

MÉD. GRAL. CUAUHTÉMOC PÉREZ ÁNGEL

2020 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ASOCIACIÓN CON LA SATISFACCIÓN
SEXUAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ASOCIACIÓN CON LA
SATISFACCIÓN SEXUAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MÉD. GRAL. CUAUHTÉMOC PÉREZ ÁNGEL

DIRIGIDO POR

M.C.E. MA. AZUCENA BELLO SÁNCHEZ

QUERÉTARO, QRO. NOVIEMBRE 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ASOCIACIÓN CON LA SATISFACCIÓN
SEXUAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Cuauhtémoc Pérez Ángel

Dirigido por:

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez

SINODALES

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez.

Presidente

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Secretario

Med. Esp. Patricia Flores Bautista

Vocal

Med. Esp. Verónica Campos Hernández

Suplente

M.I.M. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Noviembre, 2020
México

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad en la que subyacen mecanismos neurovasculares que afectan múltiples órganos y sistemas, entre los que se encuentran los órganos sexuales y enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales. Entre ellos la satisfacción sexual cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad, entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden repercutir. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio transversal comparativo, se incluyó a hombres de entre 20 a 50 años de edad con diagnóstico de DMT2 al menos 5 años. Se conformaron dos grupos pacientes con DMT2 con funcionalidad familiar y pacientes DMT2 con disfuncionalidad familiar se comparó para saber si existe diferencia en ambos grupos. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula tamaño de muestra para dos proporciones con un nivel de confianza de 95% ($Z_{\alpha} = 1.64$), poder de prueba de 80% ($Z_{\beta} = 0.842$). Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron los pacientes con enfermedades concomitantes y se eliminaron aquellos que no concluyeron el cuestionario. Se midieron variables sociodemográficas, tiempo con la pareja, frecuencia de relaciones sexuales, mediante la aplicación de un cuestionario. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva, para las variables cuantitativas se calculó promedios. Para las cualitativas, se usaron frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza para porcentajes. **Consideraciones éticas:** Se apegó a las normas éticas institucionales, a la Ley General de Salud y a la declaración de Helsinki, Finlandia. **Resultados:** La satisfacción sexual prevaleció en ambos grupos, para los de adecuada funcionalidad familiar en 98% (IC 95%; 52.9 – 101.9) y para los de disfuncionalidad familiar en 66% (IC 95%; 52.9 – 79.1) y solo el 34% (IC 95%; 20.9 – 47.1), dicen tener disfuncionalidad familiar y mala satisfacción, resultando significativo con $p = 0.000$. **Conclusiones:** Existe asociación entre funcionalidad familiar y satisfacción sexual, sin embargo puede haber disfuncionalidad familiar con buena satisfacción sexual.

(Palabras clave: Diabetes mellitus, satisfacción sexual, funcionalidad familiar)

SUMMARY

Objective: Materials and methods: Results: Conclusions:

(Key words:)

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

DEDICATORIAS

A mi esposa Ma. de Jesús, que siempre me ha apoyado de manera incondicional en este viaje llamado residencia médica, que estuvo en los momentos difíciles impulsando cada momento.

A mis hijas Abril y Fernanda, que son mi gran motor para seguir adelante. Mi mayor inspiración.

A mis padres, Flavia y Alfonso, por haberme inculcado a lo largo de mi vida la perseverancia y la constancia, como forma de superación. Y su apoyo incondicional que siempre ha estado presente.

A mis hermanos y hermanas, que aunque en la distancia siempre conté con cada uno de ellos, para consejos y motivaciones.

A mis compañeros colegas y amigos de la residencia médica.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitir culminar esta importante etapa de mi vida.

A la Dra. Azucena Bello Sánchez, sin duda la persona que más agradezco para la realización de esta tesis, por su paciencia, dedicación y apoyo en todo momento. Por haberme motivado para hacer de la investigación algo placentero.

Al Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por todo su apoyo siendo mi profesor titular en la residencia médica. Gracias por estar siempre al pendiente.

Gracias a todos los que contribuyeron de manera directa e indirectamente a mi formación como médico especialista en medicina familiar.

Dirección General de Bibliotecas de la UAO

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de gráficas	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Diabetes Mellitus tipo 2	3
II.2 Salud Sexual	4
II.3. Familia	13
II.4 Satisfacción sexual y Diabetes mellitus	
III. Fundamentación teórica	4
IV. Hipótesis	22
V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	24
VI.1 Tipo de investigación	24
VI.2 Población o unidad de análisis	24
VI.3 Muestra y tipo de muestra	24
VI. Técnicas e instrumentos	26
VI. Procedimientos	27
VII. Resultados	29

VIII. Discusión	39
IX. Conclusiones	41
X. Propuestas	42
XI. Bibliografía	43
XII. Anexos	47

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
VII.1 Frecuencia según la edad.	31
VII.2 Características sociodemográficas.	32
VII.3 Años de evolución.	33
VII.4 Tiempo con la pareja actual.	34
VII.5 Frecuencia de relaciones sexuales.	35
VII.6 Asociación de funcionalidad familiar y satisfacción sexual.	35

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
VII.1 Frecuencia de relaciones sexuales por semana	36
VII.2 Años de evolución	37
VII.3 Funcionalidad familiar asociado a la satisfacción sexual	38

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ADA: American Diabetes Association

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DE: disfunción eréctil

SD: Disfunciones sexuales

DSE: Disfunción sexual eréctil

Guías ALAD: Guías latinoamericanas de diabetes

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, México se encuentra en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes, y por lo tanto se considera uno de los problemas médicos de salud pública más importantes a los que se enfrenta la población mexicana. Y según estimaciones se espera que, para 2030, la prevalencia alcanzaría de 12 a 18%, y para 2050, de 14 a 22% (Meza-Rodríguez y colaboradores 2015).

Constituye la tercera causa de muerte y de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, el 10.3% de los adultos entre 20 y años se saben portadores de este padecimiento, de ahí la importancia de estudiarlo.

La diabetes mellitus tipo 2, también se caracteriza por complicaciones de microangiopatía, tales como retinopatía, nefropatía y neuropatía. Varios estudios demuestran que la neutralización de moléculas reactivas ha sido capaz de inhibir significativamente el desarrollo de disfunción endotelial, miocardiopatía, retinopatía, nefropatía y neuropatía en pacientes con diabetes mellitus (Campos-Nonato 2018).

Entre las complicaciones también destaca la satisfacción sexual cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad, cuyas afecciones van desde la disfunción eréctil que se presenta más tempranamente en comparación con la población normal, así como eyaculación retrograda producto del daño de los nervios simpáticos aferentes.

Sin duda, en la actualidad este tema aún continua siendo un tabú, por las dificultades en la comunicación médico-paciente y entre parejas, el cual está siendo influenciado por factores culturales arraigados que conllevan a una afectación dentro de la sexualidad del paciente portador de diabetes mellitus y que puede desencadenar una alteración en la funcionalidad familiar.

En lo que respecta a la salud sexual se continúa descuidando no sólo por los profesionistas de la salud, sino también por los programas educativos y las políticas de salud pública, lo cual se ve reflejado en innumerables problemáticas relacionadas con la sexualidad de los individuos.

En México el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 va en aumento y esto asociado a sus muchas complicaciones entre ellas la sexual. La insatisfacción que se ve reflejada en el aumento considerable de divorcios, y junto a ello la disfunción del núcleo familiar su repercusión dentro de la dinámica familiar que se ve afectada por dicha situación.

En investigaciones previas realizadas en el mundo se realizó un seguimiento a más de 1.000 varones con diabetes en Italia durante tres años; el 19% se quejaba de disfunción eréctil. La incidencia aumentaba con la edad, la duración de la diabetes y el deterioro del control metabólico. Además, la gravedad de la disfunción eréctil iba asociada con el aumento del nivel de HbA1c (Fedele D 2001).

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control de la diabetes mellitus tipo 2, sigue siendo una asignatura pendiente y un reto para los profesionales de la salud su adecuado control y evitar las complicaciones que pudieran manifestarse, como la salud sexual del paciente que se ve afectado por este padecimiento, y este problema genera barreras comunicacionales en la pareja que afectan tanto las actividades familiares, sociales y psicológicas que muchas veces favorecen o terminan en la disfunción familiar.

Por lo tanto, es de gran importancia conocer la funcionalidad familiar y la satisfacción sexual en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Al identificar adecuadamente estos problemas se contribuirá a mejorar la relación de la pareja así como la dinámica familiar y su funcionamiento familiar.

