



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

MARÍA DE LOURDES CORTÉS VACA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

**GENERACIÓN
2018-2021**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2021.





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO.**

DIRECTORA DE TESIS:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UMF NO. 02 DEL IMSS**

**AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO.**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS**

**AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO.**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UMF NO. 20 DEL IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

Dios, tu amor y bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, cuando caigo y me pones a prueba, me doy cuenta de que lo pones frente a mí para mejorar como ser humano.

A papá Abacuc y mamá Lulú, personas de gran sabiduría, que me enseñaron a volar vislumbrando nuevos horizontes. Su valentía, amor y respeto han sido fuente de inspiración. Son los principales promotores de mis sueños. Gracias por desear y anhelar siempre lo mejor para mí, gracias por cada consejo y cada una de sus palabras que me han guiado durante esta travesía.

A mi querida familia, donde la unión se forja y amalgama con honor y cariño, colmándome de paz y alegría.

Amor mío, no encuentro las palabras para agradecerte. No imagino mis días sin ti, eres la luz que alumbra mi ser, que me da las fuerzas para seguir adelante. Gracias por existir, gracias por ser tú, gracias por permitirme ser parte de tus días, gracias por ser el amor de mi vida. Eres la mayor aventura que he vivido.

A ustedes honorables **tutoras**, consejeras y guías de esta extraordinaria travesía. Su apoyo y enseñanzas constituyen la base de mi vida profesional.

A todos ustedes, gracias, infinitas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN

TÍTULO

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS.....	12
HIPÓTESIS.....	13
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN.....	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	42

RESUMEN

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO.

Cortés-Vaca María de Lourdes¹, Aguirre-García María del Carmen²

1. Residente de tercer año de medicina familiar UMF N°20 IMSS
2. Médico familiar y coordinadora clínica de educación e investigación en salud en UMF N° 02 IMSS

Introducción. La sexualidad es un elemento fundamental en la buena calidad de vida de los adultos mayores. La actividad e interés sexual aún está conservada aproximadamente en un 52% en hombres y 24% en mujeres. Se deben considerar varios aspectos respecto a padecimientos actuales como las enfermedades crónico-degenerativas en este caso la hipertensión arterial sistémica y la farmacología empleada, las cuales influyen en la calidad de la vida sexual. **Objetivo.** Determinar la afectación de la calidad de la vida sexual en los pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo en 367 paciente adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica pertenecientes a UMF N°20 Vallejo de ambos turnos. Previo consentimiento informado. Se aplicó una encuesta basada en aspectos generales, nivel socioeconómico y cuestionario de función sexual (Labbate & Lare; Montejó). Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados.** Predominó sexo femenino, edad media de 68.9 ± 6.4 años, promedio tiempo de evolución hipertensión arterial sistémica fue 8 años. Principales fármacos de manejo losartán 53.4%, captopril 14.2%, amlodipino 12.5% y enalapril 12%; cifras tensionales 120/80 70%. 91.6% con descenso en deseo de actividad sexual/ interés por el sexo; el 93.7% reportó retraso en la eyaculación/ orgasmo, 98.4% incapacidad para eyacular/ orgasmo durante la relación sexual y el 98.4% notó dificultades de la erección o del mantenimiento una vez iniciada la actividad sexual. **Conclusiones.** Los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en su mayoría perciben afectación en su calidad de vida sexual como es disminución del interés sexual y retraso en la eyaculación/ orgasmo durante las relaciones sexuales.

Palabras clave: hipertensión arterial, calidad de vida sexual, fármacos antihipertensivos.

ABSTRACT

AFFECTION OF THE QUALITY OF SEXUAL LIFE IN OLDER ADULT PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN THE FAMILY MEDICINE UNIT NO. 20 VALLEJO.

Cortés-Vaca María de Lourdes¹, Aguirre-García María del Carmen²

1. Resident of specialization in Family Medicine UMF N°20 IMSS.
2. Family physician and clinical coordinator of health education and research at UMF N ° 02 IMSS

