



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE PACIENTES DE
PSICOGERIATRÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**Presenta la Tesis para obtener el Título de Especialista en
Psiquiatría:**

Dra. Norma Erika Ordaz Ríos

**Dra. Claudia Fouilloux Morales
Asesora Teórica**

**Dr. Miguel Herrera Estrella
Asesor Metodológico**

México, D.F., Junio de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Laura y Ángel por su amor, apoyo y comprensión en cada una de las etapas de mi vida; gracias a ellos he ido logrando cada una de mis metas.

A mi hermana Ivonne por estar siempre motivándome para lograr mis sueños, por los momentos compartidos y por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado.

A mis asesores de tesis, la Dra. Claudia Fouilloux y el Dr. Miguel Herrera, por compartirme sus conocimientos y apoyo en la elaboración de esta tesis.

Al Ing. José Cortés por su colaboración extraoficial en este proyecto.

Al Hospital Fray Bernardino Álvarez por darme la oportunidad de formarme como Psiquiatra y a los pacientes que colaboraron en este proyecto.

A colegas y amigos psiquiatras que me han apoyado y acompañado durante el recorrido de la residencia, compartiendo momentos inolvidables y enseñanzas valiosas.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO | 2 |
| Factores Psicosociales relacionados con la Funcionalidad Sexual en la Vejez | 6 |
| Cambios en el Funcionamiento Sexual del Adulto Mayor | 7 |
| Función Sexual de la Mujer Mayor | 8 |
| Función Sexual del Hombre Mayor | 10 |
| El papel del Profesional de la Salud..... | 12 |
| ANTECEDENTES | 12 |
| MÉTODO | 16 |
| Planteamiento del problema..... | 16 |
| Pregunta de Investigación | 17 |
| Justificación..... | 17 |
| Objetivos General y Particulares | 18 |
| Hipótesis | 18 |
| Variables | 18 |
| Muestra | 19 |
| Criterios de Selección | 19 |
| Tipo de estudio..... | 20 |
| Instrumentos..... | 20 |
| Procedimiento | 26 |
| Consideraciones e Implicaciones éticas..... | 27 |
| RESULTADOS | 27 |
| DISCUSIÓN | 51 |
| CONCLUSIONES | 54 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: | 57 |
| ANEXOS | 61 |
| Anexo 1: Consentimiento Informado | 61 |

| | |
|---|----|
| Anexo 2: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)..... | 63 |
| Anexo 3: Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)..... | 67 |
| Anexo 4: Cuestionario de datos sociodemográficos y complementario de la función sexual..... | 71 |

LISTA DE FIGURAS, CUADROS Y ABREVIATURAS

| Figuras: | Páginas |
|---|----------------|
| • Figura 1 Distribución porcentual de la población según grandes grupo de edad..... | 1 |
| • Figura 2 Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina..... | 22 |

Cuadros:

| | |
|---|----|
| • Cuadro 1 Distribución de Variables Sociodemográficas | 28 |
| • Cuadro 2 Distribución de los Diagnósticos Psiquiátricos..... | 31 |
| • Cuadro 3 Distribución de comorbilidades médicas no psiquiátricas..... | 32 |
| • Cuadro 4 Distribución General sobre la Actividad Sexual | 35 |
| • Cuadro 5 Distribución de la muestra por Edad..... | 36 |
| • Cuadro 6 Distribución de la Actividad Sexual en relación al Deseo Sexual..... | 37 |
| • Cuadro 7 Distribución de la Actividad Sexual de Mujeres en relación a la Ocupación..... | 38 |
| • Cuadro 8 Distribución de la Actividad Sexual de Hombres en relación con la Ocupación..... | 39 |
| • Cuadro 9 Distribución de la Actividad Sexual de Mujeres en relación con el Estado Civil..... | 40 |
| • Cuadro 10 Distribución de la Actividad Sexual de Hombres en relación con el Estado Civil..... | 41 |
| • Cuadro 11 Distribución de la Actividad Sexual de Mujeres en relación a la Importancia que le dan a la Actividad Sexual..... | 42 |
| • Cuadro 12 Distribución de la Actividad Sexual de Hombres en relación a la Importancia que le dan a la Actividad Sexual..... | 43 |
| • Cuadro 13 Descripción de la evaluación del funcionamiento sexual que realizan los profesionales de salud | 44 |
| • Cuadro 14 Descripción de la Frecuencia de Actividad Sexual | 45 |
| • Cuadro 15 Descripción del Uso de estimulador..... | 45 |
| • Cuadro 16 Datos estadísticos descriptivos para las mujeres..... | 48 |
| • Cuadro 17 Datos estadísticos descriptivos para los hombres..... | 51 |

Abreviaturas:

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- IFSF: Índice de Función Sexual Femenina
- IIFE: Índice Internacional de Función Eréctil
- DE: Disfunción eréctil

RESUMEN

Objetivos: Conocer las características del Funcionamiento Sexual de los pacientes de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), con la finalidad de generar más conocimientos al respecto y brindar una atención integral a la salud.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal y descriptivo que incluyó a 45 pacientes del servicio de Psicogeriatría del HFBA, 28 fueron mujeres a quienes se les aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y 17 hombres a los que se le aplicó el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), además, se les aplicó a todos un cuestionario sobre datos sociodemográficos que incluyó preguntas complementarias sobre características generales de la actividad sexual. Una vez recabados los datos se procedió al análisis estadístico de los datos.

Resultados: De los 45 pacientes evaluados, 4 hombres y 20 mujeres reportaron no tener actividad sexual en el último año. Los problemas de pareja fue la causa más frecuente para no tener actividad sexual o para que esta se encuentre limitada. Independientemente de no tener actividad sexual los pacientes refieren conservar el deseo sexual, respecto a los pacientes sin actividad sexual, los hombres tuvieron un valor de deseo de 50/100 y las mujeres de 13/100. De los 13 hombres que refirieron tener actividad sexual, 12 tuvieron disfunción eréctil en diferentes severidades y de las 8 mujeres que tuvieron actividad sexual, 6 tuvieron alteración de la función de la sexual de acuerdo al punto de corte de la escala.

Conclusión: Es conveniente el desarrollo de más estudios que evalúen el funcionamiento sexual de los pacientes geriátricos con patologías psiquiátricas, ya que la frecuencia de disfunciones sexuales es alta en esta población, considerando que un

porcentaje importante de dicha población conserva el deseo sexual independientemente de si tiene o no actividad sexual. El incremento de conocimientos en esta área se puede utilizar con el fin de brindar una mejor calidad de vida. **Palabras clave:** Actividad Sexual, Función Sexual.

INTRODUCCION

Durante el siglo XX la población de México comenzó a experimentar importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales, uno de los cambios más importantes es la transición demográfica por la que atraviesa el país, lo que está dando como resultado que la cantidad relativa de adultos mayores estén aumentando gradualmente y la de niños esté disminuyendo. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010, la proporción de adultos mayores pasó de 4.2% en 1990 a 6.2% en 2010, tal como se observa en la figura 1. (1)

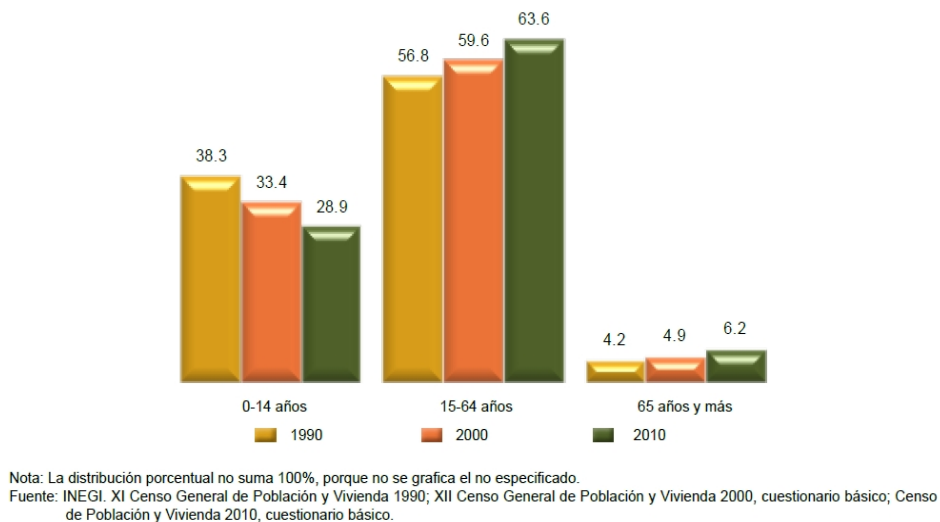


Figura 1. Distribución porcentual de la población según grandes grupo de edad 1990, 200 y 2010 (1)

Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población de la tercera edad se mantendrá en continuo crecimiento, así, el número de los adultos mayores del país pasará de 6.7 millones en el 2000 a 36.5 millones en el año 2050. (2) Este cambio en la población junto con el incremento en la esperanza de vida, es un gran avance en todos los sentidos, sin embargo, implica un gran reto ya que es necesario conocer las condiciones de vida y los principales problemas que las personas adultas

mayores están viviendo actualmente, con el objetivo de brindar una vejez activa y saludable en la medida de lo posible y, sobre todo, una calidad de vida aceptable. (2)

Hay diferencias en la literatura respecto a la edad a partir de la cual se considera a una persona como adulto mayor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años, se les denomina grandes viejos o longevos. Para fines de este estudio, se considerará como adulto mayor o persona de la tercera edad a todo individuo mayor de 60 años, esto en base al criterio adoptado en la mayoría de las investigaciones sociodemográficas que tratan sobre el tema y en pleno apego a la Ley de los derechos de las personas adultas mayores que rige en el país. (2)

La salud sexual es un aspecto de suma importancia que se ha ligado en varios estudios con la calidad de vida, por lo que es importante estudiarla, ya que si queremos lograr una salud integral, es importante promover y mantener la salud sexual.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Salud Sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La Salud Sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos.

Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (3)

Antes de comenzar a hablar sobre la función sexual del adulto mayor, es conveniente tratar de definir qué es la Función Sexual y la Actividad Sexual, ya que serán dos conceptos que se mencionarán frecuentemente.

Sell y cols. (2001), mencionan que la Función Sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor, que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla. (4)

De acuerdo a la OMS y a la OPS la actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (3) Para fines de este trabajo, la actividad sexual abarca las relaciones sexuales, incluyendo la penetración, así como otras actividades que involucran la estimulación de la región genital por uno mismo o por la pareja.

Lindau y Gavrilova (2010), han reportado que la frecuencia de actividad sexual, una buena calidad de vida sexual y un interés en el sexo, están asociados positivamente con el estado de salud en la vejez. Evidentemente hay una fuerte asociación entre vida sexual satisfactoria, buena salud y alta calidad de vida. (5) (6)

Prevalencia de Actividad Sexual en el Adulto Mayor

Contrario al mito de que la población geriátrica pierde el interés en su vida sexual, se han publicado diversos estudios que informan que el deseo, el interés y la actividad sexual son comunes entre los hombres y mujeres de edad avanzada en todo el mundo. (6) (7) (8) (9)

En la mayoría de los estudios epidemiológicos se demuestra que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad y algunos señalan que tal declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. (10) Uno de esos estudios es el realizado por Lindau y Gavrilova (2010), quienes llegaron a la conclusión de que la actividad sexual, la vida sexual de buena calidad y el interés en el sexo fueron mayores para los hombres que para las mujeres, y que esta brecha de género se amplió con la edad. (5)

Lochlainn y cols. (2013), realizaron una revisión exhaustiva sobre los estudios que han reportado la prevalencia de actividad sexual en la población de adultos mayores, incluyendo estudios desde 1988 hasta el 2011, en los cuales se han encontrado cifras muy variables (6).