II. ANTECEDENTES

La diabetes mellitus tipo 2 está asociada a diferentes complicaciones a largo plazo, tales como la insuficiencia renal y la enfermedad cardíaca isquémica, son una amenaza para la supervivencia, sin embargo otras como las lesiones oculares y nerviosas, tienen un fuerte impacto sobre la calidad de vida.

Pero las dificultades sexuales, que afectan tanto a mujeres como a varones con diabetes mellitus tipo 2, suelen recibir menos atención de la que sería necesaria, a pesar de los altos niveles de sufrimiento que generan, la satisfacción sexual es una importante preocupación para las personas con diabetes.

La diabetes mellitus tipo 2, es uno de los principales factores de riesgo de dificultades sexuales en los varones. Éstas suelen manifestarse en forma de disfunción eréctil, en la cual los hombres experimentan una incapacidad persistente de conseguir o mantener una erección suficiente para desarrollar la actividad sexual de manera satisfactoria. Este trastorno es frecuente entre la población general masculina, y ello genera un problema importante en la funcionalidad familiar de las parejas, sobre todo por la insatisfacción y es causa importante de divorcios y alteran toda la estructura y dinámica familiar.

Por anterior los médicos de primer nivel deberían identificar deberían mantener una concienciación constante del profundo efecto que la diabetes podría tener sobre el funcionamiento sexual en varones y mujeres, y de la necesidad de enviar a tiempo al paciente al especialista adecuado.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

II.1. Diabetes mellitus tipo 2

II.1.1. Definición

La diabetes mellitus tipo 2, (DMT2) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas.

II.1.2. Fisiopatología.

La progresión patológica, se desarrolla a partir de tres defectos metabólicos

-Resistencia periférica a la insulina.

Es una declinación en la sensibilidad celular a la insulina y la necesidad creciente de cantidades de insulina mayores a lo normal para mediar la captación de glucosa. La hiperinsulinemia disminuye el número de receptores de insulina, una manifestación de la forma de resistencia a la insulina. La obesidad es la causa más frecuente de estos defectos.

-Alteración de la función de la célula β .

La respuesta inicial a la resistencia a la insulina es un incremento de la producción de insulina por las células β . Para cuando la glicemia en ayunas excede crónicamente 110 a 120mg/dl se ha perdido la primera fase de secreción, permitiendo una elevación excesiva y prolongada de la glicemia posprandial. Con tal estimulación persistente, las células β secretan más insulina en respuesta a la carga de glucosa. La hiperinsulinemia posprandial inicialmente puede hacer que la concentración de glucosa en ayunas revierta más de lo normal.

Sin embargo, el defecto de la célula β es de carácter progresivo, y la respuesta de la insulina sanguínea eventualmente se vuelve inadecuada. La hiperglicemia en ayunas se convertirá en un estímulo persistente para que el páncreas sostenga una secreción de insulina durante todo el día, provocando un estado de hiperinsulinemia crónica.

-Sobreproducción de glucosa hepática.

La resistencia a la insulina suprime el control de retroalimentación mediado por la glucosa de la producción de glucagón. El nivel elevado de glucagón estimula la glucogenólisis hepática y la gluconeogénesis, perpetuando la hiperglicemia. (Cervantes y Presno, 2013; Hernando, 2011)

II.1.3. Epidemiología

A nivel mundial según las estimaciones de la Organización mundial de la salud (OMS) 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. El 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes en 2012. (WorldHealthOrganization2016WHO)

Según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) Aproximadamente 62 millones de personas tienen Diabetes tipo 2 en las Américas, constituye la 4 causa de muerte, más un 30 a 40 % de personas que aún desconocen su enfermedad, y según proyecciones para 2040 llegara a 110 millones de casos. (Organización Panamericana de la Salud 2016).

Se sabe que el 50 al 75% de los pacientes no están controlados, con ello incrementa el riesgo de complicaciones como neuropatía, ceguera, enfermedad renal, amputaciones, y alteraciones neurológicas.

En el 2011, México ocupaba el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y las proyecciones refieren que para el año 2025, el país ocupara el sexto o séptimo lugar. (Guías ALAD 2018).

El incremento en la esperanza de vida, unida a factores genéticos y a una mayor exposición a factores de riesgo relacionados con cambios en el estilo de vida (como sedentarismo, obesidad, cambios nutricionales y estrés), son algunas de las explicaciones que se le han dado al incremento de la morbilidad y mortalidad por DM2 en México, evidente principalmente a partir de los años 60 (Mejía-Arango 2011).

En nuestro país, constituye la tercera causa de muerte y de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (Ensanut), el 10.3 % de los adultos entre 20 y más años se saben portadores de este padecimiento, y es más prevalente en personas de mayor edad.

En el 2010, (de acuerdo con Moreno y Altamirano), la tasa de prevalencia más alta se observó en los estados de Morelos, Chihuahua, Durango, Coahuila, en tanto las más bajas eran Quintana Roo, Colima, Chiapas, Campeche y Puebla. Mientras Querétaro tuvo una tasa de 311 a 401 casos por cada 100,000 habitantes.

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en el estado de Querétaro según la Ensanut 2019 fue de 7.5%, siendo mayor en mujeres 8.7% y en hombres 6%, con una razón hombre: mujer de 1,4. Observándose un incremento en la prevalencia del diagnóstico médico previo de diabetes a partir de los 40 a 59 años (10,1 y 14,7% respectivamente), observando un aumento en hombre de 60 años y más (15,2%) y en mujeres de la misma edad (22,3%). En hombres la prevalencia en la población de 60 años y más fue de 1,2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. (Barquera, Campos y Hernández, 2012).

Ante esta situación las autoridades sanitarias han implementado la estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, donde se menciona que mediante un esquema proactivo de prevención con impacto a nivel nacional, el personal de salud del primer nivel de atención incrementará el número de tamices a la población para detectar a las personas con prediabetes, con el propósito de comenzar una intervención efectiva que evite o retrase la aparición de la obesidad y la diabetes tipo 2, así como las complicaciones asociadas con esta enfermedad. Secretaría de Salud. (Estrategia para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Ciudad de México: SSA, 2013).

II.1.4. Clasificación.

La diabetes Mellitus se clasifica en las siguientes categorías:

1. Diabetes tipo 1 (destrucción de células β del páncreas con déficit absoluto de insulina).
2. Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina generalmente acompañada de resistencia a la insulina).
3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
4. Diabetes por otras causas (por ejemplo: MODY, fibrosis quística, pancreatitis, diabetes inducida por medicamentos).

II.1.5. Diagnóstico

Criterios diagnósticos para Diabetes ADA 2019

1. Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).

2. Glucosa plasmática a las 2 horas de ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
3. Hemoglobina glucosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares A1C del DCCT.
4. Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL.

(Standards of Medical Care in Diabetes – 2019, American Diabetes Association, Diabetes Care).

II.1.6. complicaciones

La diabetes mellitus también se caracteriza por complicaciones de microangiopatía, tales como retinopatía, nefropatía y neuropatía. Varios estudios demuestran que la neutralización de moléculas reactivas ha sido capaz de inhibir significativamente el desarrollo de disfunción endotelial, miocardiopatía, retinopatía, nefropatía y neuropatía en pacientes con diabetes mellitus.

La disfunción sexual eréctil (DSE) es la incapacidad que se presenta hombre en lograr o mantener una erección adecuada para lograr una actividad sexual satisfactoria; y es una de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus más frecuentes que siempre está relacionado con los años de la enfermedad. (Manrique H, 2002)

Existen diferentes mecanismos que sugieren el desarrollo de DSE en el paciente con DM2, entre ellos encontramos mecanismos neurológicos, vasculares, musculares, psicógenos, hormonales, bioquímicos. (Benet 1995)

La neuropatía periférica produce una disminución en la actividad de los reflejos necesarios para la erección, produciendo una pérdida de la información

sensitiva aferente proveniente de la estimulación de las terminales nerviosas del pene, por una conducción defectuosa de sus nervios cutáneos. (Benet 1995)

La microangiopatía y la posterior arteriosclerosis de los grandes vasos pueden determinar una disminución del aporte sanguíneo ocasionando aporte deficiente de oxígeno en los tejidos, lo que conlleva a disminución de las concentraciones de óxido nítrico con un incremento de la endotelina, manifestándose en alteraciones en la erección. (Pickard RS 2009)

También puede ocurrir glucosilación de las fibras elásticas que comprometen la relajación del cuerpo cavernoso.

