según el propósito del estudio es observacional y según el número de mediciones es transversal. Se utilizó un Instrumento de recolección de datos consta de tres cuestionarios con preguntas cerradas especialmente diseñados y validados para facilitar el registro de la información, análisis e interpretación de los datos. La técnica que se utilizó fue la entrevista. Al término se verificó el llenado completo del instrumento además de verificación de información general y factores de riesgo en historia clínica.

- La primera parte del Instrumento es un cuestionario recogió información general y factores de riesgo para DE enmarcadas en variables dicotómicas a excepción de la edad ; de lo que referían los varones y verificación en registros de historia clínica algunos valores de peso y talla se recogieron al momento de la entrevista con una balanza y tallímetro portátil.

- La segunda parte del Instrumento es el más importante (IIEF-15) que recoge 5 campos relativos a la función sexual del varón: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global. La validación nacional del IIEF-15 está validado en nuestro país en “Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función eréctil en pacientes con disfunción eréctil en Perú”. Se encontró un alto grado de consistencia interna con un  $\alpha$ -Cronbach  $>0,8$  en los cinco dominios. Por tanto el IIFE validado culturalmente en el Perú es un instrumento válido y confiable para su uso a nivel local en el campo clínico y de investigación. (18) (ANEXO 1)
- En la ponderación de los cinco dominios se precisa cada pregunta tiene un puntaje máximo de 5 puntos, a continuación se detalla cómo se ha trabajado metodológicamente esta ponderación:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADORES	INTERVALOS DE PONDERACION
<b>DISFUNCION ERECTIL</b>	<b>FUNCION ERECTIL</b>	Pregunta 1-5	SRS: no tengo relaciones sexuales N: nunca o casi nunca PV: pocas veces(menos de la mitad de las veces) AV: algunas veces(más o menos la mitad de las veces) MV: la mayoría de las veces( más de la mitad de las veces) CS: casi siempre o siempre.	6- 10:DE grave 11-16:DE moderada 17-25: DE leve 26-30:ausencia DE
		Pregunta 15	MB: muy bajo B: bajo M:moderado A:alto MA: muy alto	
	<b>FUNCION ORGÁSMICA</b>	Pregunta 9	SRS: no tengo relaciones sexuales N: nunca o casi nunca PV: pocas veces(menos de la mitad de las veces) AV: algunas veces(más o menos la mitad de las veces) MV: la mayoría de las veces( más de la mitad de las veces) CS: casi siempre o siempre	1-2:Nunca 3-4:Pocas veces 5-6:Algunas veces 7-8:Mayoria veces 9-10:Casi siempre
		Pregunta 10		

	<b>DESEO SEXUAL</b>	Pregunta 11	SRS: no tengo relaciones sexuales N: nunca o casi nunca PV: pocas veces(menos de la mitad de las veces) AV: algunas veces(más o menos la mitad de las veces) MV: la mayoría de las veces( más de la mitad de las veces) CS: casi siempre o siempre	1-2:Muy Bajo 3-4:Bajo 5-6:Moderado 7-8:Alto 9-10:Muy alto
		Pregunta12	MB: muy bajo B: bajo M:moderado A:alto MA: muy alto	
	<b>SATISFACCIÓN DEL ACTO SEXUAL</b>	Pregunta 6	SRS 1-2 3-4 5-6 7-10 11 a mas	0-3: nunca 4-6: pocas veces 7-9:algunas veces 10-12:mayoría de las veces 13-15:casi siempre
		Pregunta7	SRS: no tengo relaciones sexuales N: nunca o casi nunca PV: pocas veces(menos de la mitad de las veces) AV: algunas veces(más o menos la mitad de las veces) MV: la mayoría de las veces( más de la mitad de las veces) CS: casi siempre o siempre.	
		Pregunta 8	SRS: sin relaciones sexuales SP: sin placer CSP: casi sin placer MP: moderadamente placentero MMP: muy placentero EP: extremadamente placentero	
	<b>SATISFACCION GLOBAL</b>	Pregunta13	MMM: muy descontento MM: moderadamente descontento SD: satisfecho y descontento a la vez MS: moderadamente satisfecho MMS: muy satisfecho	1-2:Muy Descontento 3-4: moderadamente descontento 5-6:satisfecho y descontento a la vez 7-8: Moderadamente satisfecho 9-10: Extremadamente placentero
		Pregunta14	MP: muy bajo B: Bajo M: moderado A: alto MA: muy alto	

- La tercera parte del instrumento (Cuestionario de actitudes con metodología Likert que valora la actitud frente a la Disfunción Eréctil validado por expertos con método estadístico de V de Aiken) y solo se aplicó aquellos con (puntaje dominio de función eréctil del IIEF-15  $\leq 25$ ). Se pidió que indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo con una serie de afirmaciones que abarcan el espectro de la actitud en escala de 5 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 5 total acuerdo. Se sumaron todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total y se analizó según (ANEXO 3)
  
- Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS for Windows, versión 22.0 de prueba, presentándose la información a través de tablas de frecuencia, prevalencia, asociación de chi cuadrado (valor de  $P < 0.05$ ) es considerado significativo en las comparaciones respectivas) y Odds ratio. El Odds Ratio (OR) corresponde a un cociente entre dos odds, siendo un odds una forma alternativa de expresar la posibilidad de ocurrencia de un evento de interés o de presencia de una exposición. Los OR pueden ser calculados en diseños prospectivos, retrospectivos y transversales, y bajo ciertas condiciones pueden reemplazar al Riesgo Relativo. (19)

### **III.-MARCO TEORICO**

La definición actual de la sexualidad masculina, exige considerar diversas áreas: el de la libido, el de la erección, el de la eyaculación, el del orgasmo y el de la valoración global de la vida sexual con este fin se desarrolló y valido el IIEF-15 que permitiera valorar estos aspectos de la respuesta sexual masculina. El deseo sexual es una emoción, un impulso, una fuerza que nos mueve al encuentro íntimo con otras personas. Nos motiva a relacionarnos, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a disfrutar y pasarla bien, a sentir placer, etc. La satisfacción del acto sexual es la evaluación subjetiva de agrado o desagrado respecto de su vida sexual o el grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual. El orgasmo masculino es resultado de contracciones musculares rítmicas en la región pélvica caracterizadas por el placer sexual que en el hombre se expresa en la eyaculación. La satisfacción global es la percepción y evaluación que una persona hace de su vida sexual con base en ciertos aspectos, como la frecuencia de los encuentros sexuales, satisfacción de sus necesidades, estilo de comunicación en pareja, tipo de actividad sexual realizada, cumplimiento de expectativas y satisfacción con su relación de pareja en general . (20)

En 1993 el NIH (Nacional Institute of Health) define la Disfunción Erétil (DE) como “la incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente como para permitir una relación sexual satisfactoria”. Con el fin de descartar trastornos temporales, la duración del problema debe ser como mínimo de 3 meses, salvo en los casos secundarios a traumatismos posteriores a cirugía. (21)

“La DE es un anunciante temprano de alteración endotelial, y posterior a esto todas las comorbilidades que se pueden agregar”. (22). La erección del pene está íntimamente relacionada con la actividad de las células endoteliales, de las neuronas no adrenérgicas y no colinérgicas y de la función del tejido muscular liso peneano. Una estimulación sexual lleva a una liberación importante de óxido nítrico (ON), tanto por parte de las células endoteliales como de las neuronas no adrenérgicas no colinérgicas y este óxido nítrico hace que la guanil ciclasa convierta al GTP en GMP cíclico. La fosfodiesterasa 5 es la única fosfodiesterasa que tiene como sustrato al GMPc a nivel del pene y por ello la inhibición selectiva de esta fosfodiesterasa permite una acción específica en este órgano. Cuando esto se ha producido, el GMP cíclico es atacado por la fosfodiesterasa 5 y transformado en GMP con lo que revierte la erección y viene de nuevo la flacidez del pene. (23) (24)

En la patogenia de la función eréctil intervienen diversos factores:

Orgánica: a medida que se ha profundizado en el conocimiento de la fisiopatología de la erección, se reconoce más el papel de las causas orgánicas. Éstas pueden ser secundarias a lesiones vasculares (lo más frecuente), neurogénicas, hormonales o locales. En la mayoría de casos se añade un componente psicológico

Psicógena: debido al bloqueo central del mecanismo eréctil sin lesiones físicas.

Mixta: debida a una combinación de factores orgánicos y psíquicos. (25)

En causas específicas: Causas vasculares (60-80%): Arterioesclerosis(Tabaco, Hiperlipidemia, HTA, Diabetes) ; Causas neurológicas (10-20%) y Causas hormonales (5-10%) .(26)

Los principales factores de riesgo asociados a la Disfunción eréctil son:

Edad.-La prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad, comportándose ésta como un factor de riesgo independiente”. (27)

La enfermedad endocrina más frecuentemente asociada es la diabetes mellitus, la probabilidad de presentar Disfunción eréctil es 3 veces superior en varones diabéticos tratados que en los varones no diabéticos. Entre el 25–75% de los varones diabéticos presentarán DE. Respecto a enfermedad cardiovascular la prevalencia de Disfunción eréctil en pacientes con HTA oscila entre el 28-47% dependiendo de la asociación a otras enfermedades y de la existencia o no de tratamiento farmacológico. El tabaquismo se ha asociado como factor de riesgo de Disfunción eréctil de forma independiente a las enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de tabaco. La disfunción eréctil es un fuerte predictor de enfermedad coronaria, y ahora se recomienda evaluación cardiovascular de un paciente no cardíaco que presenta disfunción eréctil. (28)

Los datos clínicos y preclínicos muestran que la asociación entre la DE y acumulación de grasa visceral es independiente de las comorbilidades asociadas a la obesidad . Por lo tanto, la grasa visceral podría poner en peligro microcirculación del pene y su mecanismo sigue siendo desconocida. (29).

Otras investigaciones concluyen que la DE es mayor en síndrome metabólico sin actividad física que en sujetos sin síndrome metabólico con actividad física regular. El ejercicio físico regular a nivel de  $> 400$  kcal / día fue protector de la disfunción eréctil (OR 0,12; IC del 95%: 0,017 a 0,778,  $p= 0,027$ ). (30)

Otro estudio concluye que la Diabetes Mellitus tipo 2, Intolerancia glucosa, obesidad central, hipogonadismo secundario y hypoprolactinemia son más frecuentes en sujetos que consultan por disfunción eréctil que en la población general lo que sugiere podría desempeñar un papel central en la disfunción eréctil. (31)

Otro grupo especial son los pacientes renales crónicos; la disfunción eréctil en pacientes con fase terminal renal crónica tiene una prevalencia fuerte, ya sea en los pacientes que se someten a diálisis o en aquellos que han recibido trasplantes. (31). Se destaca la prevalencia significativa de etiologías vasculares de disfunción eréctil en los hombres jóvenes debe llevar a la consideración de pruebas de tumescencia peneana nocturna y la ecografía Doppler del pene. Las opciones de tratamiento que pueden mejorar la disfunción eréctil incluyen el ejercicio y los inhibidores de la PDE- 5 orales. (32)

El consumo de cigarrillos: un factor de riesgo para disfunción eréctil en 9.670 hombres diabéticos. De ellos 2.962 (30%) no eran fumadores, 2.877 (30%) fumadores actuales y 3.831 (40%) ex fumadores. Después de tener en cuenta el efecto de la edad, las odds ratio de la disfunción eréctil en comparación con los no fumadores fue de 1,4 y de 1,5 para los ex fumadores. (33)

En los análisis de un estudio prospectivo de 25,096 hombres profesionales de salud una mayor ingesta de flavanonas, antocianinas y flavonas se asoció significativamente con una reducción en el riesgo de Disfunción Eréctil sólo en hombres menores de 70 y no en mayores de 70. Estos datos sugieren que una ingesta habitual mayor en alimentos



ricos en flavonoides específicos se asocia con una menor incidencia de la disfunción eréctil. (34)

Se ha realizado un estudio en centros de Latinoamérica que rehabilitan pacientes con antecedente de infarto; se evaluaron 225 pacientes masculinos de 6 centros de rehabilitación cardíaca en Latinoamérica, obteniendo un 55,6% mayores de 60 años, peso  $79,8 \pm 11,9$  kg, estatura  $1,68 \pm 0,07$  mts, 25,8% obesos, 72,4% HTA, 39,6% diabetes mellitus (DM), 63,1% IAM previo y 20% con historia de tabaquismo. De acuerdo al IIEF, 80,1% tuvo algún tipo de DE; 8,9% severa, 10,7% moderada, 26,2% media a Moderada y 35,6% media. La prevalencia de DE por cada país fue: 72,2% BR, 76,7% AR, 80,8% h, 83,9% PE, 89,3% PY y 90% CO. El mayor promedio de DE Severa fue Ch con 21,2%, en Moderada y Media a Moderada fue CO con 20% y 40%, respectivamente, y en Media fue PE con 54,8%. Los factores asociados significativamente a la disfunción eréctil fueron el país de procedencia, la DM, la edad y el tabaquismo. (35)

Asociaciones con patología neurológica se demuestra en el estudio “Etiología Neurógena en pacientes con Disfunción Eréctil” precisa entre las posibles causas estarían tumores, accidentes cerebrovasculares, encefalitis, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple y otras enfermedades desmielinizantes, demencias, degeneración olivopontocerebelosa y epilepsia (36)

La evidencia disponible recomienda que la educación del paciente debe estar dirigida a aumentar el ejercicio, la reducción de peso para lograr un índice de masa corporal

inferior a 30 kg / m<sup>2</sup>, y dejar de fumar para mejorar o restaurar eréctil función, sobre todo en los hombres sin comorbilidades establecer el control glucémico en hombres con diabetes y el uso de terapias farmacológicas para la hipertensión y la depresión, que son menos propensos para causar efectos secundarios sexuales. (37)(38)

El ejercicio se asocia con una mejor función eréctil en los hombres menores de 40 años, según el IIEF, en un estudio donde hombres 18 a 40 años se auto-administro un Cuestionario de Actividad Física y IIEF. El sedentarismo se asocia con una mayor disfunción en los siguientes dominios del IIEF: la función eréctil (44,4% vs. 21,6%, p = 0,04), la función del orgasmo (44,4% vs. 17,7%, p = 0,01), la satisfacción sexual (59,3% vs. 35,3%, p = 0,04), y la satisfacción general (63,0% vs. 35,3%, p = 0,02). (39)

Es posible que los STUI (síntomas del tracto urinario inferior) y la DE compartan una etiología común relacionada con las enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico. Por otra parte las endotelinas tienen un papel importantísimo como reguladores a largo plazo del tono del músculo liso de los cuerpos cavernosos y un indudable papel en la fisiología y fisiopatología peneana. (40)(41).