Introduction. Sexuality is a fundamental element in the good quality of life of older adults. Sexual activity and interest are still preserved at approximately 52% in men and 24% in women. Several aspects should be considered regarding current conditions such as chronic degenerative diseases, in this case systemic arterial hypertension and the pharmacology used, which influence the quality of sexual life. **Objective.** To determine the impact on the quality of sexual life in older patients with Systemic Arterial Hypertension in the Family Medicine Unit no. 20 Vallejo. **Material and methods.** Descriptive observational study of 367 elderly patients with a diagnosis of Systemic Arterial Hypertension belonging to UMF No. 20 Vallejo from both shifts. Prior informed consent A survey will be applied based on general aspects, socioeconomic level, and sexual function questionnaire (Labbate & Lare; Montejo). Descriptive statistics will be used. **Results.** Female sex predominated, mean age of 68.9 ± 6.4 years, mean systemic arterial hypertension evolution time was 8 years. Main management drugs losartan 53.4%, captopril 14.2%, amlodipine 12.5% and enalapril 12%; tension figures 120/80 70%. 91.6% with decreased desire for sexual activity / interest in sex; 93.7% reported delayed ejaculation / orgasm, 98.4% inability to ejaculate / orgasm during sexual intercourse, and 98.4% noted difficulties with erection or maintenance once sexual activity started. **Conclusions.** Most patients with a diagnosis of hypertension perceive an impairment in their quality of sexual life, such as a decrease in sexual interest and a delay in ejaculation / orgasm during sexual intercourse.

Key words: arterial hypertension, quality of sexual life, antihypertensive drugs.

**AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 20 VALLEJO.**

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las disfunciones sexuales constituyen uno de los problemas más importantes que afectan a la salud sexual. Suponen una alteración del proceso del ciclo que caracteriza la respuesta sexual humana, viéndose afectado el deseo, la excitación, el orgasmo o la satisfacción sexual. Se estima que un 40-45% de las mujeres y un 20-30% de los hombres presentan algún tipo de disfunción sexual, respectivamente, siendo las más frecuentes la eyaculación precoz y los problemas de erección en ellos, y la inhibición del deseo y los problemas de excitación y orgasmo en ellas. Las disfunciones sexuales se han asociado a bajos niveles de calidad de vida, de ahí su relevancia en la sociedad actual.

Algunas de las consideraciones relacionadas con la sexualidad en el adulto mayor donde se pone de manifiesto que la sexualidad en la tercera edad parece tener dos explicaciones. En primer lugar, la indirecta asociación establecida entre sexualidad y reproducción, mediante la cual se considera que solo es "normal" la actividad sexual durante la edad reproductiva y, por lo tanto, los ancianos, no tienen por qué practicarla. En segundo lugar, la existencia del prejuicio "viejo enfermo" tan fuerte que se instala en el destinatario del prejuicio e incluso en el personal médico y de enfermería, que atiende a los ancianos.

La hipertensión arterial puede ser causa condicionante y, en ocasiones, determinante de la disfunción sexual en el hombre, siendo la disfunción eréctil una de las patologías más prevalentes y mejor conocidas dentro de las disfunciones sexuales. La prevalencia de disfunción eréctil en la población hipertensa puede alcanzar el 50%, siendo más grave que en la población general. La aparición de la misma está probablemente poco relacionada con el tipo de fármaco empleado para su control y más relacionada con los valores de presión arterial y la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

La evidencia disponible indica que los diuréticos, betabloqueantes, anti adrenérgicos de acción central y vasodilatadores son los fármacos más relacionados con la disfunción eréctil y que los antagonistas de los receptores de la angiotensina y la doxazosina pueden mejorar la función sexual en pacientes hipertensos.

Por lo anterior comentado es importante ver la asociación de estas características con el buen control de los pacientes con hipertensión arterial sistémica. En atención primaria existe una clara necesidad de instrumentos sencillos que puedan presentar la máxima información clínica sobre la enfermedad del modo más eficiente posible.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El desarrollo sexual humano es un proceso que abarca toda la vida. Cada persona tiene sentimientos, actitudes, y creencias sexuales procesadas a través de una perspectiva intensamente individual, la cual se conforma por experiencias personales, tanto íntimas como sociales.¹ La sexualidad es una dimensión que abarca todo nuestro ser, sin olvidar que intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

La sexualidad es un elemento fundamental en la buena calidad de vida de los ancianos, por lo que se hace necesario el conocimiento de algunos factores que permitan poder brindarles una atención óptima e integral. La actividad e interés sexual aún está conservada aproximadamente en un 52% en hombres y 24% en mujeres.¹

Se define la Salud Sexual Geriátrica como "la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito". Este concepto se basa fundamentalmente en una "optimización de la calidad de la relación" (más que en la cantidad).²

Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad. Las disfunciones sexuales (DS), que afectan a un gran número de personas, suponen una merma en la calidad de vida y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica.