Otras alteraciones como los trastornos hormonales en el eje hipotálamo hipófisis-gonadal, se sabe que no influye significativamente en la DSE de los pacientes portadores de diabetes. Pero los mecanismos psicológicos sí están implicados y pueden anteceder a la aparición de la DSE en el paciente portador de DM2, fundamentalmente la depresión con pérdida de la libido (Mc Culloch DK 1980)

II.2. Salud sexual

La OMS a partir del año 2006, definió el concepto de "salud sexual" en términos de dos principales componentes: uno como un nivel de bienestar general a nivel emocional, mental, físico y social respecto a la forma de vivir y experimentar la propia sexualidad. Y Por otro aspecto, en relación a mantener prácticas sexuales seguras, que permitan a los individuos vivir su sexualidad en ausencia de potenciales problemas físicos, enfermedades o disfunciones de índole sexual (Mella S Camila 2015).

II.2.1. Modelos teóricos

Dada la complejidad de la conducta humana tanto de manera general como a las particularidades y desafíos especiales que plantea el estudio científico de la conducta sexual, ha sido una tarea muy difícil elaborar modelos teóricos específicos que contribuyan y ayuden a la comprensión científica de los factores determinantes de la sexualidad humana.

Evidentemente, varias perspectivas teóricas generales, psicológicas y sociológicas, proporcionan elementos útiles para el análisis de las actitudes y conductas sexuales. La sexualidad ha ido cambiando de perspectiva, según se ha ido estudiando en diferentes tiempos y contextos de la historia. Pues la sexualidad se manifiesta en toda la existencia del ser humano, entonces ha surgido diversos estudios.

II.2.2. La teoría psicosexual

Freud (1973) en su obra “Tres Ensayos para una Teoría Sexual”, postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo, que hacía referencia a desarrollo desde el nacimiento del niño(a), y con ello pretendía explicar las anormalidad y normalidad de la personalidad y como también sus trastornos.

Para ello formulo su teoría en pulsaciones libidinales, esta era una energía que era capaz de desplazarse de forma evolutiva por todo el cuerpo para finalmente fijarse en la zona genital, y que también la podríamos proyectar en objetos o imagos.

Se presentan las siguientes fases del desarrollo psicosexual.

Fase oral: Según Freud (1973) en esta fase del desarrollo sexual la satisfacción del niño está centrado en la boca, y labios, pues siente placer en estas zonas, primeramente encuentra satisfacción en mamar y luego en morder, además que se inicia en el primer tiempo de vida hasta el año y medio aproximadamente.

Fase anal: Para esta que va desde el año y medio hasta los tres años es en la zona erógena anal donde se concentra la libido, y el niño(a) encuentra placer al defecar las heces y al valor simbólico de esta al ser de expulsión o retención.

Fase fálica: Esta fase es muy conocida por los complejos de Edipo y Electra en niños y niñas respectivamente. En esta fase se conforma el súper yo, solo entran en juego los genitales masculinos es decir el falo y represiones de las niñas al no tenerlo, según Freud, comprende aproximadamente desde los tres a cinco años.

Fase latente o de reposo: En esta fase su interés está centrado en los órganos sexuales y se da inicio a una vida sexual y del desarrollo genital. Va marcada por las anteriores fases, ya que la alteración de una de estas puede traer la aparición de los trastornos específicos sexuales o de la personalidad. (Pacheco, B.)

II.2.3. Teoría de la Respuesta Sexual Humana (Masters y Johnson)

Masters y Johnson (1967), realizaron un estudio sobre la fisiología sexual del ser humano esto fueron los primeros en dar a conocer al mundo una investigación sobre ese tema. Para obtener sus resultados, observaron en el laboratorio más de 10.000 secuencias de actividad sexual en 312 hombres y 382 mujeres.

La excitación sexual:

Es conocida como la acción de provocar cambios mentales y físicos en el cuerpo que preparan y facilitan a la persona para que se produzca la relación sexual. Así también se puede decir que es la primera parte de la respuesta sexual. Durante la excitación sexual tanto el hombre como la mujer experimentan un aumento del ritmo cardíaco. En la mujer se dilata la vulva y se humedece la vagina (porque en sus paredes aumenta la irrigación sanguínea, provocando la

lubricación de éstas. Esta fase comienza con la estimulación tanto física como psicológica o una combinación de ambas, ya sea a través del olfato, la vista, el tacto, el pensamiento o las emociones. Sus manifestaciones fundamentales, que pueden no ser instantáneas ni permanentes, es la lubricación de la vaginal.

La Meseta:

Es la segunda fase del ciclo de la respuesta sexual humana, según comienza tras la fase de excitación. Durante esta fase se producen una serie de fenómenos biológicos y cambios físicos como la tensión de algunos músculos que preparan tanto el cuerpo del hombre como el de la mujer para las últimas fases de la respuesta sexual, que vienen a ser el orgasmo y la resolución. En algunos casos el placer sexual puede desaparecer por breves lapsos en esta etapa, por eso el nombre de esta y el orgasmo puede llegar muy pronto o paulatinamente.

El orgasmo:

Se da en un punto donde el cuerpo libera la tensión acumulada. Esto ocurre en la cima de la excitación sexual y se produce el orgasmo en la cual se manifiesta con una serie de cambios física, es la tercera fase del ciclo de respuesta sexual humana. En esta fase se producen una serie de fenómenos biológicos y cambios físicos. Así mismo durante el orgasmo se libera de forma placentera toda la tensión acumulada durante la fase de meseta.

También se conoce esta etapa como "clímax" o fase culminante. Algunas personas describen el orgasmo como "una sensación de calor o ardor en los genitales", otros como "leves estímulos eléctricos o de cosquilleo que se van difundiendo por todo el cuerpo". Muchas personas coinciden en que durante el orgasmo se producen instantes de pérdida de conciencia o sensaciones de mareo intenso. La forma de expresar placer durante el orgasmo también difiere en cada caso. Al llegar al orgasmo las mujeres pueden manifestar en: gemidos, llantos, sacudidas, gritos, risas o con un profundo silencio.

La resolución:

Es la fase del ciclo de respuesta sexual humana, se puede decir que la fase de resolución es la vuelta a la normalidad, donde todos los músculos y los órganos del cuerpo vuelven a su estado inicial de reposo. En la resolución suele darse un periodo de calma que algunas parejas aprovechan para manifestarse ternura, charlar o simplemente dormir

II.2.4. Satisfacción sexual

Las conceptualizaciones acerca de la satisfacción sexual han sido diversas, pero coinciden en que tiene un componente físico y uno afectivo. Algunas la definen como la evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace 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, Otras han enfatizado su asociación con la frecuencia sexual y el orgasmo, o bien, han destacado la importancia de variables afectivas y relacionales, como el amor, las sensaciones post relaciones sexuales, la comunicación con la pareja o la iniciativa para tener relaciones sexuales. (Sandra Ahumada G, 2014)

Así pues, en la sexualidad, las actitudes cimentadas en normas y valores predeterminados por una sociedad y cultura en particular, facilitan la formación de juicios categóricos sobre los comportamientos sexuales considerados correctos o incorrectos, en ocasiones, limitando o castigando las decisiones y el actuar de las personas a través de la culpa o restricción en cuanto a la sexualidad y los mitos o tabúes que suscitan temores y celos, ya que están basados en falacias y prejuicios en contra de las manifestaciones no reproductivas de la sexualidad.

En resumen pues, la satisfacción sexual partiremos de los que significa satisfacción, ya que no hay un término definido para esta palabra porque en la actualidad no se dispone un concepto único; ya que ha ido adquiriendo muchos significados dependiendo del área de estudio como también el grado subjetivo de

las personas; pues satisfacción puede significar saciar un apetito o pasión (Trejo Pérez, 2013).

II.3. Familia

Familia es el nombre con el que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

La OMS señala que familia se entiende: “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. (Apolinar M. Miguel)

Desde la perspectiva del Médico Familiar, La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. (Archivos en Medicina Familiar 2005).

Para Díaz-Loving y Rivera Aragón (2010) la vida en pareja ha sido descrita como el más dulce de los gozos y el más perdurable de los bienes, es una fuente de satisfacción y desarrollo, sin embargo es compleja y en ocasiones hasta inalcanzable, debido a ello, el gran auge de investigaciones para conocer cuáles son esas variables que hacen que las parejas sean exitosas.