En los hombres, los síntomas urinarios bajos están asociados tradicionalmente con obstrucción en salida de la vejiga como consecuencia de Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), pero no todos los casos de STUI están vinculados a obstrucción en salida de la vejiga. En los hombres con aterosclerosis se sabe que insuficiencia arterial pélvica resulta en la reducción del flujo sangre a vejiga con la generación de especie

oxígeno reactivas y posteriormente stress sensitivo oxidativo, daño ultra estructural y neurodegenerativo. (42)

Estudios como “Prevalencia y factores de riesgo de síntomas similares a prostatitis y su relación con la disfunción eréctil en los hombres chinos” en 2.790 hombres. Los hombres con disfunción eréctil eran más propensos a tener síntomas de prostatitis (edad-OR ajustada = 1,86; IC del 95% = 0.47- 2.36;  $p < 0,0001$ ), la sintomatología de prostatitis aumentó con el aumento de disfunción eréctil. (43)

Se demuestra que no se valora en forma frecuente la DE en la consulta ambulatoria. Disfunción eréctil: un problema poco valorado en Medicina Interna: Se entrevistaron 51 varones de edad media 65 años (30- 88). Parece existir una alta prevalencia de Disfunción Eréctil entre los pacientes atendidos por Internistas (41,6%). Ninguno de éstos recibía tratamiento por esta enfermedad ni habían consultado nunca por ello. (44)

Aunque no es considerado un factor de riesgo arterial, el alcohol ejerce una influencia nociva no sólo en el estado vascular del individuo, sino como contribuyente potencial para desórdenes sexuales. El abuso diario de bebidas alcohólicas puede causar lesiones hepáticas importantes como la cirrosis y ejercer un efecto tóxico directamente sobre eje hipotálamohipofisario y sobre las gónadas. La DE sigue siendo infradiagnosticada, debido al entorno social y cultural que estimulan el miedo y la vergüenza a consultar; hecho desafortunado debido a que en la mayoría de los casos esta entidad tiene un manejo médico exitoso. (45)

Otros artículos refieren, que en el medio que habitamos el alcohol se encuentra estrechamente ligado al sexo, es muy frecuente iniciar un encuentro sexual justo después de haber tomado unas copas y si bien, concentraciones muy bajas de alcohol en sangre tienen un suave efecto intensificador del deseo y la erección, concentraciones correspondientes a dos o tres copas de licor disminuyen la fuerza eréctil y retardan la eyaculación. (46)

Un estudio español demuestra la asociación DE y alcohol en Comarca del Bierzo (Leon España), Se ha realizado un estudio basado en una encuesta autocumplimentada y anónima dirigida a varones con edades comprendidas entre los 19 y 90 años que acudieron a la consulta de Urología así como a la consulta de los médicos de familia de los 10 Centros de Salud de la Comarca del Bierzo. La prevalencia global de disfunción eréctil en la serie es del 63,9%, con un incremento conforme aumenta la edad, observando un salto cuantitativo importante a partir de los 50 años (38,6% entre 41 y 50 años y 72,6% entre 51 y 60 años). Con respecto al consumo de alcohol que presentaron DE negaron consumo un 40.8% de muestra, ocasional consumo 23.3% y moderado consumo 31.3% con un  $p < 0,0001$ .(47)

Afecta a millones de hombres en el mundo y su puesta en evidencia se ha producido con la aparición hace unos años del sildenafil (la popular Viagra®) que ha representado un paso revolucionario, no sólo desde el punto de vista del tratamiento sino también de aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de manejo de la DE. (48)(49)

La mayor duración del efecto de tadalafilo y en consecuencia el mayor tiempo medio entre la toma y la relación sexual podría contribuir a aumentar la espontaneidad en las relaciones sexuales, la satisfacción con el tratamiento y mayor autoconfianza. (50)

Para determinar la presencia de un trastorno de la erección la entrevista es el método o técnica más confiable. El uso de cuestionarios es útil para clarificar la naturaleza del problema (si padece o no DE), determina su severidad y permite cuantificar la respuesta al tratamiento. Los cuestionarios específicos como el IIEF-15 (Índice Internacional de la Función Eréctil) y el SHIM (Índice de Salud Sexual para el Varón) o IIEF-5 o abreviado son los más usados. El IIEF fue desarrollado en conjunto con programa de ensayos clínicos para sildenafil y desde entonces ha sido adoptado como medida estándar de oro para la evaluación de ensayos clínicos de disfunción eréctil. Validado en 32 idiomas entre ellos el castellano y se utiliza como un criterio principal de valoración en más de 50 ensayos clínicos. El IIEF es un test, con buena sensibilidad y especificidad. (51)

Las preguntas del IIFE están divididas en 5 dominios o campos en relación a las últimas 4 semanas relacionados con la función sexual: función eréctil (preguntas 1 a 5 y 15), satisfacción acto sexual (preguntas 6 a 8), orgasmo (preguntas 9 y 10), deseo sexual (preguntas 11 y 12) y satisfacción general o global (preguntas 13 y 14). Cada pregunta tiene un valor numérico que oscila del 0 al 5, donde valor más bajo representa la respuesta sexual más pobre. Es útil para detectar problemas en campo de la función sexual y conocer el grado de severidad de Disfunción eréctil y cuantificar el impacto de los distintos tratamientos para la Disfunción eréctil. En relación a la puntuación por

dominio o campo; la función eréctil, que incluye 6 preguntas (puntuación máxima 30); de manera que entre 6 y 10 puntos se considera disfunción eréctil grave, entre 11 y 16 disfunción eréctil moderada, entre 17 y 25 disfunción eréctil leve y entre 26 y 30 no existe disfunción eréctil; función orgásmica incluye 2 preguntas (0-10 puntos) deseo sexual incluye 2 preguntas (0-10 puntos); satisfacción del acto sexual incluye 3 preguntas (0-15); satisfacción global incluye 2 preguntas(0-10) (51) (52)

La aplicación del IIEF – 15 en gente joven puede resultar controversial es así que el estudio de Rynja, participaron 151 estudiantes, de 21,8 años (17-35 años, con SD 2.98) y 14 excluidos quedando 137, el 81% reportó tener una relación íntima. DE presente en 46 estudiantes (33,6%). La respuesta "sin actividad sexual", que resultó en una puntuación de 0, fue dada de manera inconsistente. Todos los estudiantes en el grupo "con (inconsistente) 0-puntuaciones" (n = 46) tenían DE. Los estudiantes con un Relación tenía DE en 24,3% comparado con 73,1% en aquellos sin relación (P <0,001). El IIEF -15 en hombres jóvenes y sanos necesita ser revisado. (53)

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos:

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud"

"Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables"

"...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)" (54)

Las principales características de las actitudes son:

- ✓ Conjunto organizado de convicciones o creencias (componente cognitivo)
- ✓ Predisposición o tendencia a responder (componente conductual) de un modo determinado.
- ✓ Predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud
- ✓ Carácter estable y permanente.
- ✓ Las actitudes son aprendidas.
- ✓ Las actitudes desempeñan un papel dinamizador en el conocimiento.
- ✓ Las actitudes son transferibles. (55)

Existen dos importantes conceptualizaciones o modelos de actitud:

- a) Modelo Unidimensional.- enfatiza el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema.
- b) Modelo Multidimensional o de los tres componentes.- “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas”. Beckler intentó operacionalizar el modelo multifactorial de la actitud. Mantiene que existe un triple componente en toda actitud, y esos tres componentes se relacionan entre sí.

Los tres componentes serán:

— Componente Afectivo. Se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así, conocido un objeto es posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más

usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo. Los indicadores usados para medirlo son:

**Sensibilidad:** capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás.

**Apatía:** falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno.

**Temor:** sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.

**Ansiedad:** sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos.

— **Componente cognitivo.** Podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud. Los indicadores de este componente son:

**Creencias:** estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica.



Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.

Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación.

— Componente conativo o comportamental. Hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.

Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos.

Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida

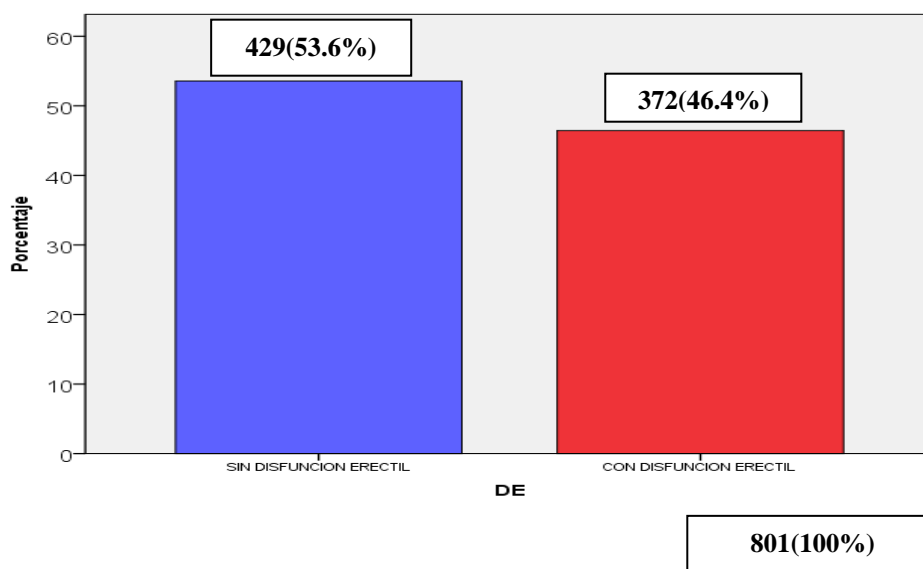
Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana.

Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce. (54)(56)

#### IV.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

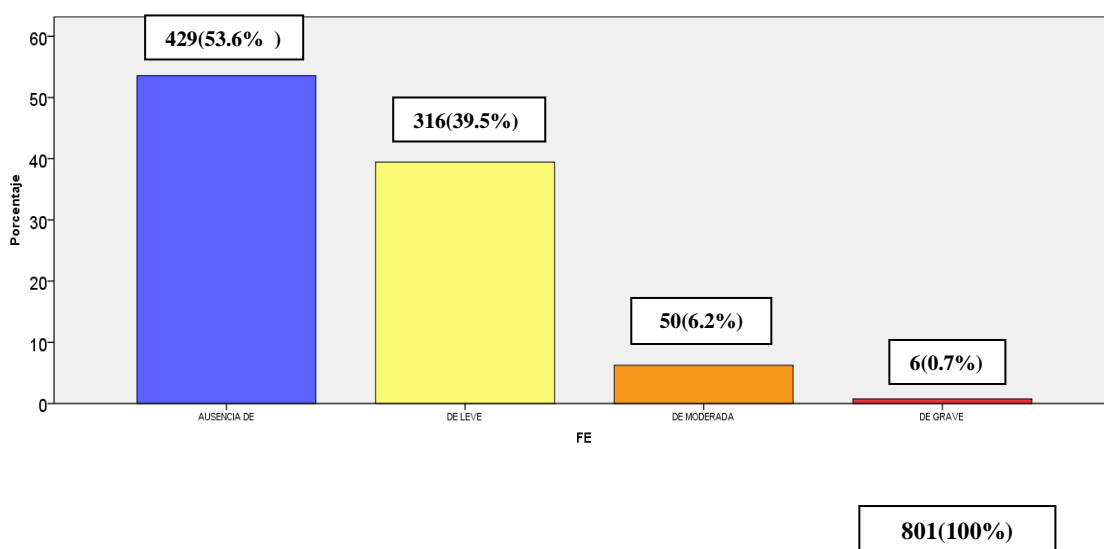
Se realizaron un total de 810 entrevista a pacientes varones que acudieron a distintos establecimientos de salud de la provincia de Chiclayo durante el mes de octubre-noviembre del 2017 en áreas de consulta externa de Medicina General y de Especialidades; quedaron válidas para el análisis 801 las restantes 9 fueron excluidas (3 por marcar opción homosexual, 5 por información dudosa, 1 por información incompleta).

GRAFICO 1: PREVALENCIA DE DISFUNCION ERECTIL SEGÚN IEEF-15 EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.