Una sexualidad adulta debería caracterizarse por la elasticidad y variaciones de los juegos eróticos, por la incorporación de nuevas posibilidades y la comprensión de que la sexualidad varía a través de los años, independientemente de sus padecimientos de base. Debemos tomar en cuenta que en esta etapa de la vida la sexualidad no es peor, sino diferente. A pesar de que existe una disminución, se necesita mayor estimulación para poder gozar.³

La disfunción sexual (DS) se entiende como una alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana que interfiere con la adecuada realización y gratificación de la misma a causa de factores psicológicos, fisiológicos o conjuntos, incluyendo los producidos por efectos secundarios en determinados fármacos.⁴ Tomando en cuenta que la prevalencia de DS en el rango de edad de 60 a 65 años es de 30,9% globalmente, el 46,3% en varones y el 10,0% en mujeres.

Es vital incrementar la preparación sobre la sexualidad en esta etapa de la vida, también al personal de salud, en función de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes con un enfoque amplio de criterios y acciones.

Para la vida en pareja este control sobre la conducta sexual implica inexorablemente la

inclusión del compañero sexual. El diálogo, el respeto por las libertades del otro, la propuesta, el juego compartido, hablan de una sexualidad adulta y madura.⁴

En esta época se debe entender que en la sexualidad participa todo el cuerpo, que la respuesta es diferente en calidad y cantidad, que se puede aprender a disfrutar mucho en el camino y no sólo al llegar al final del acto, ambos deben conocer los cambios por los que están pasando.

Un prejuicio lleva a considerar a los ancianos que mantienen deseos sexuales como personas anormales o inmorales. Además, se cree que la belleza y la sexualidad son exclusivas de la juventud, que la imagen corporal de los viejos es fea y que no tienen ánimos para pensar en su arreglo personal. Los estereotipos, las concepciones erróneas y las frecuentes bromas sobre la vejez y la sexualidad ampliamente difundidas pueden afectar poderosa y negativamente la experiencia sexual de los ancianos.

La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.⁵

En este grupo etario, se deben considerar varios aspectos respecto a padecimientos actuales como las enfermedades crónico-degenerativas y la farmacología empleada. Actualmente las enfermedades que pudieran afectar la sexualidad son la hipertensión arterial y artrosis principalmente, seguidas de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, entre otras. Los fármacos que se han asociado a la disminución de la actividad sexual son los antidepresivos y antihipertensivos.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.⁶

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica producida por diversos factores, dentro de los que destacan los genéticos, la ingesta excesiva de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, la inactividad física y las enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemias y la diabetes.⁶ De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control.⁷

Desgraciadamente, los fármacos más utilizados en pacientes con problemas cardiológicos modifican la esfera de lo sexual en gran medida. Estudios han demostrado que los pacientes presentan disfunción eréctil grave y los fármacos más empleados en el tratamiento de HAS fueron los diuréticos, los inhibidores de la enzima

convertidora de angiotensina y la beta bloqueadores.⁸

La medicación antihipertensiva es comúnmente implicada como una razón de problemas sexuales. Sin embargo, los datos que respaldan una relación causa-efecto son discordantes. En estudios de hombres, los betas bloqueadoras y los diuréticos están asociados con la disfunción eréctil; sin embargo, otros estudios disputan esta asociación. Entre las mujeres, los estudios se centran principalmente en los años premenopáusicos.⁹

Los inhibidores de la angiotensina son un grupo de fármacos utilizados en pacientes con hipertensión, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica de forma habitual. Ejemplos de este grupo son el captopril, enalapril, ramipril o el lisinopril. Son fármacos seguros y con pocos efectos secundarios, aunque sí se ha descrito la posibilidad de causar disminución de la libido.

Las betas bloqueadores no cardio selectivos se utilizan tanto en la insuficiencia cardíaca como en la cardiopatía isquémica; como ejemplos, el labetalol, el carvedilol, el propanolol o el carteolol, que pueden producir disminución de la libido e impotencia.

Los diuréticos se utilizan en la insuficiencia cardíaca principalmente, así como en la hipertensión. Como ejemplos, la furosemina, la clorotiazida, la hidroclorotiazida y la espironolactona. Éstos pueden producir disminución de la libido, problemas de erección y ginecomastia (sólo en el caso de la espironolactona). En la mujer puede disminuir la lubricación vaginal; asimismo, la espironolactona puede crear alteraciones de la sensibilidad de la mama.