II.4 Funcionalidad familiar FF-SIL

La funcionalidad en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

El término funcionalidad de la dinámica familiar involucra cinco aspectos:

1) Adaptación, explica la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales;

2) Participación, describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales);

3) Crecimiento, se refiere a la madurez emocional y física, autorealización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo;

4) Afecto, puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia y

5) Resolución, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos. (Casanova-Rodas 2014)

Así pues, que el funcionamiento familiar brinda a la familia la oportunidad de cumplir con los objetivos y funciones que socioculturalmente le han sido asignadas, tales como las de cubrir las necesidades afectivas, emocionales y materiales de cada uno de los integrantes que la conforman; transmitir normas y valores de su propia cultura; facilitar el proceso de socialización, e instaurar patrones de conducta y relaciones interpersonales. (Otero Rejón 2016)

La OMS reconoce que en las enfermedades crónicas, el paciente y su familia son elementos claves, quienes deben estar preparados, informados y motivados para el apoyo del paciente, por ello es muy importante el funcionamiento familiar. (WHO: world Health Organization 2018).

II.5. Satisfacción sexual y diabetes mellitus

La disfunción sexual es una complicación común asociada con hombres y mujeres aceptado de DMT2. Las alteraciones en el deseo sexual y los cambios psicofisiológicos asociados con el ciclo de respuesta sexual en hombres y mujeres son características cardinales de las disfunciones sexuales.

Esta condición a menudo es el resultado de un daño en los órganos terminales inducido por la diabetes y el estrés psicológico, lo que lleva a una alteración de la función sexual normal, Se demostró que existe una correlación interesante entre SD y síndrome metabólico, un fenómeno característico de la DMT2, en los hombres, con diabetes, la disfunción eréctil (DE) es aproximadamente tres veces mayor. (Amidu, N 2017)

El diagnóstico y manejo en el tratamiento de la SD han avanzado rápidamente a lo largo de los años, en gran parte debido al mayor interés de investigación en la SD y también a la disponibilidad de varios instrumentos de evaluación sobre la función sexual y la calidad de la vida sexual .

Entre los instrumentos de evaluación de la función sexual multidimensionales que se utilizan actualmente se encuentran: Inventario breve de la función sexual masculina (BMSFI, por sus siglas en inglés); el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF); Cambios en el cuestionario de funcionamiento sexual (CSFQ); Entrevista de Derogatis para el funcionamiento sexual (DISF); Breve índice de funcionamiento sexual para mujeres; Índice de Función Sexual Femenina (FSFI); Entrevista de Derogatis para el funcionamiento sexual (DISF / DISF-SR); Breve índice de funcionamiento sexual para mujeres (BISFW); El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y el Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust (GRISS) entre otros. Estos cuestionarios autoadministrados son de inmenso valor en el diagnóstico preliminar de SD, especialmente en áreas donde los sexólogos no están disponibles y el diagnóstico de SD debe ser realizado por médicos. (Amidu 2018)

Escala de satisfacción sexual, Gayou Jurgenson (2005)

En este trabajo de investigación se utilizó este cuestionario para conocer la satisfacción sexual.

El inventario de satisfacción sexual, Gayou (2005) es una escala tipo Likert, compuesta por 29 ítems con cinco opciones de respuesta, que van de siempre a nunca. Cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.92 y una varianza de 58.279%, lo que indica una alta estabilidad. (Álvarez-Gayou 2005).

Y utiliza un punto de corte para:

Sin satisfacción menor a 92 puntos

Con satisfacción mayor a 93 puntos.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis específicas.

- Ho. EL 60% DE LOS PACIENTES CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR TIENEN SATISFACCIÓN SEXUAL, MISMO PORCENTAJE PARA LOS PACIENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SATISFACCIÓN SEXUAL.
- Ha. EL 60% O MÁS DE LOS PACIENTES CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR TIENEN SATISFACCIÓN SEXUAL, EN COMPARACIÓN CON EL 30% DE LOS PACIENTES CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SATISFACCIÓN SEXUAL.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo general.

Determinar la asociación entre satisfacción sexual y funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2 una unidad de primer nivel

V.2. Objetivos específicos.

- Determinar la satisfacción sexual que existe en el paciente con diabetes mellitus tipo 2.
- Determinar la funcionalidad familiar del paciente interrogado.
- Determinar la asociación entre satisfacción sexual y funcionalidad familiar

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de Investigación.

Estudio transversal comparativo

VI.2. Población o unidad de análisis

Pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 de 20 a 50 años que acuden a la consulta externa de la UMF 16.

VI.3. Muestra y tipo de muestra

Se utilizó una fórmula para 2 grupos, para población infinita, con un nivel de confianza al 95%, con Z_{α} de 1.64. Con poder 80%.

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_2 - p_1)^2}$$
$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2 (0.60)(0.40) + (0.30)(0.70)}{(0.7 - 0.40)^2}$$
$$n = \frac{(6.15) + (0.24) + (0.21)}{(0.3)^2}$$
$$n = \frac{(6.15) (0.45)}{(0.09)}$$
$$n = \frac{2.76}{0.09}$$

N= 30 Por cada grupo

P1: 60%: 0.60

Q1: (1-p1): 0.40

P2: 30%: 0.30

Q2: (1-p2): 0.70

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

-Pacientes 20 años a 50 años derechohabientes del IMSS de la UMF 16 que acudan a la consulta externa.

-Diagnóstico de diabetes tipo 2 más de 5 años

-Tener pareja estable o esposa mínimo 1 año de convivencia

-Firmen y acepten el consentimiento informado

b. Criterios de exclusión

-Pacientes con enfermedad depresiva o ansiedad.

-Pacientes con enfermedades neurológicas, IRC, antecedente de IAM.

-Pacientes que no deseen participar en el estudio.

c. Criterios de eliminación.

-Hoja de recolección de datos incompletos.

Paciente que decida salirse del estudio.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se recabaron variables sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos, tiempo de relación con la pareja o esposa, frecuencia de relaciones sexuales, así como las variables clínicas: tiempo de evolución de la diabetes mellitus, funcionalidad familiar y satisfacción sexual.

VI.4. Técnicas e instrumentos.

- Para evaluar y conocer la satisfacción sexual se utilizó la Escala de satisfacción sexual, Gayou Jurgenson (2005)

El inventario de satisfacción sexual, Gayou (2005) es una escala tipo Likert, compuesta por 29 ítems con cinco opciones de respuesta, que van de siempre a nunca. Cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.92 y una varianza de 58.279%, lo que indica una alta estabilidad. (Álvarez-Gayou 2005).

Confiabilidad

La confiabilidad del Inventario de Satisfacción Sexual se estableció al administrar el instrumento a la muestra de 760 personas el valor de confiabilidad al aplicar la prueba Alpha de cronbach fue de $\alpha=0.9231$, lo que indica una estabilidad muy alta.

Tabla 1 ESCALA DE SATISFACCION SEXUAL GAYOU

	Siempre	Casi siempre	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
1. Durante la relación sexual doy y me dan besos	5	4	3	2	1
2. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
3. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
4. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual	5	4	3	2	1
5. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
6. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también	5	4	3	2	1
7. Siento y tengo mucha confianza hacia mi pareja	5	4	3	2	1
8. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y que le importo a ella/el	5	4	3	2	1
9. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos	5	4	3	2	1
10. La frecuencia con la que tengo orgasmos me satisface	5	4	3	2	1
11. Me siento satisfecho (a) después de tener relaciones sexuales	5	4	3	2	1

12. En mis relaciones sexuales me siento libre	5	4	3	2	1
13. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas	5	4	3	2	1
14. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio	5	4	3	2	1
15. En mis relaciones sexuales me siento seducido (a)	5	4	3	2	1
16. Mis relaciones sexuales son placenteras	5	4	3	2	1
17. En mis relaciones sexuales siento erotismo en la pareja	5	4	3	2	1
18. Se da una entrega total en mí y mi pareja	5	4	3	2	1
19. En mis relaciones sexuales se da respeto	5	4	3	2	1
20. Siento respeto mutuo en las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
21. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
22. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
23. Son importantes durante mis relaciones sexuales los sabores	5	4	3	2	1
24. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual	5	4	3	2	1
25. Ver a mi pareja desnuda y yo estarlo, es importante para disfrutar una relación sexual	5	4	3	2	1
26. Me cuesta trabajo escuchar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1
27. Planeamos nuestras relaciones sexuales	5	4	3	2	1
28. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1

- Para evaluar y conocer la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL.

Descripción.

El test FF-SIL es un instrumento para evaluar cualitativamente la funcionalidad familiar.