Del grafico 1 la prevalencia de Disfunción eréctil en la provincia de Chiclayo es de 46.4% este resultado es similar al de Korneyev en Rusia, quien encuentra una prevalencia con IIEF-15 en 530 hombres de (48,9%) y Abdulla, en Qatar con IIEF-5 la DE estuvo presente en 573 de 1.052 participantes (54,5%) ; si comparamos con realidades más similares a la peruana Morillo el 2002 en su estudio (DENSE) que incluyó Colombia, Venezuela y Ecuador y se aplicó IIEF -5 en un total de 1 946 hombres mayores de 40 años se determinó en 53,4 %.

**GRAFICO 2: PREVALENCIA DE DISFUNCION ERECTIL SEGÚN GRADO POR IIEF-15 EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.**



Del grafico 2 la tasa de prevalencia de Disfunción eréctil en la provincia de Chiclayo según grado leve, moderada y grave es de 39.5%, 6.2% y 0.7% respectivamente. Es de resaltar la alta prevalencia de DE leve de 39.5% que son 316 de 801 esto se influencia

por factores de riesgo y se precisa que intervalo amplio de calificación para DE leve de 17-25 propicio que una buena cantidad de pacientes con puntaje 24-25 aproximadamente 100 sean calificados en DE. Estos resultados se contrastan a los de Moreira el 2001 en Brazil, quien reportó Disfunción Eréctil leve en el 31,5%, 12,1% moderada y severa en el 2,6%, o de Morillo en su estudio (DENSE) las prevalencia de DE según grado leve, moderada y grave fue de 33.6%,16.2% y 3.6% respectivamente.

**TABLA 1: FUNCION ORGÁSMICA SEGÚN FUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.**

FUNCION ERECTIL	FUNCION ORGASMICA					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	
DE GRAVE	3	2	1	0	0	6
DE MODERADA	0	4	22	22	2	50
DE LEVE	1	3	28	222	62	316
AUSENCIA DE	0	0	10	134	285	429
Total	4	9	61	378	349	801

Chi-cuadrado de Pearson ( $p= 0,000$ )

En la tabla 1 se destaca que los que califican en DE grave son los más afectados de orgasmo alterado (nunca, pocas veces y algunas veces); en tanto DE leve son 222 de 316 la mayoría de veces experimenta orgasmo y 62 de 316 casi siempre es decir no se afecta. También se destaca que pacientes sin DE 10 de 429 solo algunas veces experimentan orgasmo acá hay algún factor de riesgo o causa psicológica influye en este hallazgo. Finalmente se encuentra una fuerte asociación entre grado función eréctil y función orgásmica según  $p<0.05$ .

TABLA 2: DESEO SEXUAL SEGÚN FUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

FUNCION ERECTIL	DESEO SEXUAL					Total
	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
DE GRAVE	3	1	2	0	0	6
DE MODERADA	0	6	19	24	1	50
DE LEVE	1	4	36	220	55	316
AUSENCIA DE	0	0	9	149	271	429
Total	4	11	66	393	327	801

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )

En la tabla 2 se destaca que aquellos califican en DE grave mantiene su deseo sexual entre muy bajo a bajo un total 4 de 6, además 275 de 316 con DE leve se manifiesta con deseo sexual en nivel alto a muy alto además se demuestra una fuerte asociación por chi cuadrado ( $p = 0,000$ ) entre dominio del deseo sexual y función eréctil.

TABLA 3: SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL SEGÚN FUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

FUNCION ERECTIL	SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	CASI SIEMPRE	
DE GRAVE	3	3	0	0	0	6
DE MODERADA	1	13	23	13	0	50
DE LEVE	0	6	67	215	28	316
AUSENCIA DE	0	0	17	212	200	429
Total	4	22	107	440	228	801

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )

En la tabla 3 se resalta que aquellos que diagnostica DE grave en relación a satisfacción del acto sexual están rango(nunca a pocas veces que lo disfrutan) 6 de 6 ; similar tendencia en DE moderada 39 de 50 están rango de(pocas veces a algunas veces) disfrutan del acto sexual en tanto aquello que no tienen DE en ningún caso se enmarca (nunca a pocas veces) que disfruten del acto sexual; en este caso también hay una fuerte asociación por chi cuadrado( $p = 0,000$ ) entre satisfacción del acto sexual y función eréctil.

TABLA 4: SATISFACCION GLOBAL SEGUN FUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

FUNCION ERECTIL	SATISFACCION GLOBAL					Total
	MUY DESCONTENTO	MODERADAMENTE DESCONTENTO	SATISFECHO Y DESCONTENTO A LA VEZ	MODERADAMENTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
DE GRAVE	4	0	2	0	0	6
DE MODERADA	0	7	25	16	2	50
DE LEVE	1	3	56	213	43	316
AUSENCIA DE	0	1	6	221	201	429
Total	5	11	89	450	246	801

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )

En la tabla 4 que analiza el ultimo dominio del IIEF-15 de satisfacción global de vida sexual también se encuentra fuerte asociación por chi cuadrado ( $p = 0,000$ ) con dominio función eréctil; se destaca que 4 de 6 con DE grave están muy descontentos con su vida sexual; 25 de 50 con DE moderada están satisfechos y descontentos a la vez mientras que 213 de 316 (la mayoría) con DE leve están moderadamente satisfechos con su vida sexual.

TABLA 5: FUNCION ERECTIL SEGÚN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

EDAD	DISFUNCION ERECTIL								TOTAL	
	GRAVE	%	MODERADA	%	LEVE	%	AUSENCIA	%	N	%
35-39	1	0.12	0	0	13	1.62	79	9.86	93	11.61
40-44	0	0	1	0.12	34	4.24	73	9.11	108	13.5
45-49	0	0	1	0.12	33	4.12	74	9.24	108	13.5
50-54	0	0	2	0.25	62	7.74	68	8.49	132	16.48
55-59	0	0	7	0.87	55	6.87	71	8.86	133	16.6
60-64	1	0.12	13	1.62	67	8.36	48	6	129	16.1
>=65	4	0.5	26	3.24	52	6.5	16	0.75	98	12.23
Total	6	0.75	50	6.23	316	39.45	429	53.57	801	100

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )

Se describe en la tabla 5 que a medida aumenta el rango del grupo etario las frecuencia de DE aumentan tanto en número como en grado esto queda más evidente en que 4 de 6 calificaron en DE grave son mayores de 65 años, además de registrarse una fuerte asociación estadística con un chi cuadrado  $<0.001$ . Estos resultados coinciden con los de: Ansong, en New York State concluye hay una relación estadísticamente significativa entre la edad y estado de función eréctil ( $p<0,001$ ) ; Braun en Alemania la mayor asociación de DE fue con la edad , Abdulla en Qatar la edad es el factor de riesgo más importante y Morillo en su estudio (DENSE) donde la edad fue la variable más fuertemente ligada a la disfunción eréctil. También se destaca que el grupo etario mas entrevistado fue el de 55 a 59 años y correspondió a un 16.6% de la muestra total y el menos entrevistado al de 35 a 39 años que hace un 11.61% del total. También se resalta que aquellos calificaron en DE grave y DE moderada la mayoría correspondió al grupo etario de mayores de 65 años en tanto el mayor porcentaje con DE leve en el de 50 a 54 años y con ausencia de DE los de 30 a 34 años el mayor porcentaje.

TABLA 6: PREVALENCIA Y ODSS RATIO POR GRUPO ETARIO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

EDAD	DISFUNCION ERECTIL	TOTAL	PREVALENCIA%	ODDS RATIO	I.C. 95%
35-39	14	93	15	0.17	0.085-0.255
40-44	35	108	32.4	0.5	0.25-0.75
45-49	34	108	31.5	0.48	0.24-0.72
50-54	64	132	48.5	1.1	0.55-1.65
55-59	62	133	46.6	1	0.5-1.5
60-64	81	129	62.8	2.2	1.1-3.3
>=65	82	98	83.7	7.3	4.475-10.95
	372	801			

En la tabla 6 se resalta la prevalencia de DE por grupo etario queda plasmada una 50% en aquellos varones mayores de 50 años. Estos resultados son comparable a los de: Ansong en New York State en que la prevalencia por edad fue del 26,0%, 34,9%, 46,9%, 57,8% y 69,4% entre los hombres 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-76 años de edad, respectivamente y también con los Soto en su estudio Prevalencia de Disfunción eréctil en Adultos mayores establece una prevalencia de disfunción eréctil fue de 70.1% en esta investigación es por encima de 62.8%. Además se interpreta que entre los 60 -64 años la probabilidad de que un varón en la ciudad de Chiclayo presente DE es de 2.2 veces más con respecto a otro de distinto rango etario destacando un riesgo máximo a los mayores de 65 años de 7.3.



TABLA 7: FUNCION ERECTIL SEGUN HÁBITO DE FUMAR EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

FUMA	FUNCION ERECTIL				Total	PREVALENCIA DE %	PREVALENCIA
	DE GRAVE	DE MODERADA	DE LEVE	AUSENCIA DE		FUMAN	DE% TOTAL
SI	0	1	32	25	58	56.89	7.2
NO	6	49	284	404	743	45.62	42.32
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,052$ )/ Odds ratio: 1. 57 (IC al 95% 0.78-2.35)

En la tabla 7 se destaca que existe una asociación débil entre habito de fumar y la presencia de DE con una chi cuadrado de 0.052 esto podría ser explicado que aquellos que tenían habito de fumar no hayan tenido mayores factores de riesgo que solo ese para DE; por ejemplo Bortolotti en su estudio concluye que el consumo de cigarrillos es un factor de riesgo para la disfunción eréctil en los diabéticos con fuerte asociación es decir están presentes dos factores de riesgo. Además en la tabla 14.1 se establece que de aquello mencionaron si fumaban una prevalencia de DE de 56.89% y un 7.12% de prevalencia como antecedente de consumo del total de muestra esto difiere de lo hallado por Zavala en el tabaquismo como antecedente de consumo y al momento de la entrevista presentaban Disfunción Eréctil 45% y 26% respectivamente. Del cuadro 9 se precisa que la probabilidad de presentar DE en varones que fuman con respecto a los que no lo hacen en la provincia de Chiclayo es de 1.573 esto se asemeja a los de Bortolotti que establece odds ratio de 1,4.

TABLA 8: FUNCION ERECTIL SEGUN INGESTA DE ALCOHOL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

ALCOHOL	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE %	PREVALENCIA
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL	ALCOHOL	DE%
SI	2	1	35	25	63	60.3	4.7
NO	4	49	281	404	738	45.6	41.7
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,002$ )/ Odds ratio : 1,839 ( I.C. 95% 0.92-2.8)

De la tabla 8 se destaca que existe una asociación entre ingesta de alcohol y la disfunción eréctil con Chi-cuadrado de Pearson( $p = 0,002$ ); se destaca que 2 de 6 pacientes calificaron en DE grave ingieren alcohol regularmente por tanto el alcohol ejerce una influencia nociva no sólo en el estado vascular del individuo, sino como contribuyente potencial para desórdenes sexuales. También se señala una prevalencia de DE del 60.3% en todos liban alcohol regularmente y una prevalencia de 4.7% de DE con alcoholismo de la muestra total esto se asemeja en algo al estudio español de León respecto al consumo de alcohol y DE negaron consumo un 40.8% de muestra, ocasional consumo 23.3% y moderado consumo 31.3% con un  $p < 0,0001$ . Del cuadro 10 se precisa que la probabilidad de presentar DE en varones que toman alcohol con respecto a los que no lo hacen en la provincia de Chiclayo es de 1.839.

TABLA 9: FUNCION ERECTIL SEGÚN ACTIVIDAD FISICA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

ACTIVIDAD FISICA	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE % ACTIVIDAD FISICA	PREVALENCIA DE% TOTAL
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL		
SI	1	10	83	204	298	31.54	11.73
NO	5	40	233	225	503	55.26	34.7
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )/ Odds ratio: 2,68 (I.C. 95% 1.28-4.06)

En la tabla 9 se demuestra una evidente asociación estadística entre realizar actividad física y Disfunción eréctil con un Chi-cuadrado de Pearson( $p = 0,000$ ) con una prevalencia DE de 55.26% vs 31.54 entre los que no hacen actividad física (sedentarismo) y los que la hacen respectivamente ; en tanto Hsiao en su estudio respecto al sedentarismo se asocia con una mayor disfunción en el dominio función eréctil (44,4% vs. 21,6%, con  $p = 0,04$ ) estos resultados se asemejan a lo hallado en esta investigación. Del cuadro 11 se desprende que hay una probabilidad de 2.68 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según no realicen o si realicen actividad física.

TABLA 10: FUNCIÓN ERÉCTIL SEGÚN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE. NOVIEMBRE 2107.

HTA	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE %	PREVALENCIA
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL	HTA	DE% TOTAL
SI	2	16	75	46	139	66.9	11.61
NO	4	34	241	383	662	42.14	34.83
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $P = 0,000$ )/ Odds ratio : 2,775(I.C. 95% 1.3875-4.1625)

En la tabla 10 destaca un fuerte asociación estadística entre el antecedente HTA y DE con un  $p$  de 0.000, además la prevalencia DE en grupo hipertenso es altísima de 66.9% y el grupo con DE y HTA del total de la muestra es de 11.61%. Este resultado se asemeja a las referencias presentadas como Braun, M en Alemania la mayor prevalencia DE fue con HTA, Korneyev en Rusia lo más asociado con disfunción eréctil fue sintomatología de patología prostática, seguido por la hipertensión. Un estudio de DE en solo pacientes hipertensos realizado por Cuéllar de 512 pacientes la prevalencia fue del 46,5%. Del cuadro 15 se desprende que hay una probabilidad de 2.775 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según sean hipertensos o no.