Nicolosi y cols. (2004), llevaron a cabo un estudio global sobre actitudes y comportamientos, con el objetivo de evaluar la actividad sexual y la prevalencia de disfunciones sexuales de 27,500 hombres y mujeres de 29 países diferentes. El estudio se llevó a cabo durante el 2001 y 2002, las edades de los sujetos fueron entre 40 y 80 años de edad. Se reportó que 53% de los hombres y el 21% de las mujeres entre 70 y 80

años de edad tuvieron relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la entrevista. (6) (7)

Por otra parte, Lindau y cols., (2007), realizaron un estudio longitudinal en una cohorte representativa de 3005 adultos estadounidenses de 57 a 85 años de edad, encontrando que la prevalencia de actividad sexual disminuye con la edad y que las mujeres tienden a reportar menor actividad sexual en comparación con los hombres. Fueron sexualmente activos el 73% de los encuestados de 57 a 64 años, el 53% de 65 a 74 años y el 26% de 75 a 85 años. En el grupo de mayor edad (75 a 85 años), el 54% de las personas sexualmente activas estaban teniendo relaciones sexuales al menos dos veces al mes, y el 23% informó tener relaciones sexuales una vez por semana o más. (11)

Corona y cols. (2010), en su estudio (EMAS) "European Male Ageing Study", un estudio transversal multicéntrico que abarcó 3369 hombres de 8 países europeos, reportó que en el grupo de 60 a 69 años de edad el 51% de los participantes tuvo relaciones sexuales más de una vez por semana y el 19% refirió no tenerlas, en cambio, en el grupo de mayores de 70 años se reportó que el 26% tuvieron relaciones sexuales más de una vez por semana y el 40% refirió no tenerlas. (13)

Schick y cols. (2010), realizaron un estudio de 1974 hombres y mujeres estadounidenses mayores de 50 años de edad y reportaron que de los participantes de 60 a 69 años, el 37.2% de los hombres tuvieron actividad sexual más de una vez al mes en comparación con el 28.8% de las mujeres; en el grupo de 70 a 79 años de edad el 26.2% de los hombres tuvieron actividad sexual más de una vez al mes en comparación con el 13.4%

de las mujeres; y en el grupo de más de 80 años el 18.7% tuvo actividad sexual más de una vez al mes en comparación con el 5.8% de las mujeres. (8)

Factores Psicosociales relacionados con la Funcionalidad Sexual en la Vejez

Es evidente que es necesario un enfoque bio-psico-social para abordar de forma integral el estudio de la sexualidad en el envejecimiento. En cuanto al ámbito social, Matthias y cols., informaron que de 1216 personas mayores de 65 años, los que tienen redes sociales pobres son más propensos a ser sexualmente inactivos e insatisfechos. (6)(13)

Trudel y cols. (2010), enumeraron una serie de factores y determinantes sociales que influyen en la actividad sexual, y entre ellos incluyen: los tabúes sociales, el estado civil, el conocimiento acerca de la sexualidad, la autoestima y las actitudes hacia la sexualidad; mencionándose como un factor social importante la disponibilidad de una pareja. (15).

Smith y cols. (2007), describieron en su estudio piloto sobre función sexual en personas mayores de 70 años, que el 52% de las mujeres y el 38% de los hombres que eran sexualmente inactivos, no tenían pareja como una razón principal. (16)

Respecto a factores psicológicos, es bien evidente que la salud mental y la sexualidad están estrechamente ligados, ellos ha sido estudiado por Matthias y cols., quienes encontraron que los puntajes más altos en el Cuestionario de Salud Mental (MHI-5) se asociaron con niveles más altos de satisfacción sexual, independientemente de la actividad. (14)

Hartmann y cols. (2004), informaron que la disminución de deseo sexual en las mujeres se relaciona con sentimientos y emociones negativas, tales como la baja autoestima, la inseguridad y la pérdida de la feminidad. (17). En cambio, en los hombres se ha asociado la disfunción sexual con factores psicológicos como una educación restrictiva, las relaciones familiares perturbadas, el haber tenido las primeras experiencias sexuales traumáticas, la ansiedad de rendimiento, la discordia en la relación y la alteración en su autoimagen. (6)

Cambios en el Funcionamiento Sexual del Adulto Mayor

Son esperables en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar, entre ellas se han descrito: disminución del número de coitos y aumento proporcional de otras actividades sexuales como aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía y conductas autoeróticas. Incluso los cambios propios de la edad afectan todas las fases de la respuesta sexual, tanto en hombres como en mujeres, pero esto no quiere decir que se altere la capacidad de disfrutar la actividad sexual. (10)

En general hombres y mujeres experimentan pérdida o disminución de la elasticidad de la piel, de la grasa subcutánea, del tono muscular, de las capacidades sensoriales, del rubor sexual y erección del pezón, así como de la intensidad de la respuesta sexual. (10)

Los pacientes geriátricos sufren de enfermedades físicas con más frecuencia de que sus contrapartes jóvenes y muestran una tendencia a tomar más medicamentos, con lo que aumentan el riesgo de desarrollar disfunción sexual. (10). La enfermedades físicas

pueden afectar la función sexual directamente al interferir con los procesos neurales, endocrinos y vasculares que median la respuesta sexual, o indirectamente al causar debilidad o dolor, pero también por factores psicológicos por provocar cambios en la imagen corporal o en la autoestima. (6)

Los problemas médicos que se han relacionado con la disfunción sexual incluyen: diabetes mellitus, hipertensión arterial, la obesidad, síntomas del tracto urinario inferior, las enfermedades cardíacas, incluyendo el infarto de miocardio, el cáncer de próstata y su tratamiento, las cirugías pélvicas, la Enfermedad de Parkinson, la Epilepsia, los Accidentes Cerebrovasculares, la Esclerosis Múltiple, los trastornos renales y la diálisis, la enfermedad pulmonar, la enfermedad vascular periférica, el hipertiroidismo y otras enfermedades endocrinas, la histerectomía, el cáncer de ovario, la enfermedad del disco lumbar, la artritis y los trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo, el estrés crónico y la historia de abuso sexual. (10) (18) (13) (17) (12) (6)

Función Sexual de la Mujer Adulta Mayor

Diversos estudios han estudiado los factores que influyen en la sexualidad de las mujeres mayores, y entre ellos se mencionan: el bienestar físico y mental, la calidad de la relación de pareja, la situación de vida, el estado civil, la menopausia, la educación, la clase social, los factores estresantes y la auto percepción. (6)

Son esperables cierto cambios fisiológicos en la mujer con el paso de los años, se ha observado disminución de las hormonas circulantes, reducción del tamaño de la vulva y

vagina, incluso atrofia vaginal, adelgazamiento de las paredes vaginales, disminución de la lubricación vaginal, menor variabilidad del tamaño de la vagina durante el coito, disminución de la duración e intensidad del orgasmo, llegando a presentar orgasmos dolorosos en algunos casos, así como disminución rápida de la excitación después del orgasmo. (10)

La prevalencia de disfunción es alta y así ha permanecido al menos en la última década, lo que deja ver la falta de progresos en esta área; Laumann y cols., (12) reportaron en 1999 que la prevalencia de disfunción sexual en mujeres fue de 43%, mientras que Lindau y cols., (11), en el 2007 reportaron 50% de prevalencia. (6)

Uno de los períodos más significativos de envejecimiento reproductivo femenino es la menopausia y si tomamos en cuenta que las mujeres viven en promedio 30 años después de la menopausia, veremos la importancia de estudiar los cambios que se producen en la postmenopausia. Los cambios de la menopausia que derivan de la pérdida de estrógenos incluyen: disminución de lubricación vaginal, síntomas vasomotores, cambios neurológicos y psicosexuales, incluyendo cambios en el estado de ánimo e irritabilidad, así como anorgasmia, disminución de la libido y rendimiento sexual alterado. (6)

Nastri y cols. (2013) realizaron un meta análisis sobre el efecto que tiene la terapia sustitución hormonal en el funcionamiento sexual de mujeres en la perimenopausia y la posmenopausia, encontrándose que el recibir terapia de sustitución hormonal con

estrógenos únicamente o en combinación con progestágenos, está asociado con una mejoría leve a moderada del funcionamiento sexual, particularmente en el área del dolor; dicha mejoría resultó más evidente cuando se utiliza en mujeres con síntomas de menopausia o en mujeres que se encuentran en la posmenopausia temprana, es decir, dentro de los 5 años posterior a la amenorrea. (18)

Nicolosi y cols. (2004), recolectaron datos de 13 882 mujeres en 29 países y encontraron que el 39% fueron afectadas al menos por una disfunción sexual. Las disfunciones sexuales más comunes fueron la falta de interés (21%), incapacidad para alcanzar el orgasmo (16%) y dificultades en la lubricación (16%). (7)

Función Sexual del Hombre Adulto Mayor

Se ha aceptado que el envejecimiento produce ciertos cambios fisiológicos en el hombre, en cuanto a la estructura del pene se ha observado que la concentración de las fibras elásticas y de colágeno disminuyen con la edad, se estima una disminución de hasta el 35% en el contenido del músculo de liso del pene en los hombres mayores de 60 años, también se disminuye la sensibilidad mecánica del pene, por otro lado, es esperable una mayor dificultad para obtener y mantener la erección, se puede acortar o perder la etapa de inevitabilidad eyaculatoria, hay pérdida de la fuerza eyaculatoria, menor volumen de esperma o incluso orgasmo sin eyaculación; hay desaparición rápida de la erección después del orgasmo y alargamiento del periodo refractario. Dichos cambios del envejecimiento normal pueden contribuir al desarrollo de disfunción eréctil en algunos

hombres, aun en ausencia de enfermedad, por lo que sólo la edad puede ser un factor de riesgo significativo. (10) (6)

La función eréctil depende de factores psicológicos, neurológicos, vasculares, hormonales, iatrogénicos, una adecuada función endotelial, así como de la liberación de neurotransmisores (óxido nítrico) en un cuerpo cavernoso cuyos tejidos sean sanos. (10) (6)

Las causas vasculares son las más comunes, y estas ocurren hasta en el 40% de los pacientes. Incluso la disfunción eréctil puede ser considerada como un marcador temprano de aterosclerosis, de riesgo cardiovascular y de enfermedad vascular subclínica. (6). La literatura sobre la prevalencia de la disfunción eréctil es variable, con cifras que van desde el 3% al 76%. (15)

Chew y cols., realizaron un estudio de 15 580 hombres de Australia y encontraron que la prevalencia de la disfunción eréctil es de 52% entre los 60 y 69 años, de 69% entre los 70 y 79 años y de 76% entre las personas de 80 años y más. (19)

Lindau y cols. (2007), informaron que los problemas sexuales más comunes entre los hombres fueron la dificultad para lograr o mantener una erección (37%), falta de interés en el sexo (28%), el culminar con demasiada rapidez (28%), la ansiedad por el rendimiento (27%) y la incapacidad para llegar al orgasmo (20%). (11)

A pesar de la mayor apertura que se ha ido observado con el paso del tiempo en el ámbito de la sexualidad, es bien sabido que aún falta mucho por estudiar respecto a la sexualidad de los adultos mayores heterosexuales, y muchos más si mencionamos al sector de población de adultos mayores LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), para la cual hay pocos servicios que cubran sus necesidades, y es evidente que al ir creciendo la población de adultos mayores en general, también lo hará la población de LGBT. (20) (21)

El papel del Profesional de la Salud

Smith y cols., (2007), mencionan en su estudio piloto sobre función sexual en adultos mayores que dentro de las posibles explicaciones por la que los médicos no realizan historias clínicas sexuales de los adultos mayores son: por falta de entrenamiento en esta área, por las actitudes de los médicos, como el creer que los adultos mayores no son sexualmente activos, o por la restricción de tiempo, dando prioridad a otros problemas. (16) (22)

La dificultad para evaluar el funcionamiento sexual no es exclusiva de la población de adultos mayores, ya que esto ocurre en poblaciones de cualquier edad, lo que refleja la falta de conocimiento y entrenamiento en el área de la sexualidad por parte de los profesionales de salud, incluyendo la formación del psiquiatra.