Los bloqueadores de los canales del calcio se utilizan principalmente en la cardiopatía isquémica y en la hipertensión. Se trata de los fármacos más seguros y con menos efectos secundarios sobre la sexualidad de los pacientes. Los efectos indeseables son: dificultades de erección, disminución de la libido, trastornos menstruales, retardo en la eyaculación, ginecomastia y galactorrea.¹⁰

Fisiológicamente, la hipertensión arterial altera el suministro de sangre arterial a los órganos sexuales al reducir el diámetro de la luz arterial, aumenta el grosor de la pared e induce disfunción endotelial. Sin embargo, aún se desconoce si estos cambios resultan en la disfunción eréctil en los hombres o en una respuesta de excitación fisiológica alterada como congestión genital, hinchazón y lubricación en las mujeres.

Los cambios fisiológicos asociados pueden haber dado lugar a problemas sexuales con la evitación posterior de la actividad sexual (lo que resulta en una subestimación de los problemas sexuales entre las personas con hipertensión arterial en tratamiento).

La prevalencia de disfunción eréctil en la población hipertensa puede alcanzar el 50%, siendo más grave que en la población general. La aparición de la misma está probablemente poco relacionada con el tipo de fármaco empleado para su control y más relacionada con los valores de presión arterial y la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular.¹¹

Una explicación es que los medicamentos que inhiben el sistema renina-aldosterona inducen una remodelación vascular que puede ser importante para preservar y / o mejorar el flujo sanguíneo a los órganos sexuales.

Los adultos mayores consideran que la salud sexual es un componente importante de la salud; por lo tanto, el mantenimiento de la función sexual es importante durante toda la vida. Estudios previos demuestran que la pérdida de actividad y función sexual entre los adultos mayores se asocia con la ausencia de una pareja íntima, la mala salud física y la enfermedad que afecta la integridad vascular.

La actividad sexual se definió como "cualquier actividad mutuamente voluntaria con otra persona que implique contacto sexual, ya sea que se produzca o no coito u orgasmo".

De acuerdo a la calidad de la vida sexual, existen artículos en los que a hombres y mujeres que estuvieron sexualmente activos con una pareja en el último año se les preguntó si experimentaron alguno de los siguientes problemas sexuales: falta de interés, incapacidad para llegar al clímax, dolor físico durante las relaciones sexuales, relaciones sexuales que no eran placenteras e incapacidad para realizar debido a la ansiedad. Además, se les preguntó a los hombres si no podían lograr o mantener una erección. A las mujeres se cuestionó si tenían dificultades con la lubricación y si experimentaban hormigueo o excitación genital.

En los hombres, la actividad sexual en pareja fue menos común ya que refieren que ésta reduce por la presión arterial alta. La prevalencia de cualquier problema sexual entre aquellos que eran sexualmente activos es alta y es más común entre los hombres con hipertensión arterial en tratamiento (69,1%). Entre las mujeres, la actividad sexual en pareja también es menos común, pero no difirió según el estado del tratamiento. La prevalencia de tener cualquier problema sexual fue alta, pero no varió significativamente según el estado de la enfermedad crónico-degenerativa.

La prevalencia de la actividad sexual es menor entre los hombres que toman betabloqueadores y entre los hombres que toman diuréticos. Entre las mujeres, solo los diuréticos se asociaron significativamente con una disminución de la actividad sexual.

Los problemas sexuales relacionados con el tratamiento generalmente aparecen poco después del inicio de la medicación y es poco probable que estén relacionados con la duración del tratamiento. Los efectos de una clase de medicación individual pueden haber sido mitigados por la polifarmacia, específicamente el uso de medicación antihipertensiva múltiple, común en esta población.

Para los pacientes masculinos la relación sexual es de alta prioridad y sienten que la falta de relaciones sexuales no es natural. Persiguen estrategias para preservar su potencia, incluida la interrupción o la adhesión selectiva a sus medicamentos y la obtención de tratamientos para la impotencia. En contraste, los cónyuges sienten que las relaciones sexuales son de baja prioridad y que la falta de relaciones sexuales es natural. Disuaden a sus esposos de buscar tratamientos para la impotencia.¹²