TABLA 11: FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SEGUN DIABETES MELLITUS EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

DIABETES MELLITUS	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE %	PREVALENCIA
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL	DM	DE%
SI	2	31	82	24	139	82.73	14.36
NO	4	19	234	405	662	38.82	32.08
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $p = 0,000$ )/ Odds ratio : 7,5 (I.C. 95% 3.7 -11.3)

De la tabla 11 se destaca la alta prevalencia DE en grupo de pacientes diabéticos que llega a 82.73%, además los pacientes diabéticos y con DE representan 14.36% muestra total, se destaca la fuerte asociación estadística con chi cuadrado de 0,000 y que de 6 calificaron DE grave 2 son diabéticos. Morillo en su estudio DENSA precisa que de varias condiciones médicas destaca la diabetes la alta correlación con disfunción eréctil. Otros estudios como Sasaki en Japón determina una prevalencia DE del 90% en diabéticos o el de Mío en Lima donde establece una prevalencia de DE del 70%. Del cuadro 13 se desprende que hay una probabilidad de 7.551 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según sean diabéticos o no. Este valor se asemeja a lo encontrado por Cruz donde precisa “Los pacientes con un control metabólico inadecuado tuvieron una mayor riesgo de tener esta condición (odds ratio 5,5).

TABLA 12: FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SEGUN ELEVACION DEL COLESTEROL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

ELEVACION DEL COLESTEROL	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE % HIPERCOLESTEROLEMIA	PREVALENCIA DE% TOTAL
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL		
SI	1	5	51	60	117	48.72	7.12
NO	5	45	265	369	684	46.05	39.32
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson = 0,660/ Odds ratio : 1,113 (I.C. 95% 0.55 -1.66)

De la tabla 12 se destaca que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre elevación del colesterol y DE con un  $p=0,660$ , es pertinente destacar que varios de los entrevistados en policlínicos o centros de salud no contaban un registro de perfil lipídico en su historia clínica. Del cuadro 14 se desprende que hay una probabilidad de 1.113 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según tengan hipercolesterolemia o no.

TABLA 13: FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SEGUN ANTECEDENTE DE INFARTO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

INFARTO	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE %	PREVALENCIA DE%
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL	INFARTO	TOTAL
SI	1	3	20	5	29	82.76	3
NO	5	47	296	424	772	45.08	43.44
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $P = 0,000$ )/ Odds ratio: 5,8 (I.C. 95% 2.9 -8.7)

De la tabla 13 se destaca la alta prevalencia DE en grupo de pacientes con antecedente de infarto que llega hasta un 82.76% y del total de la muestra que presentan DE y antecedente de infarto llega al 3%; además se demuestra una fuerte asociación estadística entre DE y antecedente de infarto con chi cuadrado de 0,000. Estos resultados son similares al estudio en centros de rehabilitación cardiaca en Latinoamérica; de acuerdo al IIEF, 80,1% tuvo algún tipo de DE. Del cuadro 15 se desprende que hay una probabilidad de 5.8 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según tengan antecedente de infarto o no.

TABLA 14: FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SEGUN AFECCION PROSTATICA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

AFECCION PROSTATICA	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA DE % AFECCION PROSTATICA	PREVALENCIA DE% TOTAL
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL		
SI	5	14	102	11	232	52.15	15.1
NO	1	36	214	318	569	44.11	31.33
Total	6	50	316	429	801		

Chi-cuadrado de Pearson ( $P = 0,006$ )/ Odds ratio : 1,38(I.C. 95% 0.69 -2.07)

Del cuadro 14 se destaca la importante prevalencia DE en grupo de pacientes con antecedente de afección prostática con un 52.15% de prevalencia y la combinación afección prostática con DE un 15.1% de la muestra total; también hay asociación estadística entre DE y afección prostática con un chi cuadrado de 0, 006; esta asociación se da con mayor fuerza en un estudio Chino(la sintomatología prostatitis aumentó con el aumento de disfunción eréctil) y  $p$  esta en  $<0,0001$ . Del cuadro 16 se desprende que hay una probabilidad de 1.38 en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según tengan antecedente de afección prostática o no; este Odds ratio se asemeja al del estudio chino donde es OR ajustada = 1,86.



TABLA 15: FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SEGÚN INDICE MASA CORPORAL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

IMC	FUNCION ERECTIL					PREVALENCIA	PREVALENCIA
	DE grave	DE moderada	DE leve	Ausencia DE	TOTAL	DE % IMC	DE% TOTAL
NORMOPESO	2	28	134	249	413	39.71	20.47
SOBREPESO	4	18	159	171	352	51.42	22.6
OBESIDAD	0	4	23	9	36	75	3.37
Total	6	50	316	429	801		

**Chi-cuadrado de Pearson (P = 0,000)**

Odds ratio (OBESIDAD) : 3,65 (I.C. 95% 1.82 -5.47)

Odds ratio(SOBREPESO) : 1,43 (I.C. 95% 0.71 -2.14 )

Odds ratio(NORMOPESO): 0.57 (I.C. 95% 0.28 - 0.85

De la tabla 15 se destaca una fuerte asociación estadística entre grado de DE con índice de masa corporal con un  $p=0,000$ . Si comparamos la prevalencia DE por IMC al aumentar el índice de masa corporal aumenta la prevalencia DE; finalmente se precisa que la combinación DE y obesidad represento un 3.37% de la muestra total.

También del cuadro 15 se desprende que hay una probabilidad de 3.65, 1.43 y 0.57 veces en varones de la provincia de Chiclayo de presentar DE según tengan obesidad, sobrepeso o sean normopesos respectivamente.

TABLA 16: FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017 (ANALISIS BIVARIANTE)

		PREVALENCIA%	Chi-cuadrado de Pearson( p)	Odds Ratio
EDAD	35-39	15	0 ,000	0.17
	40-44	32.4		0.5
	45-49	31.5		0.48
	50-54	48.5		1.1
	55-59	46.6		1
	60-64	62.8		2.2
	>=65	83.7		7.3
INDICE DE MASA CORPORAL	NORMOPESO	39.71	0 ,000	0.57
	SOBREPESO	51.42		1.43
	OBESIDAD	75		3.65
FUMADO	SI	56.89	0.052	1.573
	NO	45.62		
ALCOHOL	SI	60.3	0,002	1.839
	NO	45.6		
ACTIVIDAD FISICA	SI	31.54	0 ,000	0.373
	NO	55.26		
HIPERTENSION ARTERIAL	SI	66.9	0 ,000	2.775
	NO	42.14		
DIABETES MELLITUS	SI	82.73	0 ,000	7.55
	NO	38.82		
ELEVACION COLESTEROL	SI	48.72	0,0660	1.113
	NO	46.05		
INFARTO	SI	82.76	0,000	5.848
	NO	45.08		
AFECCION PROSTATICA	SI	52.15	0,006	1.381
	NO	44.1		

Todo lo analizado y discutido previamente se presenta a manera de resumen en esta tabla.

TABLA 17: FUNCION ORGASMICA POR IIEF-15 SEGÚN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

EDAD	FUNCION ORGASMICA					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	CASI SIEMPRE	
35-39	0	0	1	25	67	93
40-44	0	0	0	38	70	108
45-49	0	1	2	49	56	108
50-54	0	0	2	58	72	132
55-59	0	0	10	74	49	133
60-64	0	1	16	85	27	129
>=65	4	7	30	49	8	98
Total	4	9	61	378	349	801

Chi-cuadrado de Pearson = 0,000

De la tabla 17 se destaca que de los 4 nunca logran orgasmo son solo mayores de 65 años, en el rango de pocas veces situación similar 8 de los 9 son mayores de 60 años situación invertida el grupo de 35 a 39 años en la cual mayoría veces o casi siempre logran orgasmo.

TABLA 18: FUNCION ORGASMICA SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

IMC	FUNCION ORGASMICA					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	CASI SIEMPRE	
NORMOPESO	2	4	37	178	192	413
SOBREPESO	2	3	20	179	148	352
OBESIDAD	0	2	4	21	9	36
Total	4	9	61	378	349	801

Chi-cuadrado de Pearson = 0,026

De la tabla 18 se destaca que existe asociación estadística significativa entre función orgásmica e índice de masa corporal con  $p$  de 0,026( $<0.05$ ); se destaca que de los 4 nunca logran alcanzar orgasmo en coito o son normopeso o tienen sobrepeso y de la mayoría de obesos 21 de 36 mayoría de veces logran orgasmo, asimismo la mayoría de normopeso y sobrepeso en la mayoría y casi siempre logran orgasmo.

TABLA 19: FUNCION ORGASMICA SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

De la tabla 19 se analiza la función orgásmica según varios factores de riesgo para DE. Las variables que demuestran asociación estadística significativa con el orgasmo: actividad física ( $p$  de 0,000), HTA ( $p$  de 0, 000) y Diabetes Mellitus ( $p$  de 0, 000).

		FUNCION ORGASMICA					
FACTORES DE RIESGO		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	CASI SIEMPRE	TOTAL
FUMA	SI	0	0	4	31	23	58
P =0,773	NO	4	9	57	347	326	743
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
ALCOHOL	SI	0	2	5	31	25	63
P =0,524	NO	4	7	56	347	324	738
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
ACTIVIDAD FISICA	SI	0	1	11	111	175	298
P=0,000	NO	4	8	50	267	174	503
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
HTA	SI	1	4	19	78	37	139
P=0,000	NO	3	5	42	300	312	662
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
DIABETES MELLITUS	SI	1	4	23	4	19	139
P=0,000	NO	3	5	38	5	42	662
	TOTAL	4	9	61	9	61	801
ELEVACION COLESTEROL	SI	0	2	8	59	48	117
P=0,787	NO	4	7	53	319	301	684
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
INFARTO	SI	1	0	3	20	5	29
P=0,08	NO	3	9	58	358	344	772
	TOTAL	4	9	61	378	349	801
AFECCION PROSTATICA	SI	2	5	22	107	96	232
P=0,208	NO	2	4	39	271	253	569
	TOTAL	4	9	61	378	349	801

TABLA 20: DESEO SEXUAL POR IIIEF 15 SEGUN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

EDAD	DESEO SEXUAL					Total
	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
35-39	0	0	1	30	62	93
40-44	0	0	2	48	58	108
45-49	0	1	5	39	63	108
50-54	0	0	7	65	60	132
55-59	0	1	7	79	46	133
60-64	0	2	16	81	30	129
>=65	4	7	28	51	8	98
Total	4	11	66	393	327	801

Chi-cuadrado de Pearson=0,000

De la tabla 20 se destaca que existe una asociación estadística significativa entre nivel de deseo sexual y edad con un p de 0,000, se destaca que de los 4 tienen un deseo sexual muy bajo son mayores de 65 años, aquello con nivel de deseo sexual bajo están rango entre 55 a mayores de 65 años y los más jóvenes 62 de 93 mantienen un deseo sexual muy alto.

TABLA 21: DESEO SEXUAL POR IIIEF 15 SEGUN ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES ENTREVISTADOS CON QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

IMC	DESEO SEXUAL					Total
	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	
NORMOPESO	2	5	40	185	181	413
SOBREPESO	2	5	19	187	139	352
OBESIDAD	0	1	7	21	7	36
Total	4	11	66	393	327	801

Chi Cuadrado De Pearson ( $P=0,014$ )

De la tabla 21 se interpreta que existe asociación estadística entre deseo sexual e índice de masa corporal. Se destaca que aquellos informaron deseo sexual alto o muy alto la mayoría son normopesos, sobrepeso o obesos.

TABLA 22: DESEO SEXUAL SEGUN FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

De la tabla 22 se analiza el deseo sexual según varios factores de riesgo para DE. Las variables que demuestran asociación estadística significativa con el deseo sexual: actividad física ( $p$  de 0,000), HTA ( $p$  de 0, 000) , Diabetes Mellitus ( $p$  de 0, 000) y infarto( $p$  de 0,006).

		DESEO SEXUAL					
FACTORES DE RIESGO		MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO	TOTAL
<b>FUMA</b> P =0 ,284	SI	0	0	3	36	19	58
	NO	4	11	63	357	308	743
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>ALCOHOL</b> P =0,360	SI	0	2	7	34	20	63
	NO	4	9	59	359	307	738
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>ACTIVIDAD FISICA</b> P=0,000	SI	0	2	17	112	167	298
	NO	4	9	49	281	160	503
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>HTA</b> P=0,000	SI	1	2	22	76	38	139
	NO	3	9	44	317	289	662
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>DIABETES MELLITUS</b> P=0,000	SI	1	7	22	85	24	139
	NO	3	4	44	308	303	662
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>ELEVACION COLESTEROL</b> P=0,524	SI	0	3	8	62	44	117
	NO	4	8	58	331	283	684
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>INFARTO</b> P=0,006	SI	1	0	3	21	4	29
	NO	3	11	63	372	323	772
	TOTAL	4	11	66	393	327	801
<b>AFECCION PROSTATICA</b> P=0,056	SI	2	5	28	105	92	232
	NO	2	6	38	288	235	569
	TOTAL	4	11	66	393	327	801



TABLA 23: SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL POR IIIEF 15 SEGUN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

EDAD	SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	
35-39	0	1	4	41	47	93
40-44	0	0	1	57	50	108
45-49	0	3	5	57	43	108
50-54	0	0	9	84	39	132
55-59	0	0	15	91	27	133
60-64	0	5	32	72	20	129
>=65	4	13	41	38	2	98
Total	4	22	107	440	228	801

Chi-cuadrado de Pearson=0,000

De la tabla 23 se interpreta que existe una fuerte asociación estadística entre satisfacción del acto sexual y edad, destacándose que de los 4 que nunca están satisfecho con acto sexual todos son mayores de 65 años y de los más jóvenes entre 35 a 39 años 47 de 93 casi siempre están satisfechos del acto sexual.