ANTECEDENTES

Bach y cols., (2013) realizaron un estudio transversal basado en la comunidad de Florida con el fin de evaluar la relación existente entre 22 condiciones de salud física y mental

con la inactividad sexual entre adultos mayores. Se incluyeron 22,654 participantes de 55 años y más, incluyendo 1,879 participantes mayores de 80 años. Se encontró que 55% de los hombres y 45% de las mujeres reportaron ser activos sexualmente. Además, se concluyó que los problemas de salud mental y física tienen asociaciones muy similares con la inactividad sexual en hombres y mujeres, en cambio el aumento de la actividad sexual se asoció con indicadores positivos de salud física, emocional y social. (23)

Smith y cols., (2007), llevaron a cabo un estudio piloto sobre función sexual en 50 personas de New York, con una edad media de 81 ± 6 años, con el objetivo de evaluar el funcionamiento sexual de hombre y mujeres mayores, así como comprobar los patrones de comunicación médico-paciente acerca del funcionamiento sexual. Utilizaron el FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) para las mujeres y el IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil) para los hombres; y para evaluar la comunicación médico paciente, realizaron 3 preguntas de sí/no. (16)

Hallaron que el 18% de las mujeres y el 41% de los hombres fueron sexualmente activos. En cuanto a tipo de actividad sexual reportada más comúnmente, para los hombres fue las relaciones sexuales (coito) y para las mujeres la masturbación. Entre las razones citadas más comúnmente para ser inactivos sexualmente, las mujeres mencionaron la falta de deseo y la falta de pareja, y para los hombres fue la disfunción eréctil y la falta de pareja. Respecto a los puntajes de función sexual, para las mujeres fueron bajos en todas las categorías (lubricación, deseo, orgasmo, excitación, dolor y satisfacción), en cambio para los hombres los puntajes de función sexual fueron bajos para el dominio de función eréctil, orgasmo y satisfacción, pero no para el de deseo. (16)

En cuanto a la comunicación médico-paciente, sólo el 4% de las mujeres (vs 36% de los hombres) reportaron iniciar una discusión acerca del funcionamiento sexual con su médico en el último año; mientras que el 7% de las mujeres (vs 32% de los hombres) reportaron que su médico interrogó acerca de su función sexual en el último año. Cabe mencionar que este estudio tuvo algunas limitaciones, una de ellas es que para todos los dominios, el tener relaciones sexuales (coito) fue un prerrequisito para lograr una puntaje por arriba de cero, aún si el participante tenía una relación sexual satisfactoria y realizaba otro tipo de actividad sexual (oral, manual, auto estimulación) sus puntajes totales fueron bajos. Así que esto último, en combinación con que se reportaron pocas relaciones sexuales entre los participantes, sugiere la importancia de desarrollar un instrumento de funcionamiento sexual apropiado para la edad. (16)

En cuanto a población Mexicana, en el 2011 Soria, en su proyecto de tesis describió la función sexual femenina en pacientes con edades entre 50 y 70 años del grupo de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos, también describió la calidad de vida y factores comórbidos asociados en base a la medición de resultados de laboratorio que se toman como parte del protocolo de ingreso a esa clínica. La muestra fue de 59 pacientes, a las que se les aplicó la escala FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) y el cuestionario de salud SF-36v1. Del total de las pacientes, la función sexual reportó que el 81.4% de las pacientes presenta disfunción sexual y el 18.6% no la presentan, además se halló que la presentación de disfunción sexual aumenta conforme aumenta la edad y presenta una disminución posterior. Del total de la población el 61% refiere de excelente a muy buena calidad de vida. De las pacientes que describen mala a regular calidad de vida, el mayor porcentaje se encontró entre las que tienen disfunción sexual.

Se halló que existe diferencia significativa respecto a mejor calidad de vida en pacientes sin disfunción sexual en comparación con las que se presentan disfunción sexual, y esto fue tanto para el componente de salud física como el de salud mental. De todos los resultados de laboratorio obtenidos, predominaron los resultados normales y no se encontró ninguna significancia estadística en relación con la calidad de vida o con la presencia de disfunción sexual. En dicho trabajo se hace mención de que la disfunción sexual se vincula a una mala salud física, mala salud emocional y a un impacto significativo en la calidad de vida. (24)

Guadarrama y cols., (2010) realizaron un estudio transversal a 100 adultos mayores de 60 años de la Clínica de Medicina Familiar de Tlalpan que acudieron a consulta por diferentes razones, con el fin de evaluar las características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con la calidad de vida; para evaluar la actividad sexual utilizaron una encuesta de 14 preguntas elaborada y validada en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Santiago Chile; dicha encuesta valora los siguientes ítems: tipo de relaciones sexuales, frecuencia de las relaciones sexuales y calidad de las relaciones sexuales. Obtuvieron como resultado que el 73% de los pacientes refirió tener relaciones sexuales con coito, el 77% mencionó que la actividad sexual era importante, y sólo el 40% consideró que esta era satisfactoria. Además, se concluyó que la actividad sexual no necesariamente está ligada a la actividad coital, pero sí con una mejor calidad de vida auto percibida, además se vio que la disminución de la actividad sexual está condicionada no por la edad, sino más bien por género. (25)

METODO

Planteamiento del problema

Es cierto que en el envejecimiento ocurren cambios anatomofisiológicos en relación con los órganos sexuales y el funcionamiento sexual, sin embargo, contrario al mito de que la población geriátrica pierde el interés en su vida sexual, se han publicado diversos estudios que informan que una alta proporción de mujeres y hombres siguen siendo sexualmente activos en la edad adulta. Por este motivo, es importante ampliar el conocimiento en torno a la sexualidad en esta población para poder brindar una atención integral y en consecuencia mejorar la calidad de vida.

La función sexual de la población mayor de 60 años es un tema que ha sido evitado con mucha frecuencia y ha sido en los últimos años en relación al crecimiento de la esperanza de vida, en que se ha dado mayor importancia a la sexualidad de los adultos mayores, como un aspecto que influye para mejorar la calidad de vida.

La falta de información sobre la sexualidad en la población geriátrica, junto con múltiples factores del paciente y del clínico que evalúa, (incomodidad con el tema, prejuicios relacionados con la edad, diferencia de sexo entre el paciente y el clínico, vergüenza, falta de interés, falta de instrumentos psicométricos, etc.) dificultan el poder obtener una adecuada información sobre las características del funcionamiento sexual del paciente, lo que se ha visto reflejado en el hecho de que sean pocos los médicos que interrogan sobre el área sexual de sus pacientes, impidiendo detectar las disfunciones sexuales en esta población y en consecuencia guiar sobre su manejo.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características de la Función Sexual de los pacientes de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

Justificación

Mejorar el conocimiento sobre el funcionamiento sexual en la población geriátrica, incluyendo la frecuencia de disfunciones sexuales y los factores asociados a ellas, nos ayudará a comprender mucho mejor las características de la sexualidad de los pacientes geriátricos, y en este caso con patologías psiquiátricas, con el objetivo de brindar una atención más integral y con ello incidir en mejorar la calidad de vida.

Es reportado por la literatura que pocos son los profesionales de la salud que interrogan sobre la sexualidad de sus pacientes, y más si hablamos de los adultos mayores, lo cual ha sido justificado por múltiples razones, pero una de ellas es la falta de conocimiento y de práctica en esta área, por lo que el tener un mayor conocimiento sobre el cómo está el funcionamiento sexual de la población geriátrica, guiará al médico tratante para realizar una exploración más idónea con el fin de detectar disfunciones sexuales y orientar a los pacientes acerca del manejo de las mismas.

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionarán una base para el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre la sexualidad geriátrica, y en base a los conocimientos generados se podrían llegar a implementar programas específicos para la sexualidad del adulto mayor.

Objetivos

Generales: Conocer las características generales del funcionamiento sexual de pacientes del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Particulares:

Describir la frecuencia de disfunción sexual en la población elegida

Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo no se establecen hipótesis, salvo las inherentes a los procedimientos estadísticos utilizados.

Variables

-Género: Femenino o Masculino

-Edad: se registró la edad en años de la población elegida y además se agrupó por intervalos.

-Ocupación: se incluyeron 3 categorías: Ninguna, Pensionado o si realiza alguna ocupación (remunerada o no económicamente).

-Estado Civil: se incluyeron las siguientes categorías, soltero, casado, divorciado o viudo.

-Escolaridad: Se incluyeron los siguientes grados, Ninguna, Primaria, Secundaria, Preparatoria y Licenciatura.

-Actividad Sexual: Se valoró sí los pacientes han tenido actividad sexual en el último año.

-Causa o razón para no tener actividad sexual o que esta se encuentre limitada para el paciente. Se incluyeron tres categorías: Problemas físicos, Problemas de pareja y Problemas psicológicos.

-Tipo de Actividad Sexual: se incluyeron tres categorías: el coito, la masturbación y otras.

-Disfunción Sexual: de acuerdo a los puntos de corte de las escalas

-Importancia de Actividad Sexual: se incluyeron las siguientes categorías, Muy importante, Importante, Poco Importante, Indiferente.

Uso de estimulador sexual: Sólo se mencionó si lo utilizan o no.

Muestra

El estudio se realizó en pacientes del servicio de Psicogeriatría del HPFBA. La elección de la muestra se realizó por cuota.

Criterios de Selección

Inclusión: Se incluyeron pacientes de cualquier género del servicio de Psicogeriatría del HPFBA, con edades comprendidas de 60 a 85 años, que supieran leer y escribir, que aceptarán participar en el estudio y firmarán el consentimiento informado.

Exclusión: Se excluyeron pacientes con cuadros demenciales o psicóticos agudos que dificultarán la aplicación de los cuestionarios y pacientes con alto grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria

Tipo de estudio

Es un estudio transversal ya que la información de cada paciente fue recolectada en una sola ocasión y es descriptivo porque arrojó diversos datos socio demográficos y sobre el funcionamiento sexual de los (as) pacientes.