En un estudio ya realizado con una metodología correcta y que valora la actividad sexual en ancianos (> 60 años), un 26 % de varones presentó disfunción eréctil y un 8% trastornos eyaculatorios, mientras que el trastorno más prevalente en las mujeres fue la disfunción orgásmica con un 62%. No se analizaron las posibles relaciones con enfermedades crónicas y/o consumo de fármacos. En este sentido hay que señalar que este aspecto es muy importante, ya que, si bien la mayoría de DS tienen una etiología multifactorial, determinadas enfermedades crónicas causan o están asociadas a DS con mucha frecuencia (diabetes, ansiedad, depresión, cardiopatías, accidente cerebrovascular, etc.) y muchos fármacos de uso rutinario en nuestras consultas pueden generar alteraciones en la función sexual.¹³

En las mujeres el trastorno más prevalente fue la disminución del apetito sexual. En este hecho posiblemente influye que la mayoría de las mujeres son mayores de 50 años, muchas de ellas en la perimenopausia, que, juntamente con factores psicológicos y socioculturales, pueden contribuir a la disminución notable en el interés y actividad sexual, aunque el cese de la función hormonal en la menopausia, por sí mismo, no afecta el deseo sexual, ya que la afectación viene determinada por los cambios psíquicos y fisiológicos.¹⁴

Si bien la fisiología sexual sufre cambios en el envejecimiento, el deseo de vivir conscientemente la sexualidad persiste en gran número de adultos mayores. Sin embargo, su sexualidad es objeto de prejuicios, se piensa que se pierde todo interés sexual cuando se envejece. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte, aun cuando sea alterado por los cambios del envejecimiento. La problemática de la expresión sexual en el anciano se agrava, entre otros factores, por la tendencia a ignorar sus capacidades, deseos y necesidades en la esfera sexual, la falta de pareja por viudez, divorcio o abandono, falta de apoyo familiar y presencia de enfermedades mentales y físicas.¹⁵

De hecho, a las personas de la tercera edad les es difícil hablar de su sexualidad; aproximadamente 60% hablan de ella con su pareja, familiares o amigos, siendo mayor esta comunicación en el varón, probablemente influenciado por aspectos educativos, culturales y sociales.

Los cambios fisiológicos de las personas de la tercera edad son principalmente: en la mujer, disminución en la lubricación vaginal, atrofia de vejiga, adelgazamiento de la mucosa vaginal, disminución de los niveles de estrógenos, elasticidad y tono muscular, disminución de la longitud y profundidad vaginal, del tejido vulvar y del tamaño del clítoris. En el caso del hombre, disminución gradual de niveles de testosterona, de excitación, meseta, orgasmo y resolución, mayor necesidad de estimulación peneana para lograr y mantener la erección, reducción del volumen seminal y prolongación del periodo refractario entre las erecciones.¹⁶

A pesar de los cambios fisiológicos, el interés y el atractivo sexual se mantienen aproximadamente entre 86% y 74%, para hombres y mujeres respectivamente.¹⁷

Muchos fármacos antihipertensivos pueden empeorar la función sexual como efecto

secundario específico del fármaco. Es importante destacar que el tratamiento eficaz para la hipertensión arterial no debe suspenderse ya que la hipertensión en sí misma puede contribuir a alterar el funcionamiento sexual.

La fuerte asociación entre factores de riesgo cardiovasculares y la disfunción sexual deben informarse al paciente, ya que esto, podría ser una forma más convincente con motivación para modificar estos factores de riesgo, cambiar el estilo de vida, tratar eficazmente la hipertensión, dejar de fumar y otros.

Pacientes cuya presión arterial está bien controlada con uno o más fármacos antihipertensivos se clasifican como pertenecientes al "grupo de bajo riesgo", lo que significa que la actividad sexual y el tratamiento para la disfunción eréctil podría recomendarse con seguridad.

Respecto al sistema cardiovascular, las relaciones sexuales pueden considerarse como actividad física que resulta en un aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, que no es decisivamente diferente de otro ejercicio en la vida diaria.

La estrecha asociación entre hipertensión, otros factores de riesgo cardiovascular y la presencia de disfunción sexual respectivamente y también las similitudes en fisiopatología podrían sugerir que el tratamiento adecuado de la hipertensión y otros factores de riesgo podría influir favorablemente en la gravedad o progresión de la disfunción sexual o incluso dar como resultado la reversión de los síntomas. Sin embargo, muchos fármacos antihipertensivos podrían incluso empeorar la función sexual como un efecto secundario específico de la droga, que podría disminuir significativamente la adherencia del paciente al tratamiento antihipertensivo, aumentando aún más el riesgo de morbilidad cardiovascular. Esto podría ser cierto, en particular, si la cuestión de la sexualidad y la salud no se tratan abiertamente entre el paciente y el clínico.