TABLA 24: SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL POR IIIEF 15 SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

IMC	SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL					Total
	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	
NORMOPESO	1	13	56	219	124	413
SOBREPESO	2	8	40	201	101	352
OBESIDAD	1	1	11	20	3	36
Total	4	22	107	440	228	801

Chi-cuadrado de Pearson=0,011

De la tabla 24 se interpreta que existe asociación estadística entre satisfacción del acto sexual e índice de masa corporal; destacando que los normopesos tienen mejores ponderaciones en la satisfacción del acto sexual.

TABLA 25: SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ENTREVISTADOS CON QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

De la tabla 25 se analiza la satisfacción del acto sexual según varios factores de riesgo para DE. Las variables que demuestran asociación estadística significativa con la satisfacción del acto sexual son: actividad física (p de 0,000), HTA (p de 0,000), Diabetes Mellitus (p de 0,000) y infarto (p de 0,043).

### SATISFACCION DEL ACTO SEXUAL

FACTORES DE RIESGO		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	TOTAL
<b>FUMA</b>	SI	0	1	4	34	19	58
P =0, 547	NO	4	21	103	406	209	743
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>ALCOHOL</b>	SI	0	4	8	35	16	63
P =0,430	NO	4	18	99	405	212	738
	TOTAL	4	22	107	440	218	801
<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	SI	0	4	17	157	120	298
P=0,000	NO	4	18	90	283	108	503
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>HTA</b>	SI	1	8	30	77	23	139
P=0,000	NO	3	14	77	363	205	662
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>DIABETES MELLITUS</b>	SI	2	12	33	77	15	139
P=0,000	NO	2	10	74	363	213	662
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>ELEVACION COLESTEROL</b>	SI	0	4	13	68	32	117
P=0,783	NO	4	18	94	372	196	684
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>INFARTO</b>	SI	1	0	6	18	4	29
P=0, 043	NO	3	22	101	422	224	772
	TOTAL	4	22	107	440	228	801
<b>AFECCION PROSTATICA</b>	SI	3	9	32	130	58	232
P=0,129	NO	1	13	75	310	170	569
	TOTAL	4	22	107	440	228	801

TABLA 26: SATISFACCION GLOBAL POR IIIEF 15 SEGUN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

EDAD	SATISFACCION GLOBAL					Total
	MUY DESCONTEN O	MODERADAMEN TE DESCONTENTO	SATISFECHO Y DESCONTENTO A LA VEZ	MODERA DAMENT E SATISFE CHO	MUY SATISFECHO	
35-39	0	0	3	44	46	93
40-44	0	0	1	45	62	108
45-49	0	1	3	56	48	108
50-54	0	0	15	78	39	132
55-59	0	1	14	91	27	133
60-64	0	2	19	88	20	129
>=65	5	7	34	48	4	98
Total	5	11	89	450	246	801

Chi-cuadrado de Pearson=0,000

De la tabla 26 se destaca que existe una asociación estadística significativa entre satisfacción global de la vida sexual y edad con un p de 0,000, se destaca que 5 de los 5 informaron estar muy descontentos todos son mayores 65 años y 46 de 93 que reportaron estar muy satisfechos son los más jóvenes entre 35-39 años.

TABLA 27: SATISFACCION GLOBAL POR IIIEF 15 SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

De la tabla 27 se interpreta que existe asociación estadística entre satisfacción global de la vida sexual e índice de masa corporal., destacando que los normopesos tienen las mejores ponderaciones en satisfacción global. Chi-cuadrado de Pearson=0,000

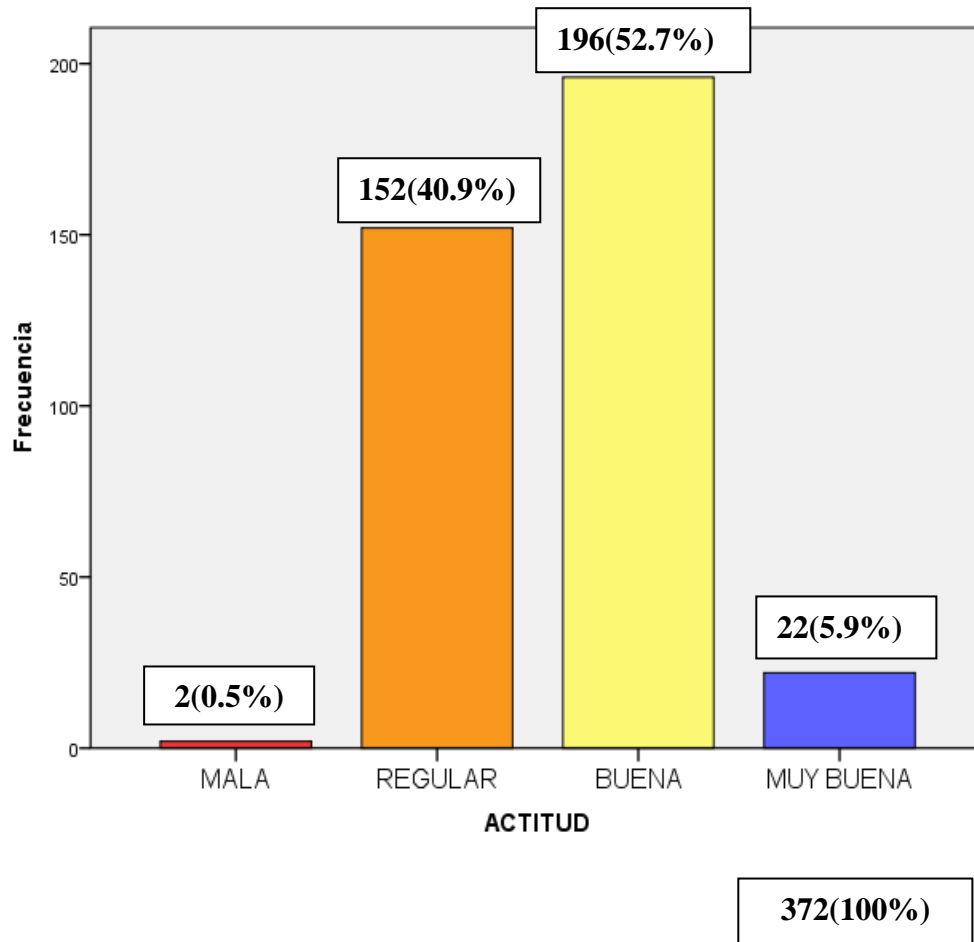
IMC	SATISFACCION GLOBAL					Total
	MUY DESCONTENTO	MODERADAMEN TE DESCONTENTO	SATISFECHO Y DESCONTENTO A LA VEZ	MODERADAM ENTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
NORMOPESO	2	4	50	212	145	413
SOBREPESO	3	4	32	219	94	352
OBESIDAD	0	3	7	19	7	36
Total	5	11	89	450	246	801

TABLA 28: SATISFACCION GLOBAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

SATISFACCION GLOBAL							
FACTORES DE RIESGO		MUY DESCONTENTO	MODERADAMENTE DESCONTENTO	SATISFECHO Y DESCONTENTO A LA VEZ	MODERADAMENTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO	TOTAL
FUMA P =0,731	SI	0	0	5	36	17	58
	NO	5	11	84	414	229	43
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
ALCOHOL P =0,483	SI	0	2	8	38	15	53
	NO	5	9	81	412	231	38
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
ACTIVIDAD FISICA P=0, 000	SI	0	1	21	143	133	98
	NO	5	10	68	307	113	03
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
HTA P=0,002	SI	1	4	23	86	25	39
	NO	4	7	66	364	221	62
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
DIABETES MELLITUS P=0,000	SI	1	7	32	88	11	39
	NO	4	4	57	362	235	62
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
ELEVACION COLESTEROL P=0,019	SI	0	1	22	68	26	17
	NO	5	10	67	382	220	84
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
INFARTO P=0,045	SI	1	0	6	18	4	29
	NO	4	11	83	432	242	72
	TOTAL	5	11	89	450	246	01
AFECCION PROSTATICA P=0,265	SI	3	3	31	132	63	32
	NO	2	8	58	318	183	69
	TOTAL	5	11	89	450	246	01

De la tabla 28 se analiza la satisfacción global de la vida sexual según varios factores de riesgo para DE. Las variables que demuestran asociación estadística significativa con la satisfacción global son: actividad física (p de 0,000), HTA (p de 0, 002) , Diabetes Mellitus (p de0, 000), elevación del colesterol(p de0, 019) y infarto(p de0,045).

GRAFICO 3: FRECUENCIA DE ACTITUD FRENTE DISFUNCION ERECTIL EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.



Del grafico 3 se interpreta que la actitud más frecuente encontrada en los pacientes varones con DE frente a la misma es buena con 52.7% y los más infrecuente de actitud es la mala con 0.5% de los entrevistados, por tanto en los cognoscitivo afectivo y conductual hay una predisposición por parte de los varones de la provincia de Chiclayo.

TABLA 29: ACTITUD DE PACIENTE FRENTE DISFUNCION ERECTIL SEGÚN GRADO EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

ACTITUD DE PACIENTE FRENTE A LA DISFUNCION ERECTIL										
DISFUNCION ERECTIL	MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GRAVE	1	0.27	4	1	1	0.27	0	0	6	1.6
MODERADA	1	0.27	34	9.1	15	4	0	0	50	13.44
LEVE	0	0	114	30.6	180	48.4	22	6	316	84.96
TOTAL	2	0.54	152	40.7	196	52.7	22	6	372	100

Chi-cuadrado de Pearson=0,000

De la tabla 29 se desprende que entre los paciente que califican con DE la prevalencia de actitud mala, regular, buena y muy buen es de 0.54%,40.7% 52.7% y 22% respectivamente, se destaca que más de la mitad su actitud es buena frente al problema. También se puede interpretar que los que calificaron de actitud mala están con DE grave a DE moderada, en tanto los que resultaron con actitud muy buena solo tuvieron DE leve; resulto una fuerte asociación estadística con  $p=0,000$ .

TABLA 30: ACTITUD DE PACIENTE FRENTE DISFUNCION ERECTIL SEGÚN EDAD EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

EDAD	ACTITUD DE PACIENTE FRENTE DE				Total
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	
35-39	0	2	8	4	14
40-44	0	4	25	6	35
45-49	0	8	20	6	34
50-54	0	23	40	1	64
55-60	0	25	35	2	62
60-65	0	38	42	1	81
>=65	2	52	26	2	82
TOTAL	2	152	196	22	372

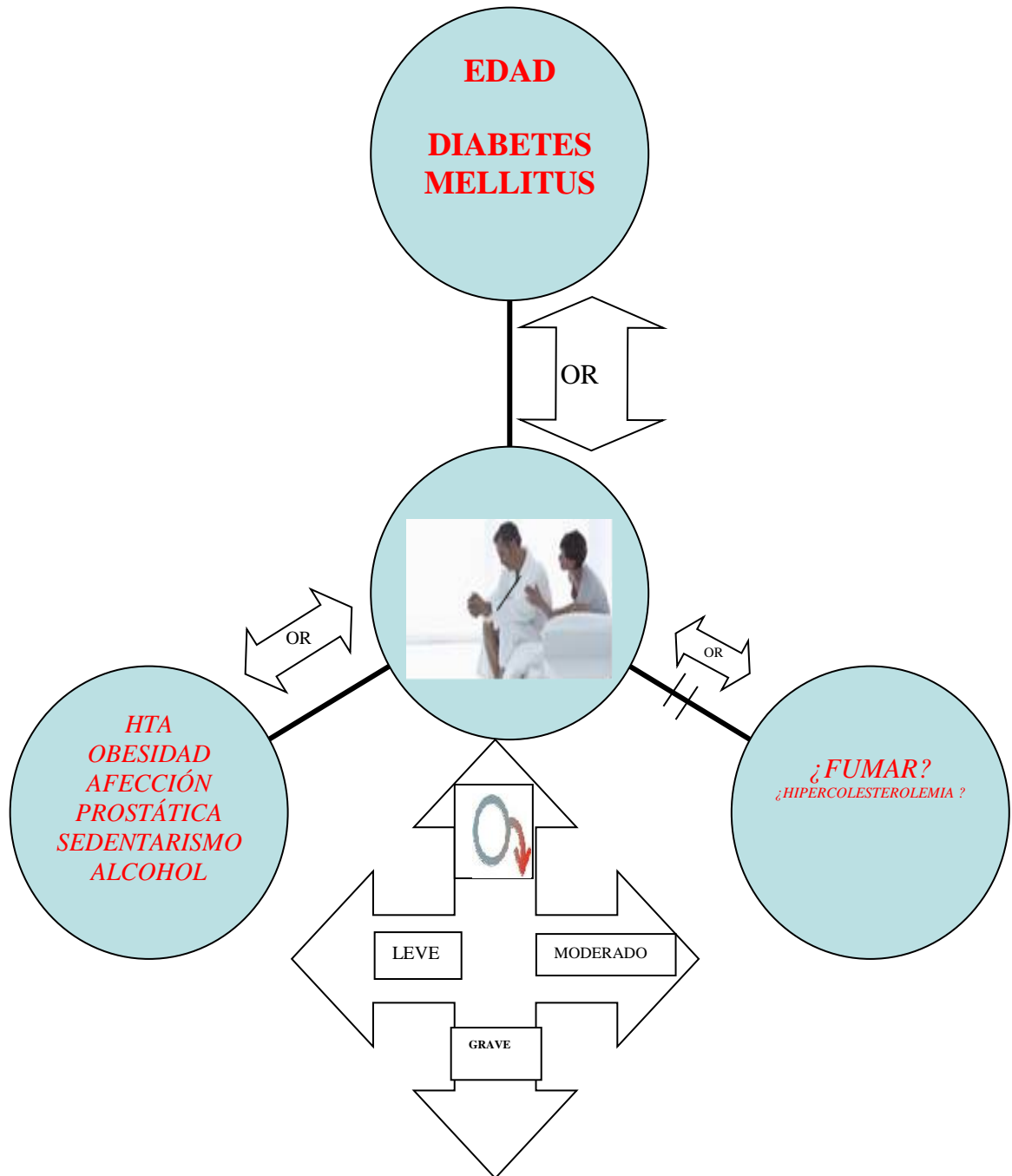
Chi-cuadrado de Pearson ( $p=0,000$ )

De la tabla 30 se interpreta que existe fuerte asociación estadística entre edad y actitud del paciente frente DE, también se destaca que los únicos 2 calificaron actitud mala son mayores de 65 años y 16 de los 22 calificaron actitud muy buena están entre 35-49 años.