Este cuestionario permite evaluar la cohesión (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la armonía (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la comunicación (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la permeabilidad (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la afectividad (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los roles (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y la adaptabilidad (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera).

El Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. No. de Situaciones Variables que mide

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad

- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca.....	1 punto.
Pocas veces.....	2 puntos.
A veces.....	3 puntos.
Muchas veces.....	4 puntos.
Casi siempre.....	5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- De 70 a 57 puntos..... Familias funcionales
- De 56 a 43 puntos..... Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos..... Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos..... Familia severamente disfuncional

Validación.

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar. Test de funcionamiento familiar (FFSIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

El cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar, que previamente se validó con α de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$).

VI.5. Procedimiento

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino y vespertino a la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que se obtendrían al decidir participar en el mismo.

Una vez que el paciente aceptó participar y firmó el consentimiento informado y se procedió a entregarles los 2 cuestionarios que correspondían al FF-SIL buscando la funcionalidad familiar y la encuesta de Satisfacción Sexual.

Cuando se obtuvo el número suficiente de encuestas requisitadas se procedió a vaciar la información en una base de datos para posteriormente iniciar con el análisis; en donde la intención es dar a conocer los resultados al personal médico encargado y la autoridades con la finalidad que en caso de que presente alguna situación que requiera atención por otro especialista se pondrá a consideración del médico tratante.

Así mismo se tiene la intención de presentar este proyecto en foros, congresos y realizar la publicación.

VI.5.1. Análisis estadístico

Se calcularon promedios, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó la prueba de X^2 , con un nivel de confianza del 95%.

Se utilizó el sspss 20.0 para análisis de datos.

VI.5.2. Consideraciones éticas.

El presente estudio se apegó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como, en la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Fortaleza 2013.

Considerada como una investigación sin riesgo de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 inciso I.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación.

Se garantizó la confidencialidad de resultados y la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o la salud.

VII. RESULTADOS

Se analizaron 100 pacientes masculinos, 50 para cada grupo con funcionalidad y sin funcionalidad familiar, con una edad mínima de 20 y máxima de 50 años; La edad que prevaleció en el grupo con funcionalidad familiar fue del rango de 46 a 50 años con 21 pacientes, (IC 95%; 28.3 – 55.7) mientras que en el grupo de disfunción familiar fueron los de 41 a 45 años con 22 pacientes, (IC 95%; 30.2 – 57.8) (Cuadro VII.1).

En cuanto la escolaridad el 46% de ambos grupos refirió haber completado la preparatoria (IC 95%; 32.2 – 59.8); en lo que respecta a la ocupación prevaleció el ser obrero, para el grupo con funcionalidad familiar en 58% (IC; 44.3 – 71.7) y 62%(IC 95%; 48.5 – 75.5) para los pacientes con disfunción familiar. (Cuadro VII.2).

De acuerdo al estado civil, la unión libre predomina en el grupo con funcionalidad familiar en 60% (IC 95%; 46.4 – 73.6) mientras que en el grupo de disfuncionalidad familiar en 54% (IC 95%; 40.2 – 67.8) (Cuadro VII.2).

Al encuestar a los pacientes sobre los años de evolución, ambos grupos refirieron estar en rango de 5 a 9 años, los del grupo de funcionalidad familiar en 56% (IC 95%; 42.2 – 69.8) y los de disfunción en un 66% (IC 95%; 53.9 – 79.1) (Cuadro VII.3)

Otra variable medida fue el tiempo con la pareja actual, se encontró que en el grupo de funcionalidad familiar predominó de 5 a 9 años, en 52% (IC 95%; 38.2 – 65.8), y el grupo de disfuncionalidad familiar en 42% (IC 95%; 28.3 – 55.7) en el rango de mayor a 10 años de tiempo con la pareja (Cuadro VII.4)

Respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, en el grupo de funcionalidad familiar el 46% (IC 95%; 32.2 – 59.8), afirmaron tener 3 veces por semana, mientras que en el grupo de disfuncionalidad el 52% (IC 95%; 38.2 –

65.8) dijeron mantener relaciones sexuales 2 veces por semana con su pareja. (Cuadro VII.5).

En cuanto a la funcionalidad familiar asociado a la satisfacción sexual se encontró que para ambos grupos prevaleció la satisfacción sexual, en los de adecuada funcionalidad familiar de 98% (IC 95%; 52.9 – 101.9) y en los de disfuncionalidad familiar el 66% (IC 95%; 52.9 – 79.1) y solo el 34% (IC 95%; 20.9 – 47.1), dicen tener disfuncionalidad familiar y mala satisfacción, resultando significativo con $p = 0.000$. (Cuadro VII.6).

Además de una correlación de variables de .697, con una $p = .000$. Es una correlación positiva moderada, estadísticamente significativa.

Cuadro VII.1 Frecuencia según la edad con funcionalidad familiar y sin funcionalidad familiar
n=100

Edad (años)	Funcional		IC 95%		Disfuncional		IC 95%		Valor de P
	Frecuencia	%	Inferior	Superior	Frecuencia	%	Inferior	Superior	
20 - 25	1	2	1.9	5.9	6	12	3	21	0.56
26 - 30	1	2	1.9	5.9	3	6	0.6	12.6	
31 - 35	4	8	0.5	15.5	3	6	0.6	12.6	
36 - 40	9	18	7.4	28.6	5	10	1.7	18.3	
41 - 45	14	28	15.6	40.4	22	44	30.2	57.8	
46 - 50	21	42	28.3	55.7	11	22	10.5	33.5	

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Cuadro VII.2. Variables sociodemográficas en pacientes con y sin funcionalidad familiar n=100

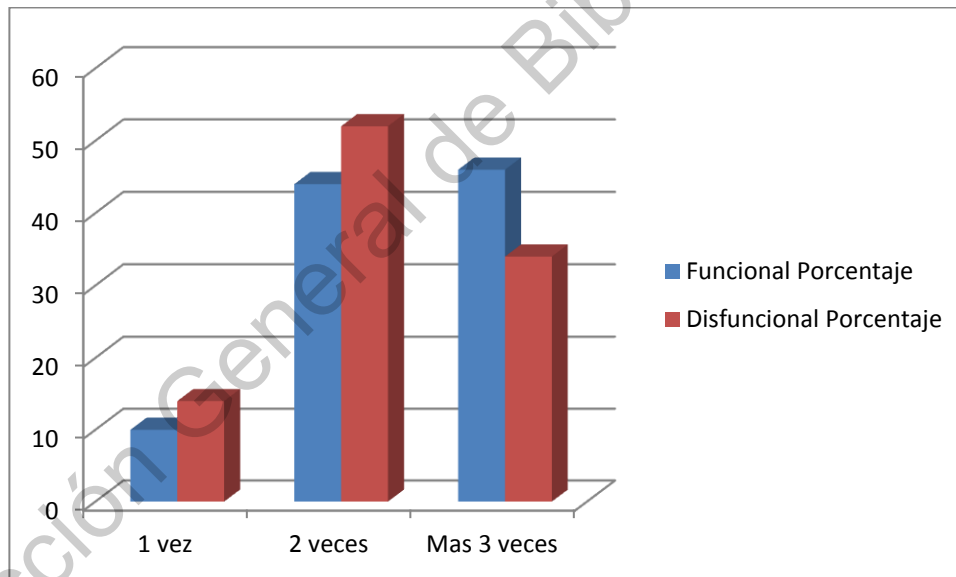
Características	Funcional		IC 95%		Disfuncional		IC 95%		Valor P
	Frecuencia	%	Inferior	Superior	Frecuencia	%	Inferior	Superior	
<i>Escolaridad</i>									0.438
Primaria	2	4	1.4	9.4	3	6	0.6	12.6	
Secundaria	7	14	4.4	23.6	12	24	12.2	35.8	
Preparatoria	23	46	32.2	59.8	23	46	32.2	59.8	
Universidad	18	36	22.7	49.3	12	24	12.2	35.8	
<i>Ocupación</i>									0.749
Estudiante	1	2	1.9	5.9	2	4	1.4	9.4	
Profesionista	17	34	20.9	47.1	12	24	12.2	35.8	
Comerciante	2	4	1.4	9.4	4	8	0.5	15.5	
Obrero	29	58	44.3	71.7	31	62	48.5	75.5	
Otro	1	2	1.9	5.9	1	2	1.9	5.9	
<i>Estado civil</i>									0.343
Casado	20	40	26.4	53.6	23	46	32.2	59.8	
Unión libre	30	60	46.4	73.6	27	54	40.2	67.8	

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Cuadro VII.3. Años de evolución de Diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con y sin funcionalidad familiar n=100

Años	Funcionalidad				Disfuncionalidad				Valor de P
	Familiar		IC 95%		Familiar		IC 95%		
	Frecuencia	%	Inferior	Superior	Frecuencia	%	Inferior	Superior	
5 a 9	28	56	42.2	69.8	33	66	52.9	79.1	0.782
10 a 14	14	28	15.6	40.4	11	22	10.5	33.5	
15 a 20	5	10	1.7	18.3	4	8	0.5	15.5	
Más de 20	3	6	0.6	12.6	2	4	1.4	9.4	

Grafica I. Años de evolución de Diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con y sin funcionalidad familiar.



Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Cuadro VII.4 tiempo con la pareja actual en pacientes con y sin funcionalidad familiar

n=100

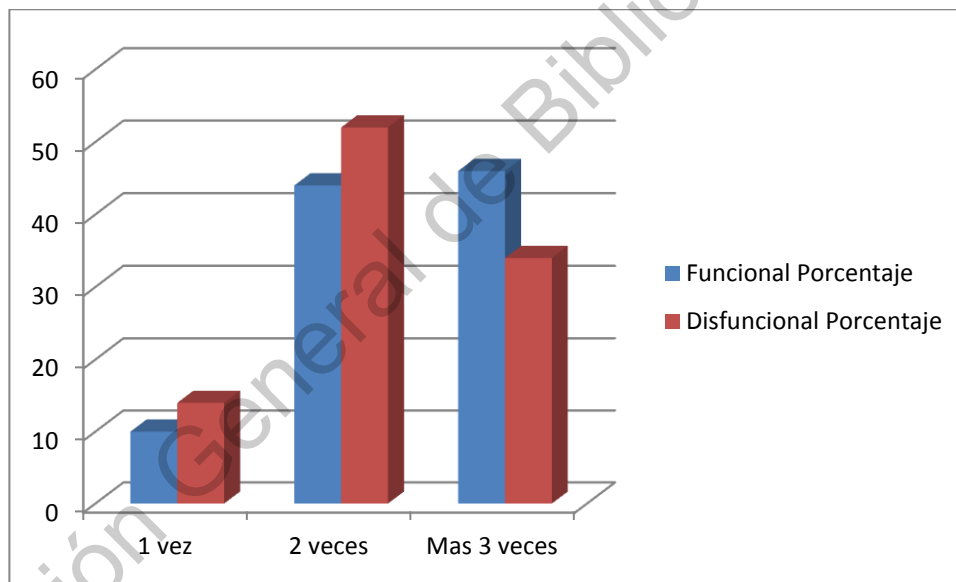
Tiempo (Años)	Funcionalidad				Disfuncionalidad				Valor de P
	Familiar		IC 95%		Familiar		IC 95%		
	Frecuencia	%	Inferior	Superior	Frecuencia	%	Inferior	Superior	
Mayor a 1	6	12	3	21	9	18	7.4	28.6	0.446
mayor a 5	26	52	38.2	65.8	20	40	26.4	53.6	
mayor a 10	18	36	22.7	49.3	21	42	28.3	55.7	

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Cuadro VII.5. Frecuencia de relaciones sexuales por semana en pacientes con y sin funcionalidad familiar n=100

Número de relaciones sexuales por semana	Funcionalidad familiar		IC 95%		Disfuncionalidad familiar		IC 95%		Valor de P
	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior	
1	5	10	1.7	18.3	7	14	4.4	23.6	0.457
2	22	44	30.2	57.8	26	52	38.2	65.8	
Mas 3	23	46	32.2	59.8	17	34	20.9	47.1	

Gráfica I. Frecuencia de relaciones sexuales por semana en pacientes con y sin funcionalidad familiar.



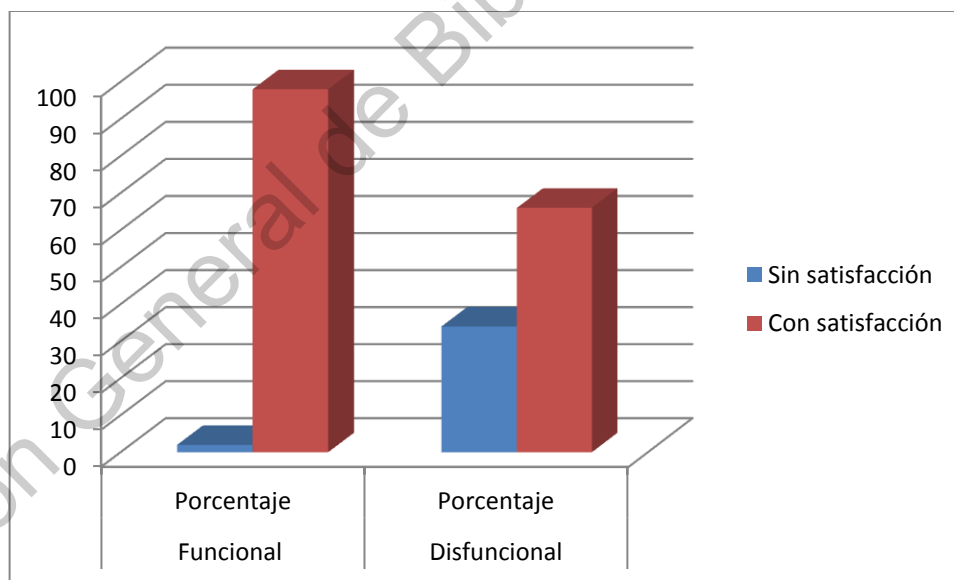
Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Cuadro VII.6. Asociación de funcionalidad familiar y satisfacción sexual n=100

Satisfacción sexual	Funcionalidad familiar		IC 95%		Disfuncionalidad familiar		IC 95%		Valor P
	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior	
Sin satisfacción	1	2	1.9	5.9	17	34	20.9	47.1	0
Con satisfacción	49	98	94.1	101.9	33	66	52.9	79.1	

Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

Grafica III. Asociación funcionalidad familiar y satisfacción sexual.



Fuente: Cuestionario sobre funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en Julio 2019.

VIII. DISCUSIÓN

En la actualidad, México enfrenta una crisis de salud pública muy importante con las enfermedades crónico-degenerativas, ejemplo de ello es la diabetes mellitus tipo 2, que causa afección en todo paciente que la padece, pero en el caso particular de este proyecto se dirige a la población masculina, quien al ser afectado por dicha patología puede tener repercusiones en la esfera familiar y sexual, específicamente en el ámbito de las relaciones sexuales con su pareja.

Lo anterior se maximiza con la edad del paciente y además con los años de evolución de la DMT2, teniendo la relación que a mayor edad y a más años de evolución es directamente proporcional a la satisfacción sexual del paciente, esto sin contar el control glicémico.

Es crucial considerar que la satisfacción sexual puede abarcar múltiples significados para las personas, dependiendo de sus experiencias vividas y su subjetividad. (Para Álvarez – Gayou 2001) la satisfacción sexual involucra una evaluación subjetiva de la actitud de contentamientos que resulta de determinadas conductas sexuales propias de la pareja.

Sprecher (2002), reportó que entre los factores de la satisfacción sexual para mujeres y hombres están en relación de pareja, el amor, el compromiso, y la estabilidad, y que a falta de esos elementos decrecienta la satisfacción sexual. A su vez la satisfacción sexual permite la permanencia de la pareja y satisfacción de pareja varían, pero en esta investigación se demostró que dicha satisfacción masculina no estuvo relacionada con ninguna característica demográfica en especial: ocupación o nivel socioeconómico y nivel educativo.

Además en este proyecto se encontró un alto nivel de satisfacción sexual, el cual concuerda con Yela (2000), las fluctuaciones de niveles de Satisfacción Sexual que reportaron mayoritariamente en el nivel alto con un 73,3%. Lo que

indica un buen nivel de satisfacción sexual, sugiere que tanto en deseo como en conducta, los hombres tienden a mostrar una mayor frecuencia en la variedad de prácticas sexuales lo que implicaría mayores niveles de Satisfacción Sexual (masturbación, fantasías sexuales, sexo oral).

Por lo que refuerza la idea que culturalmente en la que el hombre posee mayores libertades de expresión verbal de sus deseos y fantasías sexuales generando así una mayor probabilidad de ejecutarlas, lo que conlleva una mayor satisfacción sexual.