Instrumentos

Es importante mencionar que no existe un instrumento validado en la literatura para evaluar la función sexual de la población geriátrica, ya que la mayoría de los existentes definen las relaciones sexuales y su frecuencia en términos de relaciones coitales, sin embargo, es importante considerar que la sexualidad es un concepto muy amplio que abarca múltiples formas de expresión, prácticas y conductas. Tomando en cuenta lo anterior se pueden evitar sesgos al momento de evaluar la función sexual de la población geriátrica, en quienes la literatura indica que el interés sexual se mantiene, aunque las prácticas sexuales no necesariamente involucren coito. (25) (6)

Se utilizarán dos instrumentos para evaluar la Función Sexual, uno enfocado para cada género, en el caso de las mujeres se les aplicará el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y a los hombres el índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), además, tanto a mujeres como a hombres se les aplicará un Cuestionario de 15 preguntas sobre datos sociodemográficos y otros aspectos del funcionamiento sexual que no son incluidos en el IFSF y el IIFE, y que serán de utilidad para hacer una descripción más completa de la función sexual del adulto mayor. En cuanto a las preguntas complementarias, la mayoría fueron realizadas en base al interés de la investigadora y en base a variables que se han incluido en otros estudios.

Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) es un instrumento que fue desarrollado por Rosen y cols. (2000) para obtener un cuestionario breve, válido, confiable, auto administrado y multidimensional de evaluación de la función sexual femenina. Fue diseñado para evaluar a mujeres en un amplio rango de edades, incluyendo a mujeres posmenopáusicas. Este consta de 19 ítems que evalúan las siguientes 5 áreas de la función sexual (26):

Deseo/activación: ítems 1 y 2

Excitación/lubricación: ítems 3 a 10

Orgasmo: ítems 11 y 12

Satisfacción: ítems 13 a 16

Dolor: ítems 17 a 19

Los ítems se puntúan con una escala Likert de 5 grados de frecuencia, intensidad y satisfacción, oscilando entre 1: que equivale a casi nunca/ muy bajo o ninguno/ muy insatisfecha; a 5: que equivale a casi siempre o siempre/ muy alto/ muy satisfecha.

El marco de referencia temporal para la evaluación es de las últimas 4 semanas. La evaluación proporciona una puntuación total y puntuaciones por separado en cada una de las 5 áreas evaluadas; las puntuaciones en las áreas se obtienen sumando los puntos en los ítems que las constituyen (puntuaciones directas) y multiplicando la suma por el factor de cada área (puntuaciones ponderadas). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones ponderadas de las 5 áreas (26). Dicha puntuación puede oscilar de 2 a

36 y a mayor puntuación mejor funcionamiento sexual. Wiegel y cols. (2005) establecieron como punto de corte el valor de 26.55 para definir la existencia de disfunción sexual femenina. (27)

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

| <i>Dominio</i> | <i>Preguntas</i> | <i>Puntaje</i> | <i>Factor</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|----------------|------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| Deseo | 1 - 2 | 1 - 5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitación | 3 - 6 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubricación | 7 - 10 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 11 - 13 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfacción | 14 - 16 | 0 - 5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dolor | 17 - 19 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Rango Total | | | | 2 | 36 |

Figura 2. Puntaje del índice de Función Sexual Femenina

Propiedades psicométricas:

En el estudio realizado por Rosen y cols. (2000), se aplicó el cuestionario a una muestra de 259 mujeres voluntarias (128 de ellas con Trastorno de la excitación sexual según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición DSM-IV; y 131 mujeres sanas que eran el grupo control. (26)

La confiabilidad medida mediante el alfa de Cronbach fue mayor de 0.82 para los seis dominios y para la escala en su conjunto y la fiabilidad tes-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total (r= 0.79 a 0.88). (10)

La validez discriminante se estableció al comparar las respuestas medias del grupo de mujeres con alguna disfunción contra el grupo control, las diferencias más altas entre los

grupos fueron para los dominios de Excitación y Lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19.2 ± 6.63 para el grupo de pacientes con Trastorno de la excitación sexual y de 30.5 ± 5.29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando el IFSF con el test de satisfacción marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante r de Pearson y fue moderada para el grupo de control ($r= 0.53$) y muy baja para el grupo de pacientes con Trastorno de la excitación ($r=0.22$). (10)

El IFSF fue validado en español en población chilena por Blümel y cols., en el 2004, aplicándose dicho instrumento a 383 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual en los últimos tres meses, excluyendo a las que estuvieran bajo terapia de reemplazo hormonal o de anticonceptivos orales, histerectomizadas, embarazadas y las que estuvieran dentro de los 6 meses posparto. El formulario del cuestionario fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español. Para la valoración de la calidad del instrumento traducido al español se aplicó el Test de alfa de Cronbach con el fin de evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test, obteniéndose valores que señalan una buena ($> 0,70$) o muy buena correlación ($>0,80$). (28)

Cabe mencionar que el IFSF es uno de los instrumentos para evaluar la función sexual femenina que más ha sido utilizado en varios estudios epidemiológicos, además de que en los últimos cuatro años ha sido validada en diferentes países, incluyendo Francia, Italia, Japón, Malasia, etcétera.

Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE)

Es un instrumentos que fue desarrollado en 1997 por Rosen y cols., con la intención de desarrollar un instrumento multidimensional, breve, válido y no intrusivo para los pacientes al evaluar la función eréctil. (29)

Consta de 15 ítems que evalúan la presencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual humana (deseo, erección, eyaculación y orgasmo), y cómo estos afectan a la vida sexual del paciente, evaluando también la satisfacción global y en la relación sexual. Para contestar a cada ítem, el paciente ha de utilizar una escala de tipo Likert, unas veces medirá frecuencia, otras intensidad y otras satisfacción, pudiendo oscilar entre: 0 que equivale a que no tuvo o no intentó una relación sexual y 5 que se utiliza para elegir casi siempre o siempre no tuvo los problemas que ese ítem explora. (29)

Se trata de una escala auto aplicada y al principio de la escala se proporciona al paciente un pequeño glosario con los términos que se utilizan para facilitar la correcta comprensión de lo que se pregunta, respecto al marco de referencia temporal que evalúa son las últimas 4 semanas. (29)

El IIEF proporciona 5 puntuaciones parciales que hacen referencia a los siguientes aspectos del funcionamiento sexual:

Función eréctil: incluye los ítems 1-5 y 15, la puntuación oscila entre 1 y 30, los puntos de corte establecidos son de 6-10 que reflejan la disfunción eréctil grave, de 11 a 16 para la

disfunción eréctil moderada; de 17 a 25 para la disfunción eréctil leve, y de 26 a 30 para pacientes sin disfunción eréctil.

Función orgásmica: incluye los ítems 9 y 10, la puntuación oscila de 0-10 y no existen puntos de corte; sólo está establecido que a menor puntuación, mayor disfunción.

Satisfacción con la relación sexual: incluye los ítems 6-8, la puntuación oscila de 0-15, no existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor insatisfacción.

Deseo sexual: incluye los ítems 11 y 12, con una puntuación total que oscila de 2-10, tampoco existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor disfunción.

Satisfacción global: incluye los ítems 13 y 14, con un rango de puntuación que oscila de 2-10, no existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor insatisfacción.

Propiedades psicométricas

Rosen y cols., (1997) diseñaron el IIFE como un instrumento breve, confiable y auto aplicable, con el fin de detectar de forma sensible y específica los cambios en la función eréctil en respuesta al tratamiento con sildenafil. En dicho estudio se observó un alto grado de consistencia interna para cada uno de los cinco dominios y para la escala total en las poblaciones estudiadas. Los coeficientes de correlación test-retest fueron altamente significativos para los cinco dominios. El IIEF mostró una adecuada validez de constructo y los cinco dominios mostraron un alto grado de sensibilidad y especificidad para la detección de los cambios relacionados con el tratamiento en los pacientes con disfunción eréctil. (29)

Rosen y cols. (2002) realizaron una revisión sobre el IIFE demostrando que es un instrumento que ha sido validado en 32 lenguas y ha sido utilizado en más de 50 ensayos clínicos, incluyendo que se encuentra validada en español y existe una versión abreviada.(30). Por otro lado, Zegarra y cols., (2011) realizaron la validación psicométrica del IIEF en pacientes con disfunción eréctil en Perú, concluyéndose que es un instrumento válido y confiable para su uso a nivel local en el campo clínico y de investigación. (31)

Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo de tesis por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se comenzó con la recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo durante un periodo de un mes del 15 de Marzo del 2014 al 15 de Abril del 2014, periodo en el que se acudió al servicio de Psicogeriatría, al menos tres veces por semana tanto en el turno matutino como en el vespertino, se verificó que los pacientes elegidos al azar cumplieran los criterios de inclusión del estudio y posteriormente se les pidió que firmarán el consentimiento informado, después se les solicitó que contestaran el cuestionario de datos sociodemográficos, el cual incluye algunas preguntas complementarias para evaluar su funcionamiento sexual y por último se les pidió llenar la escala de funcionamiento sexual correspondiente a cada género, en el caso de las mujeres llenaron el IFSF y en el caso de los hombres el IIFE.

Una vez terminada la recolección de datos se procedió a construir la base de datos en Excel 2010 y el análisis estadístico con el programa SPSS versión 15. Se realizaron

Consideraciones e Implicaciones éticas

Se trató de una Investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Sin embargo, si se trató de un tema que involucró la intimidad del paciente, lo que en algún punto podría hacer sentir incomodidad, por lo que en dicho estudio se utilizó sólo la información proporcionada por el paciente, manteniendo en confidencialidad sus datos personales. Por otro lado, cuando se detectaron casos de disfunción sexual, se brindó orientación básica o se canalizó con expertos en la temática de la sexualidad. Se anexa formato de consentimiento informado, basado en el de la Facultad de Medicina (2007). (31)

Esta investigación se basó en los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2000), el cual es considerado como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos; también se tomó en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

En el cuadro 1 se observan detalladamente las variables sociodemográficas de la población estudiada. Se obtuvo una muestra total de 45 pacientes, de los cuales 28 correspondieron al género femenino y 17 al masculino.

Cuadro 1

Distribución de Variables Sociodemográficas

| DATOS SOCIODEMOGRÁFICO | GÉNERO | | | |
|---------------------------|----------|------|-----------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n | % | n | % |
| Género | 28 | 100 | 17 | 100 |
| Ocupación | | | | |
| Ninguna | 3 | 10.7 | 2 | 11.8 |
| Pensionado | 2 | 7.1 | 2 | 11.8 |
| Con alguna ocupación | 23 | 82.2 | 13 | 76.4 |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 5 | 17.9 | 4 | 23.5 |
| Casado | 11 | 39.3 | 9 | 52.9 |
| Divorciado | 4 | 14.3 | 2 | 11.8 |
| Viudo | 8 | 28.6 | 2 | 11.8 |
| Intervalo de edad* | | | | |
| 60 a 64 | 8 | 28.6 | 7 | 41.2 |
| 65 a 69 | 12 | 42.9 | 8 | 47.1 |
| 70 a 74 | 7 | 25.0 | 0 | 0 |
| 75 a 79 | 1 | 3.6 | 1 | 5.9 |
| >80 | 0 | 0.0 | 1 | 5.9 |
| Escolaridad | | | | |
| Ninguna | 1 | 3.6 | 1 | 5.9 |
| Primaria | 13 | 46.4 | 6 | 35.3 |
| Secundaria | 3 | 10.7 | 4 | 23.5 |
| Preparatoria | 8 | 28.6 | 1 | 5.9 |
| Licenciatura | 3 | 10.7 | 5 | 29.4 |

*Edad en años

Respecto a la variable de Ocupación se agrupó a los pacientes en tres categorías, incluyendo ninguna ocupación, pensionado y los que desempeñaban alguna ocupación fuera o no remunerada económicamente. Se encontró que el 10.7% de las mujeres y el 11.8% de los hombres reportaron no tener ninguna ocupación en el momento de la evaluación; el 7.1% de las mujeres estaban pensionadas a diferencia del 11.8% de los hombres, y respecto a la categoría de alguna ocupación se observa que el 82.2% de las mujeres y el 76.4 % de los hombres dijeron tener alguna ocupación. En esta última categoría las mujeres reportaron predominantemente dedicarse al hogar y al comercio, mientras que la mayoría de los hombres dijo realizar alguna ocupación por cuenta propia como dedicarse al campo, la tapicería, la música y el comercio.