Para la hipertensión, no se dispone de datos tan claros: posiblemente dos factores de confusión, efectos secundarios específicos del fármaco y los efectos beneficiosos de un control eficaz de la presión arterial pueden hacer difícil o imposible saber si el tratamiento de la hipertensión puede atenuar la disfunción sexual.

Se informó que la mayoría de las intervenciones antihipertensivas médicas como tiazidas, agentes β bloqueadores empeoran potencialmente la función sexual. Una excepción a esta regla es la experiencia con los bloqueadores de receptores de angiotensina II, que parecen mejorar ligeramente la función sexual junto con un control efectivo de la presión arterial. Para losartán y valsartán, los estudios clínicos demostraron una reducción en la incidencia de disfunción eréctil y una mejora leve, pero constante, en los parámetros comunes de la función sexual. Al elegir el régimen antihipertensivo adecuado también se debe tener en cuenta que, por ejemplo, los diuréticos tiazídicos tienen una mayor incidencia de disfunción sexual que otros agentes β bloqueadores. Además, una sencilla dieta para adelgazar puede revertir la disfunción sexual inducida por tiazidas.

Los diuréticos de asa pueden ser una mejor opción que las tiazidas y el receptor de angiotensina II. El bloqueador de tipo 1 puede tener algún beneficio en comparación con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Los antagonistas de los canales de calcio no parecen tener una alta incidencia de disfunción sexual.¹⁸

Terapia médica, incidencia de disfunción sexual y posibles alternativas.

Fármaco	Posible Alternativa	Comentario
Diuréticos tiazídicos	Diuréticos de asa.	Diuréticos tiazídicos: incidencia más alta de disfunción eréctil que los betabloqueantes.
β bloqueadores	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de receptor de angiotensina II tipo 1, bloqueadores de canales de calcio.	Buen pronóstico después de un infarto de miocardio o en la insuficiencia cardíaca debe considerarse respecto a los efectos secundarios.
Antagonistas receptores de aldosterona (espironolactona)	Diuréticos ahorradores de potasio o eplerenona en el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva.	Información limitada.
Fibratos	Estatinas	-
Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina	Bloqueadores de receptor de angiotensina II tipo 1.	Bloqueadores de receptor de angiotensina II tipo 1 pueden incluso mejorar la función sexual.

Compilado según Langford et al. (1989), Carvajal et al. (1995), Llisterri et al. (2001), Ralph (2000), Rizvi et al. (2002), Schachter et al. (2000), and Bruckert et al. (1996).

Así, está bien contrastada la producción de disfunción eréctil por los diuréticos tiazídicos, y la alteración del deseo y la erección por los b-bloqueantes.¹⁹ De hecho, muchos medicamentos de uso habitual en nuestros hipertensos pueden interferir con la función sexual en varones y en mujeres, produciendo alteraciones de la libido, interfiriendo con la erección o la eyaculación en el varón o impidiendo o retrasando el orgasmo en las mujeres.²⁰

El hecho de ser medicado con b-bloqueantes diuréticos o calcio antagonistas respecto

a medicación con IECA hace que exista influencia en la aparición de disfunción sexual de forma significativa.

En el estudio TOMHS (ensayo clínico randomizado y doble ciego), donde se comparan cinco antihipertensivos frente a placebo en la valoración de disfunción sexual, los trastornos de la función sexual al inicio fueron de un 19,3 %, aumentando con la edad y con una prevalencia mayor en los varones, si bien en este estudio los pacientes no tomaban fármacos antihipertensivos antes de ser incluidos.²¹

La prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos no tratados, tratados con placebo y con fármacos es muy variable, oscilando según las series entre el 3% y el 28%.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Para Maslow, la salud sexual geriátrica es “la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor y placer, con o sin coito.”²³