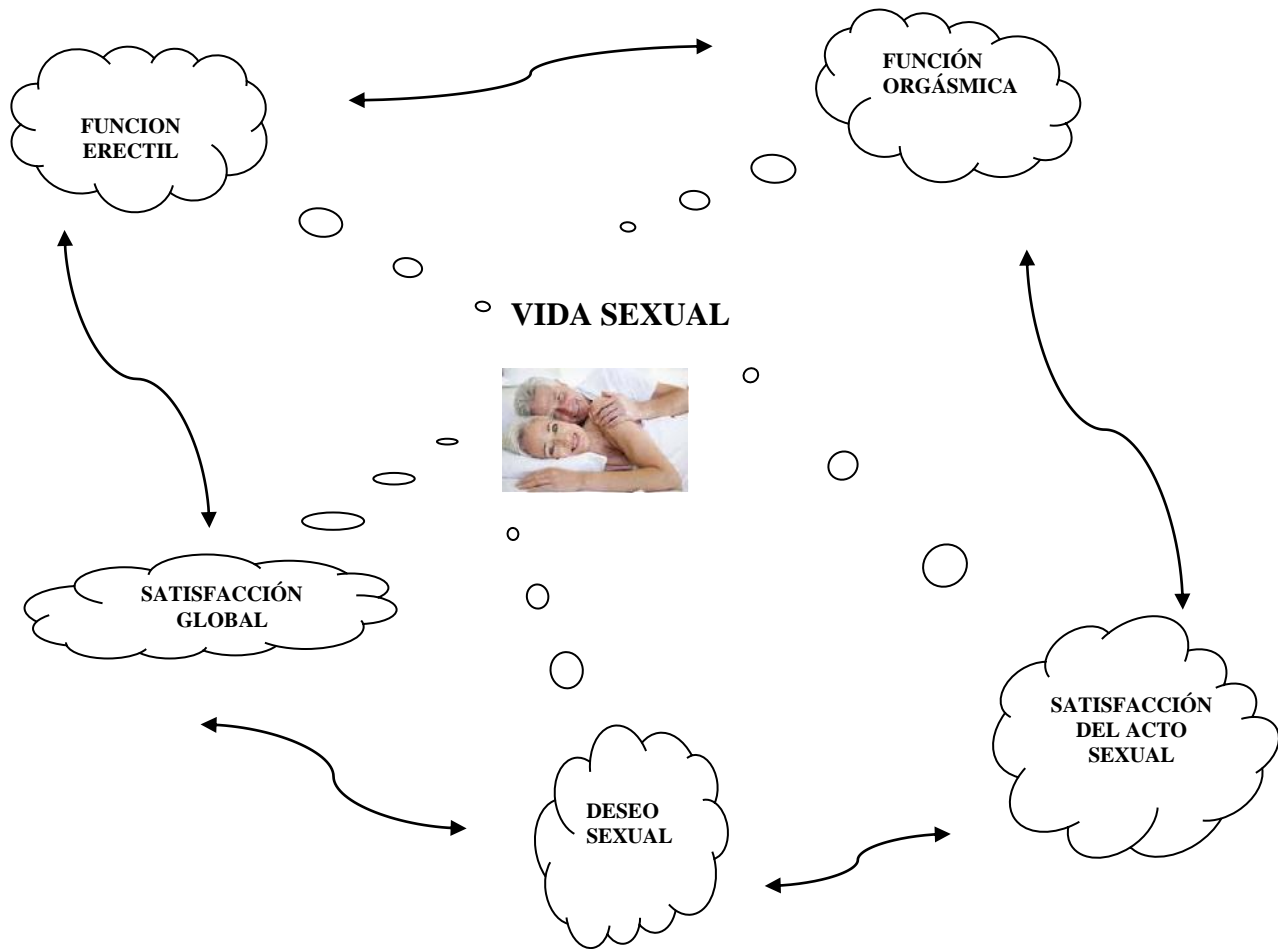


## V.-PRESENTACION DEL MODELO TEORICO

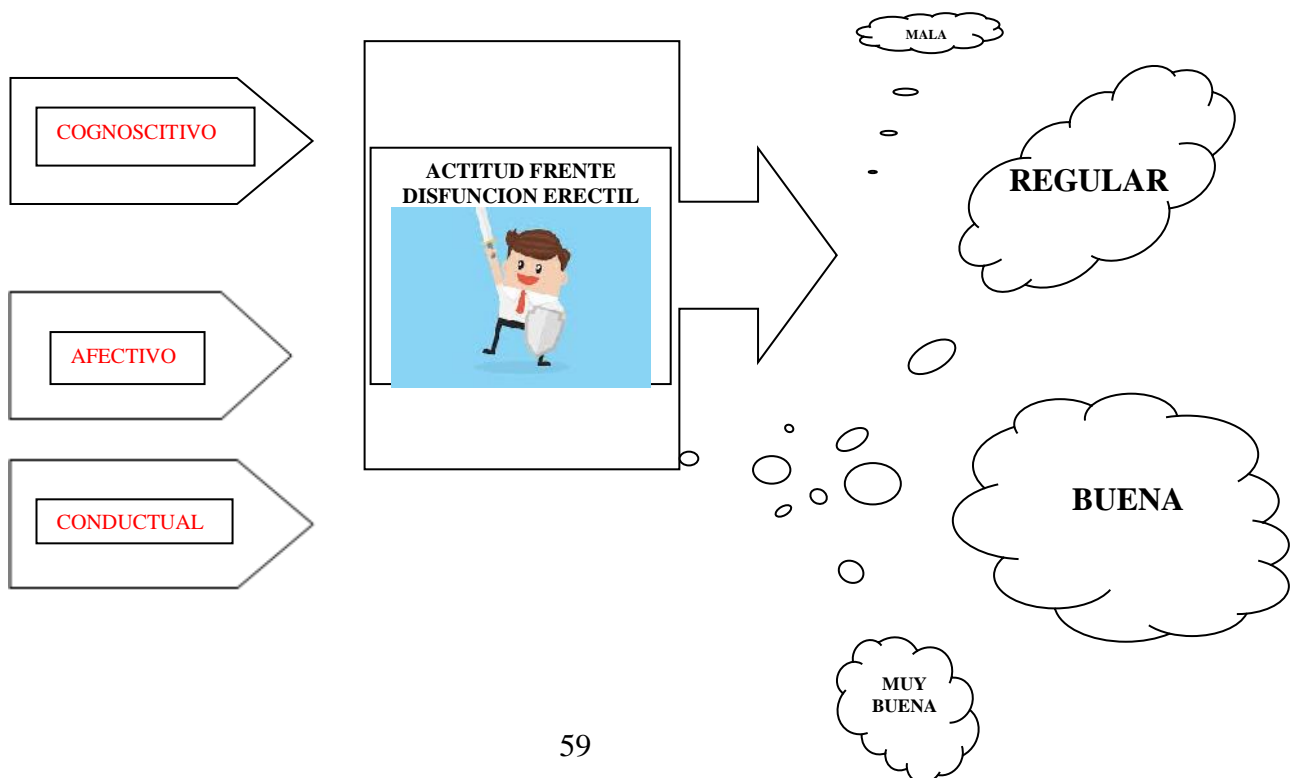
### FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN ERECTIL



## DOMINIOS DE FUNCION ERECTIL SEGÚN IIEF-15



## ACTITUDES FRENTE A DISFUNCION ERECTIL



## VI.-CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Disfunción Eréctil en la provincia de Chiclayo 2017 es de 46,4%; en tanto la DE sea grave, moderada, leve las prevalencias encuentra en 0,7 %; 6,2% y 39,5% respectivamente.
2. Los dominios: función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual, satisfacción global tiene una fuerte asociación estadística con dominio función eréctil.
3. Los principales factores de riesgo para DE son: edad mayor de 60 años y diabetes mellitus, antecedente de infarto, HTA, obesidad, no realizar actividad física frecuente con una asociación estadística  $p < 0,000$ ; afección prostática ( $p=0.006$ ) e ingesta de alcohol ( $p=0.002$ ).
4. El fumar resulto ser un factor de riesgo débil para DE al tener asociación estadística de  $p$  de 0,052 y la elevación de colesterol en relación a la DE resulto no tener asociación estadística significativa con un  $p$  de 0,066.
5. La actitud buena frente a la DE es la más frecuente con 52.7% y los más infrecuente es actitud mala con 0.5%; además de existir asociación significativa entre edad y actitud del paciente

## **VII.-RECOMENDACIONES**

1. A los entes académicos de salud en la región apoyar esta línea de investigación de salud sexual masculina a nivel de pre y posgrado con la posibilidad de ampliar a salud sexual femenina.
2. Implementar la inclusión del índice internacional de función eréctil (IIEF-15) de manera obligatoria en las atenciones médicas urológicas y de manera regular el IIEF-5 en consulta de medicina general de estar presente factores de riesgo.
3. De utilizar un formato similar en otras investigaciones futuras incluir antecedente de patología neurológica además de utilizar un carácter cualitativo en lo referente a actitudes del paciente frente al tema.
4. Asumir en el ambiente médico local que la DE es muy frecuente por tanto hay que preguntar para diagnosticar y tratar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Prieto R, Campos P, Robles R , Ruíz J ,Requena M. Epidemiología de la disfunción eréctil y factores de riesgo. Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (8): 637-639. [citado 6 febrero 2016] .Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142010000800010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010000800010).
- 2.- Gómez F. Relación entre la disfunción eréctil y la enfermedad coronaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII .2009 ;(590) 377-382 [citado 6 febrero 2016]. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/590/art10.pdf>.
- 3.- Martin-Morales A, Sánchez J, Saenz de Tejada I, Rodríguez, L; Jimenez-Cruz , J, Burgos Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. J Urol 166(2):pag 569-575. (2001).[citado 3 febrero 2016]. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/11884054>
- 4.- Rosen R , Fisher W, Eardley L, Niederberger C, Nadel A, Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. Current Medical Research And Opinion®.2004;March Vol.20,No.5,607–617[citado3 febrero 2016]. Recuperado de <http://www.cmrojournal.com>.