En cuanto a la variable de Estado Civil se obtuvieron 4 categorías, hallándose que el 17.9% de las mujeres y el 23.5% de los hombres fueron solteros; el 39.3% de las mujeres y el 52.9% de los hombres fueron casados: mientras que el 14.3% de las mujeres y el 11.8% de los hombres fueron divorciados. Por último, el 28.6% de las mujeres y el 11.6% de los hombres fueron viudos.

La variable de edad fue recabada tomando la edad en años de cada paciente y en el cuadro 1 se observa la edad agrupada en 5 intervalos, encontrándose el mayor porcentaje tanto de mujeres como de hombres (42.9% y 47.1% respectivamente) entre los 65 y 69 años. De los 60 a los 64 años se encontró al 28.6% de las mujeres y al 41.2% de los hombres; de los 70 a 74 años se encuentran el 25% de las mujeres y ningún

hombre, de los 75 a los 79 años se encontró al 3.6% de las mujeres y al 5.9% de los hombres, encontrándose sólo un hombre (5.9%) mayor de 80 años.

Para la variable de Escolaridad se observa que el 3.6% de las mujeres y el 5.9% de los hombres reportaron no tener ningún grado de escolaridad, el mayor porcentaje de la población incluida se concentró en el nivel primaria, con un 46.4% del total de mujeres y el 35.3% del total de hombres, el 10.7% de las mujeres y el 23.5% de los hombres reportaron haber estudiado hasta la secundaria; el 28.6% de las mujeres y el 5.9% de los hombres dijeron haber estudiado la preparatoria; mientras que el 10.7% de las mujeres y el 29.4% de los hombres estudiaron una licenciatura.

Diagnósticos Psiquiátricos

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de la población estudiada, sólo se tomó el diagnóstico principal, como se observa en el cuadro 2, el diagnóstico más frecuente en ambos sexos fue el Trastorno depresivo recurrente, con un porcentaje de 57.1% en mujeres y 29.4% en hombres; el Trastorno bipolar fue registrado en el 21.4% de las mujeres y el 17.6% de los hombres; respecto al diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide el 10.7% de las mujeres lo reportó a diferencia del 23.5% de los hombres. El Trastorno mixto ansioso-depresivo fue reportado en el 10.7% de las mujeres y en el 5.9% de los hombres. Sólo en hombres se reportaron otros tres diagnósticos, el Episodio depresivo con un porcentaje de 11.8% el Trastorno afectivo orgánico con el 5.9% y la Reacción a estrés agudo en el 5.9% de los hombres.

Cuadro 2

Distribución de los Diagnósticos Psiquiátricos

| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO | GÉNERO | | | |
|-----------------------------------|----------|------|-----------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n | % | n | % |
| TDR* | 16 | 57.1 | 5 | 29.4 |
| TBP† | 6 | 21.4 | 3 | 17.6 |
| Esquizofrenia Paranoide | 3 | 10.7 | 4 | 23.5 |
| Trastorno mixto ansioso-depresivo | 3 | 10.7 | 1 | 5.9 |
| Episodio depresivo | - | - | 2 | 11.8 |
| Trastorno afectivo orgánico | - | - | 1 | 5.9 |
| Reacción a estrés agudo | - | - | 1 | 5.9 |

*TDR=Trastorno depresivo recurrente, †TBP= Trastorno bipolar

Comorbilidades Médicas no psiquiátricas

En el cuadro 3 se observa la distribución de las comorbilidades médicas que reportaron los pacientes. El 46.4% de las mujeres y el 23.5% de los hombres dijeron padecer Hipertensión Arterial Sistémica; el 21.4% de las mujeres y el 17.6% de los hombres reportaron tener Diabetes Mellitus 2; el 10.7% de las mujeres y 5.9% de los hombres reportaron verbalmente tener Dislipidemia; 14.3% de las mujeres y 11.8% de los hombres tenían diagnóstico de Hipotiroidismo. Hubo cuatro diagnósticos que sólo reportaron las

mujeres, estos fueron Artritis Reumatoide (3.6%), Insuficiencia Venosa (3.6%), Osteoporosis (7.1%) y Antecedente de Cáncer de mama (3.6%). En cambio, hubo tres diagnósticos sólo mencionados por los hombres, siendo estos, la Hipertrofia Prostática Benigna (11.8%), la Psoriasis (5.9) y la Gota (5.9%).

Cuadro 3
Distribución de comorbilidades médicas no psiquiátricas

| COMORBILIDADES MÉDICAS | GÉNERO | | | |
|---------------------------------|----------|------|-----------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n(28) | % | n(17) | % |
| Hipertensión arterial sistémica | 13 | 46.4 | 4 | 23.5 |
| Diabetes mellitus 2 | 6 | 21.4 | 3 | 17.6 |
| Dislipidemia | 3 | 10.7 | 1 | 5.9 |
| Hipotiroidismo | 4 | 14.3 | 2 | 11.8 |
| Artritis Reumatoide | 1 | 3.6 | - | - |
| Insuficiencia venosa | 1 | 3.6 | - | - |
| Osteoporosis | 2 | 7.1 | - | - |
| Antecedente de Ca de mama* | 1 | 3.6 | - | - |
| Hipertrofia Prostática | - | - | 2 | 11.8 |
| Psoriasis | - | - | 1 | 5.9 |
| Gota | - | - | 1 | 5.9 |

*Ca de mama= Cáncer de mama

Características Generales del Funcionamiento Sexual

En el cuadro 4 se puede observar claramente la distribución general de las características de la actividad sexual de los pacientes incluidos en el estudio. Se obtuvo que de los 45 pacientes, 4 hombres (8.9%) dijeron no haber tenido actividad sexual en el último año y 20 mujeres (44,4%) reportaron lo mismo. En cuanto a los hombres que dijeron haber tenido actividad sexual en el último año, 3 (6.7%) dijeron tener coito y 10 (22.2%) tener masturbación. Para las mujeres que reportaron tener actividad sexual en el último año, 4 (8.9%) dijeron tener coito y 4 (8.9%) realizar la masturbación. En el mismo cuadro se muestran las causas que los pacientes refieren para no tener actividad sexual, y en el caso de los que la tienen, las causas que limitan de alguna manera su actividad sexual. Se incluyeron 3 tipos de causas generales, las físicas, los problemas de pareja y las causas psicológicas. Cabe mencionar que dentro de las causas físicas se engloban los problemas médicos y el envejecimiento; los problemas de pareja incluyen la falta de pareja, y las causas psicológicas engloban a las creencias morales y prejuicios sobre la actividad sexual y la falta de interés.

Los problemas de pareja fue la causa más frecuente, mencionada por 23 pacientes (51.1%); en segundo lugar están las causas físicas, que fueron reportadas por 13 pacientes (28.9%); y en tercer lugar las causas psicológicas, mencionadas por 9 (20%) pacientes.

Como se puede observar, en el caso de los hombres que no tienen actividad sexual es más frecuente que mencionen como causa a los problemas físicos y los problemas de pareja, a diferencia de las mujeres que refieren más frecuentemente las causas psicológicas y los problemas de pareja.

De los pacientes que mencionaron el coito como la actividad sexual más frecuente, se puede ver que de los 3 (6.7%) hombres, 2 (4.4%) refirieron como causa limitante los problemas de pareja; y las 4 (8.9%) mujeres que reportaron tener coito, mencionan como su principal limitante las causas físicas.

En el caso de los que mencionaron a la masturbación como la actividad sexual más frecuente, se observa que de los 10 (17.8%) hombres, 8 (17.8%) refirieron que los problemas de pareja es la principal limitante de su actividad sexual; de igual manera, las 4 (8.9%) mujeres que reportaron masturbarse, dijeron que los problemas de pareja suelen limitar su actividad sexual.

Cuadro 4

Distribución General sobre la Actividad Sexual

| GÉNERO | ACTIVIDAD SEXUAL | TIPO ACTIVIDAD SEXUAL | CAUSA DEL TIPO Y ACTIVIDAD SEXUAL | | | | | | Total | |
|--------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------|---------------------|-------|-------------|-------|-------|--------|
| | | | Física | | Problemas de Pareja | | Psicológica | | | |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | No | Ninguna | 2 | 4.4% | 2 | 4.4% | - | - | 4 | 8.9% |
| | Si | Coito | - | - | 2 | 4.4% | 1 | 2.2% | 3 | 6.7% |
| | | Masturbación | 2 | 4.4% | 8 | 17.8% | - | - | 10 | 22.2% |
| Femenino | No | Ninguna | 5 | 11.1% | 7 | 15.6% | 8 | 17.8% | 20 | 44.4% |
| | Si | Coito | 4 | 8.9% | - | - | - | - | 4 | 8.9% |
| | | Masturbación | - | - | 4 | 8.9% | - | - | 4 | 8.9% |
| Total | | | 13 | 28.9% | 23 | 51.1% | 9 | 20.0% | 45 | 100.0% |

En el Cuadro 5 se observa la distribución general de la actividad sexual en relación a la edad de los pacientes evaluados, observándose que el promedio de edad de los pacientes hombres que no tienen actividad sexual es de 70.3 años, a diferencia de las mujeres que fue de 66.1 años; en el caso de los pacientes que mencionaron al coito como actividad sexual principal, el promedio de edad para los hombres fue de 68.3 años y para las mujeres fue de 68; para los pacientes que reportaron la masturbación como actividad principal la edad promedio de los hombres fue de 65.2 años y para las mujeres fue de 68.3 años. Respecto a las causas limitantes de actividad sexual que mencionaron los pacientes, se encontró que la edad promedio de los que refirieron causas físicas fue de

67.5 años, para los que mencionaron las causas de pareja fue de 66.6 años y para los que refirieron causas psicológicas la edad promedio fue de 66.2 años.