Kline, Pleasant, Whitton y Markman (2006) menciona que es normal que en las relaciones románticas exista cierto grado de conflicto. Al respecto, Cahn (1992) señala que por más que las parejas quieran evitar el conflicto, es más común que ocurra por medio de desacuerdos frecuentes e intensos. Esto reafirma lo que se encontró en este estudio que incluso hay parejas que tienen buena satisfacción sexual y mala funcionalidad familiar.

Es importante resaltar que la fortaleza que tiene este estudio es conocer algunos aspectos sociodemográficos, lo cual nos puede dar información importante de los pacientes diabéticos así mismo como impacta en la satisfacción sexual con su pareja, y su relación con la funcionalidad familiar.

Pero también se encontró que la debilidad de este es haber utilizado un cuestionario con opciones de respuesta tipo Likert, que en lugar de facilitar su resolución dificultaba la contestación de algunas preguntas, haciendo confusa su interpretación tanto para el encuestado como para el encuestador. A pesar de agrupar las preguntas por categorías no podían ser interpretadas en conjunto, sino individualmente.

IX. CONCLUSIONES

Se encontró que los pacientes estudiados se encontraban en un rango de edad de 41 a 50 años en su mayoría, fueron obreros y en la escolaridad habían terminado la preparatoria y nivel licenciatura estaban para ambos grupos del estudio.

El estado civil refleja lo que ya se había descrito anteriormente, prevalece la unión libre, en lo que refiere a los años de evolución se encuentra en etapa temprana de la enfermedad DMT2, de 5 a 9 años. Por lo tanto tal vez no se haya encontrado el impacto en cuanto a la satisfacción sexual, por aún no hay afección a nivel de la microangiopatía.

Se encontró que a menor años con la pareja de 5 a 9 años mejor funcionalidad tienen así como satisfacción sexual, sin embargo a mayor años con la pareja mayor disfuncionalidad familiar. Lo mismo se encontró con la frecuencia de relaciones sexuales, es directamente proporcional a la funcionalidad funcional.

Se rechaza la hipótesis nula.

IX. PROPUESTAS

Incorporar en las capacitaciones y sesiones semanales por parte del área de educación temas propios de la especialidad e instrumentos, con el objetivo que como trabajadores de la familiar se tengan las herramientas necesarias para contar con un panorama amplio sobre lo que pudiera estar ocurriendo dentro de su núcleo, y esto los llevará a involucrarse en situaciones que si bien no entorpecen la patología crónica de base, pero si merman su calidad de vida del derechohabientes.

Continuar con el control glucémico de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2, y hacer búsqueda intencionada en daños en la microangiopatía principalmente en los derechohabientes con mayor años de diagnóstico de la enfermedad.

Concientizar al adulto joven de los beneficios de un adecuado control glicémico. Ya que impacta en la satisfacción sexual.

Al encontrar algún tipo de disfunción familiar se ofertará el envío al servicio de psicología y/o al módulo de trabajo social, con la finalidad de involucrar a la pareja como apoyo para mejorar la dicha funcionalidad.

X. BIBLIOGRAFIA

Álvarez-Gayou, J., Honold, J. Y Millán, P. (2005). *Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual en hombres y mujeres mexicanos*. Recuperado. 13 Marzo 2020.

Álvarez-Gayou, J. L., Millán, A. P. Y Honold, E. J. (2005, Julio). *Estudio Nacional De Comportamiento Sexual En México. XVII Congreso Mundial De Sexología. Asociación Mundial De Sexología*. Montreal, Canadá. Recuperado [Http://Www.Bachverdiu.Com/Ejemplo3.Pdf](http://www.Bachverdiu.Com/Ejemplo3.Pdf)

American Diabetes Association (2020), *Diabetes Care. Standards Of Medical Care In Diabetes*.

Amidu, N., Alhassan, A., Owiredu, W. K. B. A., Alidu, H., Antuamwine, B. B., & Abdul-Wahid, M. (2018). *Validity And Reliability Of The Golombok Rust Inventory Of Sexual Satisfaction (Griss) In Patients With Type 2 Diabetes*. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 1–16. Doi:10.1080/0092623X.2018.1494647
[Https://Doi.Org/10.1080/0092623X.2018.1494647](https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1494647).

Amidu, N., Et Al., *The Inter-Relational Effect Of Metabolic Syndrome And Sexual Dysfunction On Hypogonadism In Type Ii Diabetic Men*. *International Journal Of Impotence. Research*, 2017. 29(3): P. 120
[Http://Www.Tandfonline.Com/Loi/Usmt20](http://www.tandfonline.com/loi/usmt20).

Apolinar M. Miguel F. *Familia Introducción al Estudio de sus Elementos*. Méx D. F.

Benet Af, Melman A. *The Epidemiology Of Erectil Dysfunction*. *Urol Clin North Am* 1995; 22: 699-709.

Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., Medina, C., & Barquera, S. (2018). *Hipertensión Arterial en Adultos Mexicanos*:

Prevalencia, Diagnóstico Y Tipo de Tratamiento. Ensanut Mc 2016. Salud Pública De México, 60(3, May-Jun), 233-243. Doi:[Http://Dx.Doi.Org/10.21149/8813](http://Dx.Doi.Org/10.21149/8813).

Cahn, D. D. (1992). *Conflict in intimate relationships*. New York: Guilford Press.

Casanova-Rodas, L, Rascón-Gasca, MI, Alcántara-Chabelas, H, Soriano-Rodríguez, A. *Apoyo Social Y Funcionalidad Familiar En personas con Trastorno Mental.* *Salud Mental* [Internet]. 2014;37(5):443-448. Recuperado De: [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=58232671011](http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=58232671011).

Castello E, Licea M. *Disfunción Sexual Eréctil Y Diabetes Mellitus, Aspectos Etiopatogénicos,* *Rev Cubana Endocrinol* 2003; 14 (2).

Comité Organizador Del Consenso. Presentación. *Archivos En Medicina Familiar* [Internet]. 2005;7(1):11. Recuperado De: [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=50712789001](http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=50712789001).

Contreras M.A., Rojano J., Serrano R., Nouel A. (2014), *Complications Of Diabetes And Its Association With Oxidative Stress: A Journey To The Endothelial Damage* Storino. *Revista Colombiana De Cardiología*, 21 (6) , Pp. 392-398.

Dávila, G. Y Guerra, E. *Satisfacción Sexual En Mujeres Profesionales Y No Profesionales De La Ciudad De Tarapoto*, 2017. [Tesis Para Licenciatura]. Tarapoto: Universidad Peruana Unión, Facultad De Ciencias De La Salud. Recuperado 12 Marzo 2020.

Díaz-Loving, R. & Sánchez-Aragón, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja.* México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.

Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición 2018 (*Ensanut*) [Https://Www.Gob.Mx/Cms/Uploads/Attachment/File/209093/Ensanut.Pdf](https://Www.Gob.Mx/Cms/Uploads/Attachment/File/209093/Ensanut.Pdf) Consulta El Día 12 Marzo 2020.

Guías Alad, 2016;

Gómez F. *Relación Entre La Disfunción Eréctil Y La Enfermedad Coronaria*. Rev Med Costa Rica Centroamérica 2009; (590); 377-82.

Kline, (2006). *Understanding copule conlict*. En A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.). *The Cambrigde Handbook of Personal Relationships*. Candbrige, New York: Cambbrigde University Press.

Mc Culloch Dk, Campbell Iw, Wu Fc, Prescott Ri, Clarke Bi. The Prevalence Of Diabetic Impotence. *Diabetologia* 1980; 18: 279-83.

Mehta R, Et Al. *Epidemiología De La Diabetes En El Anciano*. Rev Investclin2010;62(4):305-311
[Http://Www.Medigraphic.Com/Pdfs/Revinvcli/Nn-2010/Nn104e.Pdf](http://www.Medigraphic.Com/Pdfs/Revinvcli/Nn-2010/Nn104e.Pdf)

Mejía-Arango S, Zúñiga-Gil C. *Diabetes Mellitus Como Factor De Riesgo De Demencia En La Población Adulta Mayor Mexicana*. Rev Neurol 2011; 53: 397-405.

Mella S Camila, Oyanedel S Juan Carlos, Vargas S Salvador, De Ugarte L Nerea. Salud Sexual En Chile: *Una Aproximación Descriptiva Al Comportamiento Y La Satisfacción Sexual De Los Chilenos*. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2015 Ago [Citado 12 Marzo 2020] ; 80(4): 289-296. Disponible En:
[Https://Scielo.Conicyt.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-75262015000400003&Lng=Es](https://Scielo.Conicyt.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-75262015000400003&Lng=Es).
[Http://Dx.Doi.Org/10.4067/S071775262015000400003](http://Dx.Doi.Org/10.4067/S071775262015000400003).