- 5.- Ansong K, Lewis C, Jenkins P, Bell J. Epidemiology of erectile dysfunction: a community- based study in rural New York State. *Ann Epidemiol.* 2000; Jul 10(5):293-6.[citado 3 febrero 2016] .Recuperado de [http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797\(00\)00050-8/abstract](http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797(00)00050-8/abstract).
- 6.- Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B. Epidemiología de la disfunción eréctil: resultados de Ciudad de Colonia . *International Journal of Impotence Research.* 2000;12,pág.305-311.[citado3febrero2016].Disponible en [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(01\)01274-2/abstract](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(01)01274-2/abstract).
- 7.- Korneyev I, Alexeeva T, Al-Shukri S, Bernikov A, Erkovich A, Kamalo A. Prevalencia y factores de riesgo para la disfunción eréctil y los síntomas del tracto urinario en los hombres Rusia: Análisis a partir de un estudio multicéntrico nacional basado en la población. *International Journal of Impotence Research.*2016; vol 1 [citado3febrero2016]. Disponible en <http://www.nature.com/ijir/journal/vaop/ncurrent/full/ijir20168a.html>.
- 8.- Abdulla A, Ahmad A, Raidh A, Talib M, Canguven M. Disfunción eréctil en Qatar: Prevalencia y factores de riesgo en 1.052 participantes - un estudio piloto. *SexMed.*2014; Jun2 (2):91–95[citado 3 febrero 206]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4184678/pdf/sm20002-0091.pdf>

- 9.- Zavala G, Núñez R, Portillo J, Reyes G, Bourdeth A, Orellana S. Disfunción eréctil en población masculina mayor de 35 años en la ciudad de Siguatepeque-Honduras agosto 2009. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2011; Enero – Junio. [citado 15 marzo 2016]. Disponible en <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-1-2011-3.pdf>.
- 10.- Moreira J, Abdo C, Torres E, Lobo C. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the brazilian study of sexual behavior. Journal Urology.2001; Oct;58(4):583-8.[citado 15 marzo 2016]. Disponible en [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(01\)01274-2/abstract](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(01)01274-2/abstract)
- 11.- Morillo L, Díaz J, Estevez E, Costa A, Mendez H, Davila H .et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador, and Venezuela: a population-based study (DENSA). International Journal of Impotence Research. 2002; Suppl2,S10-S18. [citado 15 marzo 2016]. Disponible en <http://www.nature.com/ijir/journal/v14/n2s/abs/3900893a.html>
- 12.- Venegas J, Baeza R .Prevalencia de Disfunción eréctil en Chile. Revista Chilena de Urología. (2007).[citado 15 marzo 2016]. Disponible en [http://www.cesi.cl/articulos/Prevalencia\\_de\\_la\\_disfuncion\\_erectil\\_en\\_Chile.pdf](http://www.cesi.cl/articulos/Prevalencia_de_la_disfuncion_erectil_en_Chile.pdf).
- 13.- Sasaki H, Yamasaki H, Ogawa K, Nanjo K, Kawamori R, Iwamoto Y. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Japanese diabetics. Diabetes Res Clin

Pract.2005; Oct;70(1):81-9. [citado 15 marzo 2016]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16126126>.

14.- Cuéllar de León A, Ruiz V, Campos J, Pérez S, Brotons F. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial. 2011;[citado 15 marzo 2016] Disponible en [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?10&pident\\_articulo=1303pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?10&pident_articulo=1303pdf)

15.- Cruz M, López M, Heredia E, González R, Rosales E. Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva. Rev Med Chile .2013;141: 1555-1559. [citado 26-12-2015]. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n12/art09.pdf>

16.- Mio , F. (2003) Prevalencia y factores de riesgo de disfunción eréctil en diabéticos del Hospital Alberto Sabogal 2003.[citado 15 marzo 2106]. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1974>

17.- Soto V, Vite M, Villena G. Prevalencia de Disfunción eréctil en Adultos mayores de Organizaciones sociales de base y principales Hospitales de la región Lambayeque setiembre 2009. Revista Acta Medica Orreguiana Hampi Runa. 2009; Vol. 9 N 2. [citado 15marzo2016].Disponible en [Http://www.upao.edu.pe/upload/publicaciones/hampi\\_runa/HAMPI\\_RUNA\\_13\\_1\\_2019.pdf](Http://www.upao.edu.pe/upload/publicaciones/hampi_runa/HAMPI_RUNA_13_1_2019.pdf)



- 18.- Zegarra L, Loza C, Pérez V. Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función erétil en pacientes con disfunción erétil en Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2011;28(3):pag477-8.[citado 15 de enero 2016]. Recuperado de [http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina\\_experimental/v28\\_n3/pdf/a11v28n3.pdf](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28_n3/pdf/a11v28n3.pdf).
- 19.- Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev Med Chile. 2013; 141: 1329-1335. [citado 20 de agosto 2016]. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n10/art14.pdf>
- 20- García-Montes F, Gil-Vernet Sedó J. Áreas de la sexualidad: libido, erección y eyaculación. Med Clin Monogr (Barc). 2005;6 (3):14-32.[citado 15 febrero 2016]. Disponible en [www.salvadorgilvernet.com/docs/med\\_clin\\_mon\\_2005\\_6.pdf](http://www.salvadorgilvernet.com/docs/med_clin_mon_2005_6.pdf)
- 21.- Documento De Consenso Sobre Disfunción Erétil. Asociación Española de Andrología (ASESA). 2014; [citado 15 marzo 2016]. Disponible en [http://www.asesa.org/attach/admin/pro\\_documentos/Documento de Consenso sobre\\_DE.pdf](http://www.asesa.org/attach/admin/pro_documentos/Documento de Consenso sobre_DE.pdf)
- 22.-Manuel E, Chaves R. La disfunción erétil como anunciante temprano de disfunción endotelial. Acta Med Colomb Vol. 26 N°4. (2001). [citado 15 febrero 2016]. Disponible en <http://www.ceupromed.uco.mx/morfo/articulos/articulos/a60740191CV5.pdf>

- 23.- Cruz N. Tratado de Andrología y Medicina Sexual.(Octava Edición) Disfunción eréctil, Parte V pagina 477-512. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 24.- Wein K. Campbell-Walsh UROLOGIA. (Novena Edición) Volumen III. Página 850-890. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- 25.- Rany H. G. Erectile dysfunction Lancet .2013; Vol 381; pág. 153-165. [citado 15 febrero 2016]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2304045> DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60520-0
- 26.- Tejero E, Vozmediano R, Vivas E, Morales M. Historia clínica dirigida y exploración física en pacientes con disfunción eréctil: aspectos clínicos que no podemos olvidar. Arch. Esp. Urol.2010; Vol; 63 (8): 679-686. Recuperado de <http://www.scielo.es/pdf/urol/v63n8/14.pdf>.
- 27.-Marumo K, Murai M. Aging and erectile dysfunction: The role of aging and concomitant chronic illness. International Journal of Urology 2001; Vol 8, pag50–57.[citado 15 de marzo 2016]. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1442-2042.2001.00335.x/abstract;jsessionid=A88E9CEBC4562DD9846F1860898B9795.f02t03>
- 28.- Corona G, Rastrelli G, Filippi S, Vignozzi L, Mannucci E, Maggi M. Erectile dysfunction and central obesity: an Italian Perspective. Asian Journal of Andrology

.2014; vol 16, pag 581–591. [citado 15 abril 2106]. Disponible en <http://www.ajandrology.com> on Saturday, February 20, 2016, IP: 190.42.87.225]

29.- Pohjantähti-Maaroos H, Palomäki A, Hartikainen J. Erectile dysfunction, physical activity and metabolic syndrome: differences in markers of Atherosclerosis. BMC Cardiovascular Disorders .2011; vol 11:36.[citado 15 marzo 2016]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/11/36>.

30.- Maseroli E, Corona G, Rastrelli G, Lotti F, Cipriani S, Forti G et al . Prevalence of endocrine and metabolic disorders insubjects with erectile dysfunction: A comparative study. J Sex Med.2015; vol;12: pág. 956–965.[citado 15 marzo 2016]. Recuperado de [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2568911](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2568911)

31.- Antonucci M, Palermo G, Marco Recupero S, Bientinesi R, Presicce F, Foschi N et al. Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia.2015; Vol; 87, pag 4. [citado 15 febrero 2016].Recuperado de <http://www.pagepressjournals.org/index.php/aiua/article/view/aiua.2>

32.- Ludwig W, Phillips M. Organic Causes of Erectile Dysfunction in Men Under 40.Uro Int.2014; vol92:pag1–6..[citado 15 marzo 2016].Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281298>

- 33.- Bortolotti F, Fedele D, Chatenoud L, Colli E, Coscelli C, Landoni M et al. Cigarette smoking: a risk factor for erectile dysfunction in diabetics. *Eur Urol* ,2001; pág. 392-396. [citado 15 marzo 2016]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11713392>
- 34.- Cassidy A, Franz M, Rimm E. Dietary flavonoid intake and incidence of erectile dysfunction. *the American journal of clinical nutrition*.2016; Vol 103:534–41 .[citado 15 de febrero]. Disponible en <http://ajcn.nutrition.org/content/103/2/534.full.pdf+html>
- 35.- Santibáñez C, Anchique C, Herdy A, Zeballos C, González G, Fernández R et al. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca. *Rev Chil Cardiol* 2016; 35: 216-221.Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v35n3/art02.pdf>.
- 36.- Valles C, Fernández J, Fernández-González F. Etiología neurógena en pacientes con disfunción erectil. *Arch. Esp. Urol*.2008; Vol 61, 3 (403-411) [citado 15 marzo 2016]. Disponible en [www.elesevier.es](http://www.elesevier.es)
- 37.- Sidney S. Modifying Risk Factors to Prevent and Treat Erectile Dysfunction. *J Sex Med*.2012; pag 1-5. [citado 15 de febrero]. Disponible en DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02816.x

- 38.- Glina S, Sharlip I, Hellstrom W. Modifying Risk Factors to Prevent and Treat Erectile Dysfunction. *J Sex Med.*2013; Jan; 10 (1): Volume 10, Issue 1, Pages 115–119. [citado 15 abril 2016]. Disponible doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02816.x
- 39.- Hsiao W et al . Exercise is associated with better erectile function in men under 40 as evaluated by the international index of erectile function. *J Sex Med.* 2012; Feb;9(2):524-30. [citado 15 abril]. Disponible en doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02560.x.
- 40.- Bella A, Lee J, Carrier S. CUA Practice guidelines for erectile dysfunction. *Can Urol Assoc J.* 2015; Jan-Feb; 9(1-2): pág. 23–29.[citado 15 abril]. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336024/>
- 41.- López-Fando L, Allona A, Bueno C, Córdoba L .Sintomatología tracto urinario inferior y disfunción eréctil. Monográfico: disfunción eréctil. *Arch. Esp. Urol.* 2010; 63 (8): 655-662. [citado 15 abril]. Recuperado de <http://www.scielo.escii.es/pdf/urol/v63n8/11.pdf>
- 42.- Shimizu S et al. Lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia/benign prostatic enlargement and erectile dysfunction: Are these conditions related to vascular dysfunction?. *International Journal of Urology.*2014; Vol 21, pag 856–864. [citado 15 abril]. Recuperado de doi: 10.1111/iju.12501

- 43.- Z Zhang , Z Li, Q Yu , C Wu , Z Lu, F Zhu et al.. The prevalence of and risk factors for prostatitis-like symptoms and its relation to erectile dysfunction in Chinese men. *Andrology*.2015; Vol 3(6):1119-24.[citado 15 de febrero 2016]. Disponible en doi: 10.1111/andr.12104
- 44.- Cajoto V, Díaz J, Sánchez J, García F, Forjan S, Iglesias M. Disfunción eréctil: un problema poco valorado en Medicina Interna. Estudio de pacientes y medicación relacionada. *An Med Interna (Madrid)*.2006; Vol; 23: 115-118.[citado 3 febrero 2016]. Disponible en [http://www. http://scielo.isciii.es /scielo.php?script =sci\\_arttext&pid =S0212-71992006000300004](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000300004)
- 45.- Kumsar NA, Kumsar U, Dilbaz N. Sexual dysfunction in men diagnosed as substance use disorder. *Andrologia*. 2016 Mar 4. doi: 10.1111/and.12566. PMID: 26940022
- 46.- Cabello F. Aspectos psicosociales del manejo de la disfunción eréctil. Hábitos tóxicos y estilo de vida. La pareja en la disfunción eréctil. Psicoterapia y terapia de pareja. Monográfico: Disfunción Eréctil. *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63 (8): 693-702. Disponible en [www. http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/16.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/16.pdf).
- 47.-Sánchez J, García J, Gómez S, Jiménez C. Servicios de Urología y Medicina Preventiva. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España. Prevalencia y factores de riesgo de disfunción eréctil en la Comarca del Bierzo. *Arch. Esp. de Urol.*, 54, 3 (229-

239), 2001. Disponible en [www. http://aeurologia.com/pdfs/articulos/1633420915876-eng.pdf](http://aeurologia.com/pdfs/articulos/1633420915876-eng.pdf)

48.-Martin-Morales A, Gutierrez P. Efectividad y satisfacción con el tratamiento en pacientes con disfunción eréctil en España: Estudio EDOS. *Actas Urol Esp.*2010; vol;34(4): pág. 356–364.[citado 15 de abril 2016]. Disponible en [www.http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v34n4/origin al5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v34n4/origin al5.pdf)

49.- Franquet E, Garcías C, Navarro L, Palomino A, Panisello N, Paredes V. ¿Cómo afrontan los hombres la disfunción eréctil? Asociación española de enfermería en urología. 2011; Núm. 118 Abril/mayo/junio. [citado 3 febrero 2016]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3724068.pdf>

50.-Arratia-Maqueo J, Cortes-Gonzalez J, Garza-Cortes R. Evaluación de la satisfacción sexual masculina posterior a la vasectomía. *Actas Urol Esp.* 2010; 34(10):870–873(2010). [citado 15 de febrero 2016 ]. Disponible en [www.elsevier.es/actasuro](http://www.elsevier.es/actasuro)

51.- Rosen R, Cappelleri J, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF) a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research.*2002; Vol14, pag226–244.[citado 3 marzo 2016] Recuperado de <http://www.nature.com/ijir/journal/v14/n4/pdf/3900857a.pdf>.

52.- Sánchez J, González E. Disfunción eréctil. JANO.2009; N° 1.745. [citado 15 de abril 2016] Disponible en [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1745/27/00270033\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1745/27/00270033_LR.pdf)

53.- Rynja R. IIEF-15: Unsuitable for Assessing Erectile Function of Young Men. J Sex Med.2010; Vol 7:2825–2830.[citado 15 de abril 2016].Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487234>

54.- Morales J y Moya M. El estudio de las actitudes. Tratado de Psicología Social, vol. I: Procesos Básicos (pp. 215-240). Madrid España: Mc Graw Will Madrid; 1996.