Cuadro 5
Distribución de la muestra por Edad

| GÉNERO | ACTIVIDAD SEXUAL | TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL | CAUSA DEL TIPO Y ACTIVIDAD SEXUAL | | | | | | Total | |
|--------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------|--------|--------|-------------|--------|-------|--------|
| | | | Física | | Pareja | | Psicológica | | | |
| | | | n | Valor* | n | Valor* | n | Valor* | n | Valor* |
| Masculino | No | Ninguna | 2 | 75.5 | 2 | 65.0 | - | - | 4 | 70.3 |
| | Si | Coito | - | - | 2 | 65.0 | 1 | 75.0 | 3 | 68.3 |
| | | Masturbación | 2 | 65.0 | 8 | 65.3 | - | - | 10 | 65.2 |
| Femenino | No | Ninguna | 5 | 64.8 | 7 | 68.1 | 8 | 65.1 | 20 | 66.1 |
| | Si | Coito | 4 | 68.0 | - | - | - | - | 4 | 68.0 |
| | | Masturbación | - | - | 4 | 68.3 | - | - | 4 | 68.3 |
| Total | | | 13 | 67.5 | 13 | 66.6 | 23 | 66.2 | 9 | 66.8 |

* El valor se refiere a la edad en años (valor promedio)

En el cuadro 6 se observa la distribución general de la actividad sexual de la muestra en relación al Deseo Sexual, cabe mencionar que los ítems relativos al deseo sexual de ambas escalas fueron equiparados en valores tanto para hombres como para mujeres dándoles un valor del 10 al 100, donde a mayor valor es mejor el deseo sexual. Se puede ver que los hombres que dijeron no tener actividad sexual en el último año el deseo tuvieron un valor promedio de 50 a diferencia de las mujeres que tuvieron un valor

promedio de 13. En el caso de los pacientes que dijeron tener coito como actividad sexual principal, para los hombres se obtuvo un valor promedio de 66.7 y para las mujeres de 16.3. Para los pacientes que mencionaron a la masturbación como actividad sexual principal, los valores promedios de deseo fueron mayores en ambos géneros a diferencia de los que tuvieron coito, los hombres reportaron un valor promedio de 74 y las mujeres un valor promedio de 28.8. Respecto a las causas limitantes de actividad sexual, los pacientes que mencionaron a las causas físicas tuvieron un valor promedio de deseo 28.9, los que eligieron a las causas de pareja tuvieron un valor promedio de deseo de 26.9, los que dijeron que era por causas psicológicas tuvieron un valor promedio más alto, de 47.4.

Cuadro 6

Distribución de la Actividad Sexual en relación al Deseo Sexual

| GÉNERO | ACTIVIDAD SEXUAL | TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL | CAUSA DEL TIPO Y ACTIVIDAD SEXUAL | | | | | | Total | |
|--------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------|--------|--------|-------------|--------|-------|--------|
| | | | Física | | Pareja | | Psicológica | | | |
| | | | n | Valor * | n | Valor* | n | Valor* | n | Valor* |
| Masculino | No | Ninguna | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | - | - | 4 | 50.0 |
| | Si | Coito | - | - | 2 | 70.0 | 1 | 60.0 | 3 | 66.7 |
| | | Masturbación | 2 | 65.0 | 8 | 76.3 | - | - | 10 | 74.0 |
| Femenino | No | Ninguna | 5 | 11.0 | 7 | 17.9 | 8 | 10.0 | 20 | 13.0 |
| | Si | Coito | 4 | 16.3 | - | - | - | - | 4 | 16.3 |
| | | Masturbación | - | - | 4 | 28.8 | - | - | 4 | 28.8 |
| Total | | | 13 | 28.9 | 13 | 26.9 | 23 | 47.4 | 9 | 15.6 |

*El valor se refiere al deseo en base a un rango que va del 0 al 100, a mayor valor, mejor nivel de deseo.

En el cuadro 7 se observa que la distribución general de la actividad sexual de las mujeres en relación con la Ocupación. Se puede ver que de las 20 mujeres que dijeron no tener actividad sexual, 16 dijeron tener alguna ocupación, 2 pensionadas y 2 sin ocupación. En cambio de las 8 mujeres que sí tuvieron actividad sexual, 7 dijeron tener alguna ocupación y 1 dijo no tener ninguna.

Cuadro 7

Distribución de la Actividad Sexual en Mujeres en relación a la Ocupación

| OCUPACIÓN | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|---------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Ninguna | 2 | 1 | 3 |
| Pensionado | 2 | 0 | 2 |
| Con ocupación | 16 | 7 | 23 |
| Total | 20 | 8 | 28 |

En el cuadro 8 se observa la distribución de la Actividad Sexual en Hombres en relación con la Ocupación, observándose que de los 4 hombres que dijeron no tener actividad sexual, 3 tuvieron alguna ocupación y 1 ninguna, en cambio de los 13 hombres que dijeron tener actividad sexual, 10 tenían alguna ocupación, 2 eran pensionado y 1 estaba sin ocupación.

Cuadro 8**Distribución de la Actividad Sexual en Hombres en relación con la Ocupación**

| OCUPACIÓN | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|---------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Ninguna | 1 | 1 | 2 |
| Pensionado | 0 | 2 | 2 |
| Con ocupación | 3 | 10 | 13 |
| Total | 4 | 13 | 17 |

En el cuadro 9 se observa la Distribución de la Actividad Sexual en Mujeres en relación con el Estado Civil, se observa que de las 20 mujeres que dijeron no tener actividad sexual, 4 fueron solteras, 7 fueron casadas, 3 fueron divorciadas y 6 viudas. Por otro lado, de las 8 pacientes que refirieron tener actividad sexual, 1 fue soltera, 4 fueron casadas, 1 fue divorciada y 2 fueron viudas.

Cuadro 9**Distribución de la Actividad Sexual en Mujeres en relación con el Estado Civil**

| ESTADO CIVIL | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|--------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Soltero | 4 | 1 | 5 |
| Casado | 7 | 4 | 11 |
| Divorciado | 3 | 1 | 4 |
| Viudo | 6 | 2 | 8 |
| Total | 20 | 8 | 28 |

En el cuadro 10 se observa la Distribución de la Actividad Sexual en Hombres en relación con el Estado Civil, como se puede ver, de los 4 hombres que refirieron no tener actividad sexual, 2 fueron solteros, 1 divorciado y 1 viudo. De los 13 hombres que sí tuvieron actividad sexual, 2 fueron solteros, 9 fueron casados, 1 fue divorciado, y 1 fue viudo.

Cuadro 10**Distribución de la Actividad Sexual en Hombres en relación con el Estado Civil**

| ESTADO CIVIL | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|--------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Soltero | 2 | 2 | 4 |
| Casado | 0 | 9 | 9 |
| Divorciado | 1 | 1 | 2 |
| Viudo | 1 | 1 | 2 |
| Total | 4 | 13 | 17 |

En el cuadro 11 se observa la relación que guarda la actividad sexual con la importancia que le dan las mujeres, cabe mencionar que dicha relación se encontró como estadísticamente significativa al ser evaluada con Chi-cuadrado de Pearson, con una $p=0.019$. Se puede ver que de las 20 mujeres que dijeron no tener actividad sexual, 13 mencionaron que les es indiferente, 4 dijeron que era poco importante, 2 dijeron que era importante y hubo una que dijo que era muy importante; de forma contraria, en el caso de las mujeres que reportaron tener actividad sexual, 3 dijeron que era muy importante, otras 3 que era importante, una dijo que era poco importante y una que le era indiferente.

Cuadro 11**Distribución de la Actividad Sexual de Mujeres en relación a la Importancia que le dan a la Actividad Sexual**

| IMPORTANCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|---------------------------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Muy Importante | 1 | 3 | 4 |
| Importante | 2 | 3 | 5 |
| Poco Importante | 4 | 1 | 5 |
| Indiferente | 13 | 1 | 14 |
| Total | 20 | 8 | 28 |

En el Cuadro 12 se observa la relación que guarda la actividad sexual con la importancia que le dan los hombres, al igual que en el caso de las mujeres, al realizar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, se encontró una relación estadísticamente significativa, con una $p=0.029$. Se observa que de los 4 hombres que dijeron no tener actividad sexual, a 2 les parece indiferente, a uno poco importante y 1 a uno le parece importante; de forma contraria, de los 13 hombres que sí tuvieron actividad sexual, 4 dijeron que era muy importante, 7 que era importante, 2 lo vieron como poco importante y ninguno dijo que fuera indiferente.

Cuadro 12**Distribución de la Actividad Sexual de Hombres en relación a la Importancia que le dan a la Actividad Sexual**

| IMPORTANCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL | ACTIVIDAD SEXUAL | | Total (n) |
|---------------------------------|------------------|--------|-----------|
| | No (n) | Sí (n) | |
| Muy Importante | 1 | 4 | 5 |
| Importante | 0 | 7 | 7 |
| Poco Importante | 1 | 2 | 3 |
| Indiferente | 2 | 0 | 2 |
| Total | 4 | 13 | 17 |

El cuadro 13 deja ver que son pocos los pacientes que refirieron haber sido interrogados por algún profesional de la salud sobre su vida sexual en el último año, resultando que al 85.7% del total de mujeres y al 82.4% del total de hombres no le han interrogado sobre su vida sexual.

Cuadro 13

Descripción de la evaluación del funcionamiento sexual que realizan los profesionales de salud

| EVALUACION DE FUNCIÓN SEXUAL | GÉNERO | | | |
|---|-----------------|------|------------------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n | % | n | % |
| Sí | 4 | 14.3 | 3 | 17.6 |
| No | 24 | 85.7 | 14 | 82.4 |
| Total | 28 | 100 | 17 | 100 |

En el Cuadro 14 se hace una descripción por género sobre la frecuencia de actividad sexual, tomando en cuenta el número de veces que tuvieron actividad sexual por semana, resultando que el 25% (7) de las mujeres y el 58.8% (10) de los hombres dijeron tener actividad sexual con una frecuencia de 1 a 2 veces a la semana, el 5.9% (1) refirió una frecuencia de 3 a 4 veces a la semana; y en el 3.6% (1) de las mujeres y el 11.8% (2) de los hombres la frecuencia fue mayor a 4 veces a la semana.

Cuadro 14

Descripción de la Frecuencia de Actividad Sexual

| FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL* | GÉNERO | | | |
|---------------------------------------|----------|------|-----------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n | % | n | % |
| No | 20 | 71.4 | 4 | 23.5 |
| 1-2 | 7 | 25 | 10 | 58.8 |
| 3-4 | 0 | 0 | 1 | 5.9 |
| Más de 4 | 1 | 3.6 | 2 | 11.8 |
| Total | 28 | 100 | 17 | 100 |

*Frecuencia= número de veces por semana

En el cuadro 15 se observa la frecuencia con que los pacientes hace uso de algún estimulador sexual, entre los que se incluyeron principalmente juguetes sexuales y películas. Se obtuvo que sólo el 7.1% de las mujeres y el 35.3% de los hombres dijeron utilizar alguno.

Cuadro 15

Descripción del Uso de estimulador*

| Uso de estimulador | Género | | | |
|-----------------------|----------|------|-----------|------|
| | Femenino | | Masculino | |
| | n | % | n | % |
| Sí | 2 | 7.1 | 6 | 35.3 |
| No | 26 | 92.9 | 11 | 64.7 |
| Total | 28 | 100 | 17 | 100 |

*Estimulador= incluye películas con contenido erótico, lubricantes y juguetes sexuales

En el cuadro 16 se pueden observar algunos datos estadísticos referentes al funcionamiento sexual de las mujeres. Como se puede observar en el caso de la variable edad, la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 76, con una media de 66.68 años y la DE fue de 4,243. Respecto al Tratamiento Médico, se observa que el número mínimo de fármacos que tenían prescritos era de 1, pero hubo pacientes que reportaron tomar hasta 6 fármacos, con una media de 3.32 y la DE fue de 1.156.