Meza R, Barrientos-Gutierrez T, Rojas-Martinez R, Reynoso-Noverón N, Palacio-Mejia Ls, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Burden Of Type 2 Diabetes In Mexico: *Past, Current And Future Prevalence And Incidence*

Rates. Prev Med 2015;81:445–450.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.10.015>

Moreno-Altamirano L, Garcia-Garcia J, Soto-Estrada G, Limon-Cruz D. 2014. *Epidemiología Y Determinantes Sociales Asociados A La Obesidad Y A La Diabetes Tipo 2 En México*. Revista Médica Del Hospital General De Mexico 77:86-95.

Organización Panamericana De La Salud/Organización Mundial De La Salud, Enfermedades No Transmisibles, Dia Mundial De La Diabetes, *La Diabetes Concierno A Cada Familia*, Washington, D.C., Estados Unidos De América, 2016.

Otero Rejón, Mdp, Flores Galaz, Mm. *Funcionamiento Familiar Como Predictor De La Satisfacción Marital En Hombres Y Mujeres. Enseñanza E Investigación En Psicología* [Internet]. 2016;21(2):141-152. Recuperado De: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29248181004>.

Pacheco, B. (2018). *Modelos Psicopatológicos Integrativos Para La Formulación Diagnóstica En Psiquiatría De Niños Y Adolescentes*. *Revistadecienciasmédicas*,43(3).Doi:<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i3.1031> <https://arsmedica.ci/index.php/med/article/view/1031/1345>.

Pickard Rs, Powell Ph, Schofield Is (1994). *The Clinical Application Of Dorsal Penile Nerve Cerebral-Evoked Response Recording In The Investigation Of Impotence*. Br J Urol; 74: 231-5.

Mathers Cd, Loncar D. Plos Med, (2006). *Projections Of Global Mortality And Burden Of Disease From 2002 To 2030*, 3(11):E442.

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

Roth A, Kalter-Leiboci O, Kerbis Y, Tenenbaum-Koren E, Chen J, Sobol T, Et Al. *Prevalence And Risk Factors For Erectile Dysfunction In Men With Diabetes, Hypertension, Or Both Diseases: A Community Survey Among 1.412 Israeli Men*. Clin Cardiol 2003; 26: 25-30.

Sandra Ahumada G.(1), Carolina Lüttges D.(2), Temistocles Molina G.(2), Soledad Torres G.(1) (2014), *Satisfacción Sexual: Revisión De Los Factores Individuales Y De Pareja Relacionados*. [.Https://Www.Redclinica.Cl/Portals/0/Users/014/14/14/Satisfaccion_Sexual.Pdf](https://www.Redclinica.Cl/Portals/0/Users/014/14/14/Satisfaccion_Sexual.Pdf).

Secretaría De Salud. *Estrategia Para La Prevención Y El Control Del Sobrepeso, La Obesidad Y La Diabetes*. Ciudad De México: Ssa, 2013.

Trejo Pérez, F, Díaz-Loving, R. *En Torno A La Sexualidad: Actitudes Y Orientación Sociosexual En Una Muestra Mexicana*. Psicología Iberoamericana [Internet]. 2013;21(1):7-15. Recuperado de: [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=133929862002](http://www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=133929862002).

Vargas-Mendoza, J.E. Y González-Zaizar, C. *Escuela Para Padres: El Funcionamiento Familiar*. Centro Regional De Investigación En Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 19-22.

Who: World Health Organization. *Innovate Care For Choronic Condiditions: Building Blocks For Action* [Internet] Geneva who 2014 [Citado 12 03 2020]105 P. Disponible En [Http://Www.Who.Int/Chp/Knowledge/Publications/lcccglobareport.Pdf](http://www.Who.Int/Chp/Knowledge/Publications/lcccglobareport.Pdf)

[Www.Who.Int/Diabetes/Globalreport](http://www.Who.Int/Diabetes/Globalreport)©Worldhealthorganization2016who/Nmh/Nvi/16.

Yela, C. (2000). *El Amor Desde La Psicología Social. Ni Tan Libres Ni Tan Racionales*. Madrid: Pirámide.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

XI. ANEXOS

XI.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

XI.2 INSTRUMENTO.



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION QUERETARO
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 16.
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD.



FOLIO _____

- a) Edad: _____ Sexo: **(1)** Hombre • **(2)** mujer •
- b) Lugar de nacimiento: _____ lugar de residencia actual: _____
1. Diagnóstico de diabetes mellitus 2: **(1)** si • **(2)** no •
- c) Años de evolución: **(1)** 5-9 • **(2)** 10-14 • **(3)** 15-20 • **(4)** >21 años •
- d) Escolaridad: **(1)** primaria • **(2)** Secundaria • **(3)** preparatoria • **(4)** universidad •
- e) Estado civil: **(1)** casado • **(2)** Unión libre (pareja estable mayor a 1 año) •
- f) Tiempo con la pareja actual: **(1)** mayor a 1 año • **(2)** >5 años • **(3)** >10 años
- g) Ocupación: **(1)** Ama de casa • **(2)** Profesionista • **(3)** Comerciante • **(4)** Obrero • **(5)** Pensionado • **(6)** Ninguno • .
- h) Número de hijos: **(1)** 1 • **(2)** 2 • **(3)** más de 3 •
- i) Frecuencia en la relación sexual a la semana: **(1)** 1 • **(2)** 2 • **(3)** más de 3 •

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesito que UD. Marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación:

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diferentes temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

- B.- 1) De 70 a 57 ptos. Familia funcional
- 2) De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional
- 3) De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional
- 4) De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional

A continuación te presentamos una serie de frases las cuales deberás leer y responder de acuerdo a tu forma de actuar y sentir más frecuente en tus relaciones sexuales por favor responde todas las preguntas con sinceridad recuerda que estas preguntas es anónima.

	Siempre	Casi siempre	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
1. Durante la relación sexual doy y me dan besos	5	4	3	2	1
2. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
3. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
4. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual	5	4	3	2	1
5. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual	5	4	3	2	1
6. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también	5	4	3	2	1
7. Siento y tengo mucha confianza hacia mi pareja	5	4	3	2	1
8. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y que le importo a ella/el	5	4	3	2	1
9. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos	5	4	3	2	1
10. La frecuencia con la que tengo orgasmos me satisface	5	4	3	2	1

11. Me siento satisfecho (a) después de tener relaciones sexuales	5	4	3	2	1
12. En mis relaciones sexuales me siento libre	5	4	3	2	1
13. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas	5	4	3	2	1
14. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio	5	4	3	2	1
15. En mis relaciones sexuales me siento seducido (a)	5	4	3	2	1
16. Mis relaciones sexuales son placenteras	5	4	3	2	1
17. En mis relaciones sexuales siento erotismo en la pareja	5	4	3	2	1
18. Se da una entrega total en mí y mi pareja	5	4	3	2	1
19. En mis relaciones sexuales se da respeto	5	4	3	2	1
20. Siento respeto mutuo en las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
21. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales	5	4	3	2	1
22. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales	5	4	3	2	1
23. Son importantes durante mis relaciones sexuales los sabores	5	4	3	2	1
24. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual	5	4	3	2	1
25. Ver a mi pareja desnuda y yo estarlo, es importante para disfrutar una relación sexual	5	4	3	2	1
26. Me cuesta trabajo escuchar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1
27. Planeamos nuestras relaciones sexuales	5	4	3	2	1
28. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y no durante la relación sexual	5	4	3	2	1

XI.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(satisfacción sexual en el paciente diabético asociado
funcionalidad familiar)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre satisfacción sexual y funcionalidad familiar en pacientes diabéticos tipo 2
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, julio 2018
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar y la asociación con la satisfacción sexual en el paciente diabético en primer nivel de atención
Procedimientos:	Recolección de datos a través de entrevistas.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo al recolectar los datos de las encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer acerca de su satisfacción sexual, funcionalidad familiar y en caso de tener algún problema se pondrá a consideración de su médico tratante para seguimiento.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez. Especialista en Medicina Familiar. Directora clínica de tesis. Celular: 442 4402536. Correo electrónico: mabs1005@hotmail.com . UMF 10
Colaboradores:	Cuauhtémoc Pérez Ángel
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____

Clave: 2810-009-013

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