55.- Sánchez S. Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación 2011.[ citado 15 de abril 2016].Recuperado de <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.Pdf>

56.- Ubillus S, Mayodormo S, Paez D. Psicología social, cultura y educación. Capitulo X .Pagina 6-7 Madrid: Editorial Pearson Educación ; 2003



## ANEXOS

### ANEXO 1

**Tabla 7.** Índice internacional de función eréctil, adaptación peruana.

Durante las últimas cuatro semanas:	0	1	2	3	4	5
<i>¿Con qué frecuencia puede lograr usted una erección durante la actividad sexual?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>Cuando usted ha tenido erecciones con estimulación sexual; ¿cuán frecuentemente fueron lo suficientemente duras para la penetración?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando usted ha intentado tener relaciones sexuales?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>¿Cuántas veces fue usted capaz de mantener una erección una vez que penetró a su pareja?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil le fue a usted mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?</i>	SRS	ED	MD	D	LD	ND
<i>¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?</i>	SRS	1-2	3-4	5-6	7-10	11 a más
<i>Cuando intentó usted tener relaciones sexuales, ¿cuántas veces le resultó satisfactorio?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>¿Cuánto placer le produjo la relación sexual?</i>	SRS	SP	CSP	MP	MMP	EP
<i>Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿cuántas veces eyaculó?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales; ¿qué tan seguido tuvo un orgasmo?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>¿Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?</i>	SRS	N	PV	AV	MV	CS
<i>¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?</i>		MB	B	M	A	MA
<i>¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?</i>		MMM	MM	SD	MS	MMS
<i>¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?</i>		MMM	MM	SD	MS	MMS
<i>¿Cómo califica usted su seguridad de tener una erección?</i>		MB	B	M	A	MA

SRS: No tengo actividad sexual; N: Casi nunca o nunca; PV: Pocas veces (menos de la mitad de las veces); AV: Algunas veces (más o menos la mitad de las veces); MV: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces); CS: Casi siempre o siempre.

ED: Extremadamente difícil; MD: Muy difícil; D: Difícil; LD: Ligeramente difícil; ND: No fue difícil.

SP: Sin placer; CSP: Casi sin placer; MD: Moderadamente placentero; MMP: Muy placentero; EP: Extremadamente placentero.

MB: Muy bajo o ninguno; B: Bajo; M: Moderado; A: Alto; MA: Muy alto

MMM: Muy descontento; MM: Moderadamente descontento; SD: Satisfecho y descontento a la vez; MS: Moderadamente satisfecho; MMS: Muy satisfecho

Nota del Editor: La escala desarrolla cada respuesta de forma separada, esta es una forma resumida para facilitar su publicación.

## ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

*Al colaborar con la recolección de información Ud contribuye a la ejecución de la tesis doctoral: Disfunción eréctil: prevalencia, factores de riesgo y actitudes en la provincia de Chiclayo 2017.*

Peso: kg talla: mt : IMC < 25kg/m<sup>2</sup> ( ) 25-<30 kg/m<sup>2</sup>( ) >=30 kg/m<sup>2</sup>  
Lugar encuesta: centro salud/policlinico( ) hospital( ) centro privado ( )  
Adscrito a: minsa ( ) essalud( ) otros ( )

### **PRIMER CUESTIONARIO: INFORMACION GENERAL Y FACTORES DE RIESGO. POR FAVOR MARQUE CON "X" EN LOS PARÉNTESIS EN BLANCO QUE UD. CONSIDERE:**

#### **INFORMACION GENERAL:**

- 1.-Ud reside en: Chiclayo ( ) otro distrito ( ) que distrito
- 2.-Ud procede de zona: urbana ( ) rural( )
- 3.- Ud tiene pareja estable. SI( ) NO ( ) Si la rpta es SI: casado( ) conviviente( )
- 4.-SU OPCION SEXUAL ES : homosexual( ) heterosexual ( )

#### **FACTORES DE RIESGO**

- 4.-Su edad :35-39( ) 40-44( ) 45-49( ) 50-54( ) 55-59( ) 60-64( ) >=65 ( )
- 5.-Fumado Ud en el último año:  
Frecuentemente() Moderadamente() SI:\_\_\_\_  
Pocas veces() Nunca() NO:\_\_\_\_
- 6.-tomado alcohol usted en último año.  
Frecuentemente() Moderadamente() SI:\_\_\_\_  
Pocas veces() Nunca() NO:\_\_\_\_
- 7.-realiza usted actividad física:  
Frecuentemente() Moderadamente() SI:\_\_\_\_  
Pocas veces() Nunca() NO:\_\_\_\_
- 8.- padece ud de hipertension arterial: SI ( ) NO ( )
- 9.-padece ud de diabetes mellitus: SI ( ) NO ( )
- 10.- padece ud de elevacion del colesterol: SI ( ) NO ( )
- 11.-ha tenido ud algun problema coronario (infarto):SI ( ) NO ( )
- 12.-padece o ha tenido alguna afeccion prostatica: SI ( ) NO ( )

**SEGUNDO CUESTIONARIO: INDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL (ADAPTACIÓN PERUANA).** Por favor lea atentamente y marque con "X" el recuadro que Ud considere ; en la parte inferior esta detalle de las iniciales que encontrara en los recuadros de cada ítem.

Pgt	Durante las últimas 4 semanas	0	1	2	3	4	5
1	¿Con que frecuencia puede lograr Ud una erección durante la actividad sexual?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
2	Cuándo Ud ha tenido erecciones con estimulación sexual. ¿Cuán frecuentemente fueron lo suficientemente duras para la penetración?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
3	¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando Ud ha intentado tener relaciones sexuales?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
4	¿Cuantas veces fue capaz Ud de mantener una erección una vez que penetro a su pareja?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
5	Durante las relaciones sexuales. ¿Qué tan difícil le fue a Ud mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?	SRS	ED	MD	LD	D	ND
6	¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?	SRS	1-2	3-4	5-6	7-10	11 a mas
7	Cuando usted intento tener relaciones sexuales. ¿Cuantas veces le resulto satisfactorio?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
8	¿Cuánto Placer le produjo la relación sexual?	SRS	SP	CSP	MP	MM P	EP
9	Cuando usted tuvo estimulación o relaciones sexuales. ¿Cuántas veces eyaculo?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
10	Cuando usted tuvo estimulación o relaciones sexuales ¿Que tan seguido tuvo un orgasmo?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
11	¿Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
12	¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?		MB	B	M	A	MA
13	¿Cuán satisfecho esta Ud con su vida sexual?		MMM	MM	SD	MS	MM S
14	¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?		MMM	MM	SD	MS	MM S
15	¿Cómo calificaría Ud su seguridad de tener una erección?		MB	B	M	A	MA

SRS: no tengo relaciones sexuales; N: nunca o casi nunca; PV: pocas veces(menos de la mitad de las veces); AV: algunas veces(más o menos la mitad de las veces); MV: la mayoría de las veces( más de la mitad de las veces); CS: casi siempre o siempre

ED. Extremadamente difícil; MD: muy difícil; D: difícil; LD: ligeramente difícil; ND: no fue difícil

SP: sin placer; CSP: casi sin placer; MP: moderadamente placentero; MMP: muy placentero; EP : extremadamente placentero

MB: muy bajo; B: bajo; M: moderado; A: alto; MA: muy alto

MMM. muy descontento; MM : moderadamente descontento; SD: Satisfecho y descontento a la vez; MS: moderadamente satisfecho; MMS: muy satisfecho.

**TERCER CUESTIONARIO:** Por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes ítems acerca de actitudes frente a disfunción eréctil marcando con X en el recuadro donde Ud. considere. Señale su posición teniendo en cuenta que:

1 = Totalmente en desacuerdo.

2= Algo en desacuerdo.

3= Ni acuerdo ni desacuerdo.

4= De acuerdo.

5= Totalmente de acuerdo.

Actitudes Frente a Disfunción Eréctil.	5	4	3	2	1
	totalmente de acuerdo	de acuerdo	ni en acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
La potencia sexual baja con los años					
Niego ir a la cama con alguna pareja no estable por la Disfunción eréctil.					
Estoy bien informado de disfunción eréctil por el especialista en urología.					
Experimento una sensación de pánico por la disfunción eréctil.					
La disfunción eréctil compromete mi dignidad como pareja.					
En la intimidad con mi pareja me angustio por la disfunción eréctil.					
Sobrellevo la disfunción eréctil de la mejor manera posible.					
Rechazo vida sedentaria y practico deporte para evitar se incremente la disfunción eréctil.					
En mi vida de pareja hay un desequilibrio a raíz de mi problema de disfunción eréctil.					
He pasado evaluación urológica y tomo medicación tipo viagra.					
Puntaje:					

### ANEXO 3

ACTITUD FRENTE DISFUNCION ERECTIL	PUNTAJE
MALA	10-20
REGULAR	21-30
BUENA	31-40
MUY BUENA(EXCELENTE)	41-50

#### **ANEXO 4:**



*UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO- DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD*

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado señor por la presente reciba el cordial saludo del personal médico investigador de la tesis doctoral titulada *Disfunción Eréctil : Prevalencia, Factores De Riesgo y Actitudes en la Provincia De Chiclayo 2017* que tiene como objetivo establecer prevalencia y analizar la disfunción eréctil en los pacientes residentes de la provincia de Chiclayo con finalidad de orientar en el tratamiento ; la cual es dirigida por Mg Luis Felipe Pérez Medina, adscrito a la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque en programa doctoral de Ciencias de la Salud.

La información que se brinde será de ayuda para conocer la dimensión del problema y abordar de mejor manera a los pacientes con esta enfermedad. Así mismo se precisa que está en libertad de abandonar o no responder a las preguntas de los cuestionarios que Ud. no desee. Luego de haber leído y aceptado lo previo: Yo:

Identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro que acepto participar en la presente investigación y otorgo mi consentimiento, para participar, asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento del investigador y su asesor, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Informante

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

**ANEXO 5:** Se presenta cuadros de información de la presente investigación que no responde a los objetivos planteados.

**FRECUENCIA DE INDICE DE MASA CORPORAL DE PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.**

IMC	Frecuencia	Porcentaje
<25(NORMOPESO)	413	51,6
25-<30(SOBREPESO)	352	43,9
>=30(OBESIDAD)	36	4,5
Total	801	100,0

**FRECUENCIAS DE LUGAR EJECUCION EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje
CENTRO SALUD /POLICLINICO	540	67,4
HOSPITAL	212	26,5
CENTRO PRIVADO	49	6,1
Total	801	100,0

**FRECUENCIA DE ADSCRIPCION EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.**

	Frecuencia	Porcentaje
MINSA	552	68,9
ESSALUD	200	25,0
OTROS	49	6,1
Total	801	100,0

FRECUENCIA DE LUGAR DE RESIDENCIA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
CHICLAYO	336	41,9	
OTROS DISTRITOS	465	58,1	
Total	801	100,0	

FRECUENCIA DE ZONA DE PROCEDENCIA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
URBANA	773	96,5
RURAL	28	3,5
Total	801	100,0

FRECUENCIA DE TIPO DE PAREJA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
NO PAREJA ESTABLE	98	12,2
CASADO	483	60,3
CONVIVIENTE	220	27,5
Total	801	100,0

ACTITUD DE PACIENTE FRENTE DISFUNCION ERECTIL SEGÚN IMC EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

IMC	ACTITUD DE PACIENTE FRENTE A LA DISFUNCION ERECTIL				Total
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	
NORMOPESO	1	77	75	11	164
SOBREPESO	1	65	107	8	181
OBESIDAD	0	10	14	3	27
	2	152	196	22	372

Chi-cuadrado de Pearson (p=0, 249)

ACTITUD DE PACIENTE FRENTE A LA DISFUNCION ERECTIL SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ENTREVISTADOS CON QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

ACTITUD DEL PACIENTE						
FACTORES DE RIESGO		MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	TOTAL
<b>FUMA</b> P=0.365	SI	0	9	22	3	33
	NO	2	143	174	20	339
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>ALCOHOL</b> P=0.913	SI	0	15	20	3	38
	NO	2	137	176	19	334
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>ACTIVIDAD FISICA</b> P=0.02	SI	0	31	52	11	94
	NO	2	121	144	11	278
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>HTA</b> P=0.164	SI	0	46	44	3	93
	NO	2	106	152	19	279
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>DIABETES MELLITUS</b> P=0.223	SI	0	54	57	4	115
	NO	2	98	139	18	257
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>ELEVACION COLESTEROL</b> P=0,272	SI	0	17	36	4	57
	NO	2	135	160	18	315
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>INFARTO</b> P=0.533	SI	0	9	15	0	24
	NO	2	143	181	22	348
	TOTAL	2	152	196	22	372
<b>AFECCION PROSTATICA</b> P=0.210	SI	2	48	65	6	121
	NO	0	104	131	16	251
	TOTAL	2	152	196	22	372



DISFUNCION ERECTIL SEGÚN TIPO DE PAREJA EN PACIENTES ENTREVISTADOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AMBULATORIA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2017

DE	TIPO DE PAREJA			Total
	SIN PAREJA ESTABLE	CASADO	CONVIVIENTE	
GRAVE	0	4	2	6
MODERADA	6	36	8	50
LEVE	39	192	85	316
AUSENCIA	53	251	125	429
	98	483	220	801

Chi cuadrado de Pearson ( $p=0,531$ )

**ANEXO 6:** fotos relacionada a lugar de ejecución de la presente investigación