En el mismo cuadro se pueden ver los puntajes que se obtuvieron en los diferentes dominios de la escala IFSF, sólo en el caso de las mujeres que sí reportaron tener actividad sexual. Cabe mencionar que en los puntajes de todos los dominios a mayor valor el funcionamiento sexual es mejor. Para la evaluación del dominio del deseo se incluyeron a las 28 pacientes y se obtuvo que el valor mínimo fue 1.2, el valor máximo fue 5.4, la media fue de 1.886 y la DE fue de 1.5360.

Para el dominio de la lubricación sólo se incluyeron a las 8 mujeres que sí reportaron tener actividad sexual en el último año, observándose que el valor mínimo fue de 1.8, el valor máximo fue de 6, la media fue de 3.975 y la DE fue de 1.5360.

En el caso del dominio del Orgasmo se incluyeron a las 8 mujeres que reportaron tener actividad sexual, resultando que el valor mínimo fue de 2, el valor máximo fue de 6, la media fue de 4.250 y la DE fue de 1.5109.

En el dominio de la Satisfacción se incluyeron a las mismas 8 pacientes, resultando que el valor mínimo fue de 0.8, el valor máximo fue de 4.4, la media fue de 2.750 y la DE fue de 1.2547.

Para evaluar el dominio del Dolor se incluyeron sólo a 6 mujeres, ya que fueron quienes refirieron tener coito como actividad sexual principal, y se obtuvo que el valor mínimo fue de 2.4, el valor máximo fue de 6, la media de 5.133 y la DE fue de 1.3952.

Respecto al Puntaje total de la escala, se incluyó sólo a las 8 pacientes que sí tuvieron actividad sexual y se obtuvo que el valor mínimo fue de 11.7, el valor máximo fue de 27.5, la media fue de 21.2 y la DE fue de 4.9138.

Cuadro 16

Datos estadísticos descriptivos para las mujeres

| Variables | Valores | | | | |
|---------------------------------|---------|--------|--------|--------|---------------------|
| | n* | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
| Edad | 28 | 60 | 76 | 66,68 | 4,243 |
| Tratamiento médico ¹ | 28 | 1 | 6 | 3,32 | 1,156 |
| Deseo ² | 28 | 1,2 | 5,4 | 1,886 | 1,1398 |
| Lubricación ² | 8 | 1,8 | 6,0 | 3,975 | 1,5360 |
| Orgasmo ² | 8 | 2,0 | 6,0 | 4,250 | 1,5109 |
| Satisfacción ² | 8 | 0,8 | 4,4 | 2,750 | 1,2547 |
| Dolor ² | 6 | 2,4 | 6,0 | 5,133 | 1,3952 |
| Puntaje total ² | 8 | 11,7 | 27,5 | 21,200 | 4,9138 |

*n a las que se les calculó los valores reportados; ¹ Tratamiento médico: los valores se refieren a número de fármacos prescritos; ² Los valores se refieren a los puntajes obtenidos en el IFSF para cada dominio.

En el Cuadro 17 se observan algunos datos estadísticos referentes al funcionamiento sexual de los hombres, para la edad se tiene que el valor mínimo de los 17 pacientes fue de 61, el valor máximo fue de 88, la media de 66.94 y la Desviación estándar de 6.388. Para el caso del tratamiento médico, se observa que hubo pacientes que recibieron sólo

un fármaco y otro con 6 fármacos como máximo, la media de número de fármacos recibidos fue de 3.24 y la Desviación estándar fue 1.251.

Respecto a los dominios de que evaluó la escala IIFE, se tiene que para evaluar el puntaje del dominio de función eréctil se incluyó sólo a los 13 pacientes que refirieron tener actividad sexual en el último año, obteniéndose el puntaje mínimo de 6, el puntaje máximo de 28, con una media de 14.62 y una desviación estándar de 7.719. Respecto a la función orgásmica se puede ver que de los 13 pacientes evaluados, el puntaje mínimo fue de 2, el puntaje máximo fue de 10, la media fue de 6.46 y la desviación estándar de 2,504. Para el deseo sexual se incluyeron a los 17 pacientes y se tiene que el puntaje mínimo fue de 4, el máximo de 10, con una media de 6.71 y una desviación estándar de 1,532.

Para evaluar la Satisfacción del coito sólo se incluyeron los 3 hombres que refirieron tener coito como actividad sexual principal, observándose que el puntaje mínimo fue de 7, el máximo de 9, la media de 7,67 y la desviación estándar de 1,155. Para evaluar la satisfacción de la vida sexual en general se incluyeron a los 13 pacientes que reportaron actividad sexual, resultando que el valor mínimo fue de 2, el máximo de 9, con una media de 6,31 y una desviación estándar de 2,175.

Por último, para evaluar la disfunción eréctil, cabe mencionar que la severidad se agrupo en 4 categorías establecidas de acuerdo a los puntos de corte que da la escala IIFE, donde la categoría 1 corresponde a Disfunción eréctil severa, la 2 a disfunción eréctil moderada, la 3 a disfunción eréctil leve y la 4 a los pacientes que no tienen disfunción eréctil. Entonces se obtuvo que de los 13 pacientes incluidos, hubo quienes tuvieron disfunción eréctil severa y otros sin disfunción eréctil, con una desviación estándar de 1,080.

Cuadro 17

Datos estadísticos descriptivos para los hombres

| Variables | Valores | | | | |
|---------------------------------------|---------|--------|--------|-------|---------------------|
| | n* | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
| Edad | 17 | 61 | 88 | 66,94 | 6,388 |
| Tratamiento médico ¹ | 17 | 1 | 6 | 3,24 | 1,251 |
| Función eréctil ² | 13 | 6 | 28 | 14,62 | 7,719 |
| Función Orgásmica ² | 13 | 2 | 10 | 6,46 | 2,504 |
| Deseo Sexual ² | 17 | 4 | 10 | 6,71 | 1,532 |
| Satisfacción en el Coito ² | 3 | 7 | 9 | 7,67 | 1,155 |
| Satisfacción ² | 13 | 2 | 9 | 6,31 | 2,175 |
| Severidad de la DE ² | 13 | 1 | 4 | 2,00 | 1,080 |

*n a las que se les calculó los valores reportados; ¹ Tratamiento médico: los valores se refieren a número de fármacos prescritos; ² Los valores se refieren a los puntajes obtenidos en el IIFE para cada dominio

DISCUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con los datos publicados en otros estudios, donde se ha encontrado que el deseo sexual, el interés y la actividad sexual continúan en las personas mayores de 60 años. (6) (7)

Respecto a la presencia o ausencia de actividad sexual, los resultados de este estudio concuerdan con lo reportado por Lindau y Gavriloba (5) en el hecho que la frecuencia de la actividad sexual es menor en esta población y esta disminución es más notable en el caso de las mujeres, En este estudio se encontró que del total de los hombres (17) el 76.47% mantiene actividad sexual en el último año, y del total de las mujeres (28), el 28.57% mantienen dicha actividad.

En cuanto al deseo sexual se puede observar que los valores de deseo (en una escala de 0 a 100) fueron notablemente mayores para los hombres en comparación con las mujeres, sin embargo, tengan o no actividad sexual, es evidente que el deseo persiste en gran parte de los pacientes. En este estudio, se encontró que para los hombres que no han tenido actividad sexual en el último año el valor promedio de deseo fue de 50 y el valor promedio para las mujeres fue de 13.

Respecto al rol que tenemos los profesionales de la salud al momento de evaluar la vida sexual de los pacientes, los resultados que se obtuvieron en este estudio son similares a los reportados por Smith y cols. (11) quienes mencionan que son pocos los médicos que suelen interrogar sobre la funcionalidad sexual de los pacientes geriátricos, y esto puede ser secundario a múltiples factores como la falta de conocimientos sobre la sexualidad y los cambios que ocurren en esta población, por actitudes y prejuicios de los médicos; en muchas otras ocasiones por la falta de tiempo en las entrevistas clínicas. En esta investigación se encontró que del total de los hombres (17) al 82.4% de los hombres y del total de las mujeres evaluadas (28) el 85.7% no habían sido interrogadas por algún médico profesional en el último año.

En cuanto a las causas que los pacientes suelen referir para no tener actividad sexual, los datos hallados también concuerdan con lo reportado por Trudel en el año 2010 (14), quien refiere que el principal motivo para que los pacientes dejen de tener actividad sexual está la falta de pareja. En la población geriátrica del HPFBA se encontró que los problemas de pareja son la causa más frecuente que influye negativamente en la actividad sexual, la cual fue mencionada por 23 pacientes (51.1%); en este caso la categoría de problemas de pareja incluye tanto la falta de pareja, como los conflictos de pareja y las disfunciones sexuales de las parejas, respecto a estas últimas algunos pacientes refirieron no tener coito por falta de lubricación vaginal o falta de interés por parte de su pareja; y en el caso de las mujeres mencionaron como principal problema la disfunción eréctil de sus parejas.

Respecto a las frecuencias de Disfunción sexual para los hombres, sólo se pudieron obtener las frecuencias de disfunción eréctil de los 13 pacientes con actividad sexual; encontrándose que el 92.9% (12) tuvieron disfunción eréctil en algún grado y sólo un paciente 7.69% no tuvo disfunción eréctil. Respecto a la severidad se encontró que el 46.15% tuvieron disfunción eréctil severa, el 15.3% tuvo disfunción eréctil moderada y el 30.76% tuvo disfunción eréctil leve.

En cuanto a las disfunciones sexuales en las mujeres, sólo se pudieron obtener las frecuencias de disfunción sexual de las 8 pacientes que dijeron tener actividad sexual en el último año, y tomando en cuenta el punto de corte que da la escala de 26.55, se obtuvo que el 75% de las mujeres tuvieron alteración de la función sexual en general y

sólo el 25.5% no tuvieron alteración de la función sexual. En el caso de las mujeres los resultados son similares a los encontrados por Soria en su estudio de tesis, quien estudio pacientes del género femenino con patologías psiquiátricas, reportando que el 81.4% de las mujeres tuvo disfunción sexual y el 18.6 % no tuvo dicha disfunción. (23)

Dentro de las limitaciones que se hallaron en este estudio se encuentra que la muestra fue pequeña y que se utilizaron escalas diferentes para cada género, lo que impidió hacer comparaciones entre ambos; además, considero que dichas escalas serían útiles para detectar disfunciones sexuales sólo en pacientes que tengan actividad sexual en el momento del estudio; ya que el hecho de no haber tenido actividad sexual califica los ítems con un cero, sin dar realmente información significativa sobre el dominio sexual que se está evaluando.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo general del estudio de conocer las características generales sobre el funcionamiento sexual de los pacientes de psicogeriatría del HPFBA, demostrándose que los pacientes siguen teniendo deseo sexual independientemente si tienen o no actividad sexual, y que algunos de ellos (46.6% del total de la muestra) tienen actividad sexual, motivo por el que es importante generar más conocimientos e información sobre el tema, con el fin de brindar una atención integral a la salud y con ello incidir favorablemente en la calidad de vida.

Hubo limitaciones para determinar la frecuencia de disfunciones sexuales, ya que sólo se consideró a los pacientes que dijeron tener actividad sexual para calcular dicha frecuencia, resultando una muestra aún más pequeña, sin embargo, los datos reflejan una frecuencia elevada de disfunciones sexuales, siendo de 92.9% en el caso de los hombres (exclusivamente disfunción eréctil en diferentes grados de severidad) y de 75% en el caso de las mujeres.