La sexualidad de las personas mayores, como indicador de calidad de vida, requiere una mayor comprensión sobre todos aquellos factores que la afectan, más allá de los cambios morfofisiológicos. No obstante, hablar de la sexualidad en la vejez se constituye en algo novedoso, y la gerontología ha desempeñado un papel preponderante al tratar de dar el valor que se merece a la actividad sexual de las personas mayores en cuanto a lo que representa en calidad de vida. El miedo a la ausencia o a la pérdida de la capacidad de obtener sensaciones sexuales satisfactorias por razón de la vejez debe desecharse. Existen estudios en los que se comprueba que en adultos mayores hay actividad sexual satisfactoria, y en algunos casos se registra un incremento en ella. La vivencia de la sexualidad en la vejez es un reflejo de la formación y de las experiencias durante toda la vida. Investigaciones realizadas en Cuba muestran que personas mayores de 60 años son capaces de mantener su actividad sexual cuando existe una buena salud y persiste el gusto por el sexo. Reconocieron que existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría en la vejez o en los denominados “años dorados”. Con los años se toma mayor conciencia de lo que puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado, con una mayor consolidación de la pareja, y al desaparecer las preocupaciones reproductivas, la sexualidad tiene como único fin dar y recibir placer.²⁴

En las personas mayores, la actividad sexual se trata del placer del contacto corporal global, la interacción y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. La intimidad puede hallar nuevas formas de expresión, es así como las caricias, los piropos, los besos y los abrazos cobran un mayor significado.

Se deben considerar varios aspectos respecto a padecimientos actuales como las enfermedades crónico-degenerativas y la farmacología empleada. Actualmente las enfermedades que pudieran afectar la sexualidad son la hipertensión arterial y artrosis principalmente, seguidas de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, entre otras. Los fármacos que se han asociado a disminución de la actividad sexual son los antidepresivos y antihipertensivos.

La actividad sexual disminuye con la edad, manteniéndose con una frecuencia variable, dependiendo de las características de la población estudiada. Los problemas sexuales son capaces de producir empobrecimiento emocional y por tanto empeorar la calidad de vida del anciano. La historia sexual deberá formar parte de la historia clínica general

para brindar una atención integral al anciano donde se incluyan los aspectos relacionados con su sexualidad.

Cabe destacar que la gran mayoría de los estudios demuestran claramente que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad y que el mantenimiento de la actividad sexual en los ancianos depende principalmente de: buen estado de salud físico y mental. La existencia de un compañero/a sin limitaciones. La historia sexual previa.

La mayoría de las disfunciones sexuales tienen una etiología multifactorial y determinadas enfermedades crónicas causan o están asociadas a disfunciones sexuales con mucha frecuencia, incluso algunos fármacos de uso común en estas enfermedades pueden generar alteraciones sexuales.

El propósito de este estudio es valorar y correlacionar la calidad de la vida sexual de los adultos mayores con la hipertensión arterial sistémica, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿CÓMO SE AFECTA LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA?

OBJETIVOS

Generales

Determinar la afectación de la calidad de la vida sexual en los pacientes adultos mayores con Hipertensión Arterial Sistémica en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo.

Específicos

- Describir las características de los pacientes contemplando la edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad.
- Mencionar el perfil clínico del paciente encuestado, tomando en cuenta tiempo de evolución de hipertensión arterial sistémica, cifras de tensión arterial y tratamiento farmacológico empleado.
- Estratificar la calidad de la vida sexual del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

HIPÓTESIS

Debido al tipo de diseño de estudio observacional, no se requiere hipótesis de investigación.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se realizó el estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 20, ubicada en Calzada Vallejo número 675, colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Teléfono 55874422 ext. 15320.

Población: pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

Grupo de estudio: pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica asignados a la UMF no. 20 Vallejo.

Diseño de estudio: estudio observacional descriptivo, transversal, prolectivo.

Criterios del estudio

- **Inclusión:** Pacientes adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y que cursaron con diagnóstico sólo de una enfermedad crónico-degenerativa: hipertensión arterial sistémica, ambos sexos, ambos turnos. Que contaran con pareja sexual en las últimas cuatro semanas y bajo tratamiento farmacológico.
- **Exclusión:** Personas que por sus condiciones psíquicas o físicas no pudieron responder el cuestionario, o que llenaron mal la encuesta.
- **Eliminación:** Pacientes que posterior a contestar la encuesta decidieron retirarse del estudio, encuestas mal llenadas.

Tamaño de muestra

Se tiene una población total de pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en la UMF N° 20 de 8,035.

Se hizo un cálculo para determinar el tamaño de la muestra con la población ya conocida y un nivel de confianza de 95 % y un margen de error de 5 %.