Es evidente la falta de estudios que evalúen el funcionamiento sexual de los pacientes adultos mayores, y más si consideramos a los pacientes con patologías psiquiátricas, quienes tienen más riesgo de presentar disfunciones sexuales tanto por las características de los trastornos psiquiátricos, como por el uso de múltiples medicamentos, lo cual se pudo demostrar en este estudio,

Considero que sería benéfico que en investigaciones posteriores se midiera específicamente la satisfacción sexual de los adultos mayores, la cual se puede definir como “una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales siendo considerada por algunos autores como la última fase de la respuesta sexual” (31)

La satisfacción sexual se encuentra asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales que se llevan a cabo y se ha visto que de alguna manera está

determinada por variables interpersonales e intrapersonales, y menos por variables sociodemográficas. En próximas investigaciones se podrían evaluar además de las variables sociodemográficas, algunas variables que se ha visto que pueden afectar a la satisfacción sexual, como son: las prácticas sexuales (no necesariamente coitales), los aspectos socio-emocionales de la relación con la pareja, los conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad; la salud física y vitalidad, y por último, las barreras ambientales (falta de intimidad). (31)

Medir la satisfacción sexual podría ser más útil que informar únicamente si hay disfunciones sexuales, ya que se podrían hacer intervenciones de tratamiento enfocadas a los pacientes que refirieran algún grado insatisfacción sexual, independientemente de si tienen o no actividad sexual.

Por último, también sería útil que en estudios posteriores se midiera el impacto que tiene la terapia de sustitución hormonal en el funcionamiento sexual de mujer, y la relación que guarda con la calidad de vida de dichas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 [en línea]. México, 2010. [fecha de consulta: 16 de Abril 2014]. Disponible en: <
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/uem/702825047610_1.pdf>
2. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010.
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
3. Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción. Actas de Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Celebrada en Antigua Guatemala, Guatemala, 2000.
4. Sell J, Padron R, García C, Torres F. Función Sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. Rev Cubana de Salud Pública, 2001; 27(2): 116-125.
5. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ 2010; 340:c810.
6. Lochlainn M, Kenny RA. Sexual Activity and Aging. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14(8): 565-72
7. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology 2004; 64: 991-997.

8. Schick V, Herbenick D, Reece M, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *J Sex Med* 2010; 7:315-329.
9. Wood A, Runciman R, Wylie KR, McManus R. An Update on Female Sexual Function and Dysfunction in Old Age and its Relevance to Old Age Psychiatry. *Aging and Disease*. 2012; 3(5): 373-384
10. Arango de Montis Iván. *Sexualidad Humana*. 1ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México; 2008.
11. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357:762-774.
12. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
13. Corona G, Lee DM, Forti G, et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med* 2010; 7: 1362-1380.
14. Matthias RE, Lubben JE, Atchison KA, Schweitzer SO. Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey. *Gerontologist* 1997;37:6-14
15. Trudel G, Turgeon L, Piche L. Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy* 2010; 15:381-406.
16. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, et al. Sex after seventy: A pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med* 2007; 4:1247-1253.

17. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: Personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004 ;11:726-740.
18. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 5;6.
19. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, et al. Sex life after 65: How does erectile dysfunction affect ageing and elderly men? *Aging Male* 2009; 12:41-46.
20. Hughes AK, Harold RD, Boyer JM. Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *J Gerontol Soc Work* 2011; 54:659-677.
21. Knochel KA, Croghan CF, Moone RP, Quam JK. Training, geography, and provision of aging services to lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *J Gerontol Soc Work* 2012; 55(5):426-443.
22. Bobes J, García-Portilla MP, Sáiz M, Bascarán PA, Fernández JM, Bousoño M. Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr*, 2002;30 (Monográfico 1): 32-37.
23. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, and Corvin J. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med* 2013; 10:2671–2678.
24. Soria Castro K T. Evaluación de la función sexual femenina y su relación con la calidad de vida y factores comórbidos en pacientes de la clínica de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. Proyecto de tesis para obtener el diploma de especialista en psiquiatría. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2011, 66p.

25. Guadarrama RM, Ortiz-Zaragoza MC, Moreno-Castillo YC, González-Pedraza-Avilés A. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir* 2010; 15(2):72-79.
26. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208
27. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1-20
28. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):118-125.
29. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh H, Kirpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30
30. Rosen RC, Cappelleru JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res.* 2002; 14(4):226-44.
31. Zegarra L., Loza C, Pérez V. Validación psicométrica del instrumento Índice Internacional de Función Eréctil en pacientes con Disfunción eréctil en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;28(3):477-83
32. Santos P, Sierra JC, García M, Martínez A, Sánchez A, Tapia MI. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *Intern Jour Psych Psychol Ther.* 2009; 9(2): 259-273.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA

Se llevará a cabo el estudio titulado: Evaluación de la Función Sexual de pacientes de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. A usted se le está invitando a participar en este estudio, el cual tiene como objetivo el ampliar el conocimiento sobre la función sexual de los pacientes mayores de 60 años con enfermedades psiquiátricas, con la finalidad de brindar una atención integral a la salud del adulto mayor, lo cual podría repercutir en mejorar la calidad de vida.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender la siguiente información, siéntase con libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. En caso de aceptar participar, el estudio consiste en contestar un cuestionario y una escala en donde se le preguntara sobre varios aspectos de su vida sexual, lo cual le puede tomar en promedio 25 minutos.

Cabe aclarar que su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee o puede omitir las preguntas que le causen incomodidad. No tendrá que hacer ningún gasto durante el estudio y no recibirá pago por su participación. Su participación será anónima, por lo que su nombre y datos personales no aparecerán en caso de que los resultados de este estudio sean publicados o se utilicen en otras investigaciones.

En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio o cualquier otra duda, se puede comunicar durante las 24 horas con la investigadora principal: Dra. Norma Erika Ordaz Ríos, al teléfono: 044-55-34-65-79-23. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr (a)._____la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo 2: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Marque sólo una alternativa por pregunta

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- _ Muy satisfecha
- _ Moderadamente satisfecha
- _ Ni satisfecha ni insatisfecha
- _ Moderadamente insatisfecha
- _ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo 3: "Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

Estas preguntas se refieren a los efectos que su problema de erección ha tenido sobre su vida sexual durante las últimas 4 semanas. Contesta las siguientes preguntas tan sincera y claramente como sea posible. Para responder a estas preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

- Actividad sexual: incluye la relación sexual, caricias, juegos previos y masturbación.
- Relación sexual: se define como la penetración de la pareja.
- Estimulación sexual: incluye situaciones como el juego previo con la pareja, la estimulación visual mediante imágenes eróticas, etc.
- Eyaculación: la expulsión de semen del pene (o la sensación que produce).

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual?

No tuvo actividad sexual

Casi nunca o nunca

Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)

Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)

La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)

Casi siempre o siempre

2. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fue suficiente la rigidez para la penetración?

• No tuvo actividad sexual

• Casi nunca o nunca

• Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)

• Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)

• La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)

• Casi siempre o siempre

Las siguientes tres preguntas se refieren a las erecciones durante la relación sexual:

3. Durante las últimas 4 semanas, al intentar una relación sexual, ¿con qué frecuencia logró penetrar a su pareja?

• No intentó una relación sexual

• Casi nunca o nunca

• Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)

• Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)

• La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)

• Casi siempre o siempre

4. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual, ¿con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?

• No intentó una relación sexual

• Casi nunca o nunca

- Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual, ¿cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?

- No intentó una relación sexual
- Sumamente difícil
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- No fue difícil

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces intentó una relación sexual?

- No lo intentó
- 1-2 intentos
- 3-4 intentos
- 5-6 intentos
- 7-10 intentos
- 11 o más intentos

7. Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó una relación sexual, ¿con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted?

- No intento una relación sexual
- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha disfrutado de la relación sexual?

- No tuvo relaciones sexuales
- Nada
- No mucho
- Bastante
- Mucho
- Muchísimo

9. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación o la relación sexual, ¿con qué frecuencia eyaculó?

- No tuvo estimulación ni relación sexual
- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)

- La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

10. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación o la relación sexual, ¿con qué frecuencia tuvo una sensación de orgasmo (con o sin eyaculación)?

- No tuvo estimulación ni relación sexual
- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (muchas menos de la mitad de las veces)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- La mayoría de las veces (muchas más de la mitad de las veces)
- Casi siempre o siempre

Las siguientes dos preguntas se refieren al deseo sexual, definido como una sensación que puede ser un deseo de tener una experiencia sexual (p. ej., masturbación o relación sexual), un pensamiento sobre una relación sexual o un sentimiento de frustración por no tener una relación sexual.

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido un deseo sexual?

- Casi nunca o nunca
- Pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo)
- Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- La mayor parte del tiempo (mucho más de la mitad del tiempo)
- Casi siempre o siempre

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual?

- Muy bajo o ausente
- Bajo
- Moderado
- Elevado
- Muy elevado

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?

- Muy insatisfecho
- Moderadamente insatisfecho
- Satisfecho e insatisfecho, en proporciones iguales
- Moderadamente satisfecho
- Muy satisfecho

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con la relación sexual con su pareja?

- Muy insatisfecho
- Moderadamente insatisfecho
- Satisfecho e insatisfecho, en proporciones iguales
- Moderadamente satisfecho

- Muy satisfecho

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?

- Muy baja
- Baja
- Moderada
- Elevada
- Muy elevada

Anexo 4: Cuestionario de datos sociodemográficos y complementario de la función sexual

Actividad sexual: término que abarca las relaciones sexuales, incluyendo la penetración, así como otras actividades que involucran la estimulación de la región genital por uno mismo o por la pareja:

1. Género:

-Femenino

-Masculino

2. Edad _____(años)

3. Ocupación:

-Ninguna

-Pensionado

-Empleado u otra ocupación (remunerada o no económicamente),
¿cuál? _____

4. Escolaridad

-Ninguna

-Primaria

-Secundaria

-Preparatoria

-Licenciatura

5. Estado Civil

-Soltero

-Casado

-Divorciado

-Viudo

6. Diagnóstico(s) Psiquiátrico(s):

7. Enfermedades Crónicas-Degenerativas (causa no psiquiátrica)

8. Tratamiento, incluyendo psicofármacos y otros

Las siguientes preguntas hacen referencia a características generales de la actividad sexual:

9. ¿Algún profesional de la salud le ha interrogado sobre su vida sexual en los últimos 12 meses?

-Sí

-No

10. ¿Mantiene actividad sexual actualmente (en el último año)?

-Sí

-No

11. ¿Cuál de las siguientes causas piensa que podría ser la razón para no tener actividad sexual o para que esté limitada de alguna manera?

-Problemas médicos

-Envejecimiento

-Conflictos de pareja

-Falta de pareja

-Creencias morales opuestas

-Falta de interés

12: ¿Qué importancia tiene para usted mantener actividad sexual actualmente?

-Muy importante

-Importante

-Poco importante

-Indiferente

13: Sí mantiene actividad sexual actualmente, ¿Cuál actividad es más frecuente?

-Coito

-Masturbación

-otras

14: ¿Usted hace uso de algún tipo de estimulador sexual (por ejemplo, medicamentos, lubricantes, películas, juguetes sexuales, etc.)?

-Sí

-No

-