Se utilizó la siguiente fórmula:

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Obteniendo un tamaño de muestra de 367 pacientes.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia (casos consecutivos)

Variables de estudio

Variable dependiente: calidad de la vida sexual

Variable independiente: hipertensión arterial, fármacos antihipertensivos

Variables generales: Edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Interrogatorio directo con el paciente.	Cuantitativa	Discreta	40, 41, 42...
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Interrogatorio directo con el paciente.	Cualitativa	Dicotómica	Masculino Femenino
Ocupación	Actividad o trabajo	Interrogatorio directo con el	Cualitativa	Politémica	1. Profesionista 2. Técnico

		paciente.			<ol style="list-style-type: none"> 3. Empleado 4. Obrero 5. Comerciante 6. Trabajadores en actividades agrícolas. 7. Ocupaciones no especificadas 8. No labora
Nivel socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Cuestionario AMAI	Cualitativa	ordinal	A/B: 205 o más C+ :166 a 204 C: 136 a 165 C-: 112 a 135 D+: 90 a 111 D :48 a 89 E: 0 a 47
Escolaridad	Período de tiempo en que se asiste a un plantel educativo y el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Interrogatorio directo con el paciente.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Carrera técnica 5) Universidad 6) Posgrado 7) Ninguno
Tiempo de evolución de hipertensión arterial	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad	Interrogatorio directo con el paciente.	Cuantitativa	Discreta	1, 2, 3, 4, 5, 6....
Cifras de tensión arterial	Consiste en la medida de dos valores, la tensión arterial sistólica (el valor más alto) y la tensión arterial diastólica (el valor más bajo) La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y normalmente se expresa con la tensión sistólica sobre la diastólica.	Interrogatorio directo con el paciente	Cuantitativa	Ordinal	Tensión arterial ideal < 120/< 80 Tensión arterial normal alta 120-139/ 80-89 Hipertensión leve 140-159/ 90-99 Hipertensión moderada 160-179/ 100-109 Hipertensión severa $\geq 180/ \geq 110$
Fármacos antihiperten	Grupo de diversos fármacos utilizados	Interrogatorio directo con el	Cualitativa	Politómica	1. Captopril

sivos	en medicina para el tratamiento de la hipertensión, varios de estos fármacos tienen la propiedad de disminuir la presión arterial	paciente			<ol style="list-style-type: none"> 2. Enalapril 3. Propanolol 4. Metoprolol 5. Clortalidona 6. Hidroclorotiazida 7. Furosemida 8. Espironolactona 9. Nifedipino 10. Amlodipino 11. Verapamilo
Calidad de vida sexual	<p>Conjunto de acciones que producen excitación, placer erótico y gratificación del deseo.</p> <p>Estado de bienestar físico, mental y social en relación a la sexualidad.</p>	<p>Interrogatorio directo con el paciente</p> <p>Por medio de cuestionarios modificados y adaptados a los pacientes.</p> <p><i>Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)</i></p>	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 0. Totalmente Disminuido 1. Marcadamente disminuido 2. Moderadamente disminuido 3. Mínimamente disminuido 4. Normal
		<i>Características del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (adaptado a ambos sexos)</i>	Cualitativa	Nominal politómica	<p>Evaluadores de actividad sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseo - Excitación - Lubricación - Orgasmo - Satisfacción de actividad sexual - Satisfacción sexual general - Problemas con penetración - Ansiedad anticipatoria - Iniciativa sexual - Grado de comunicación sexual

					<p>Descriptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad sexual sin penetración - Frecuencia de actividad sexual - Existencia o no de pareja
		<p><i>PRSexDQ-SALSEX. CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS.</i></p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Ítem 1: Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo). Ítem 2: Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo). Ítem 3: Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre). Ítem 4: Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre). Ítem 5: Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).</p>

Descripción del estudio

La recolección de datos se realizó por medio de un interrogatorio directo de los pacientes captados en el área de consulta externa de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No 20 Vallejo.

Se le explicó de manera concisa a los pacientes sobre el estudio y las acciones a realizar, se les solicitó que firmaran un consentimiento informado el cual se utilizó como aceptación para participar en el estudio.

Se obtuvieron datos generales del paciente con un cuestionario que recabó la edad, sexo, peso, talla, el índice de masa corporal fue calculado por parte del entrevistador a través del índice de Quetelet, además de que se preguntó la escolaridad, la ocupación y datos sobre la enfermedad crónico-degenerativa: tiempo de evolución, última cifra de tensión arterial y tratamiento farmacológico.

Instrumentos y técnicas utilizadas

Se preguntó sobre la última cifra de tensión arterial tomada durante la consulta del médico familiar, al valor referido por el paciente se clasificó como:

Optima < 120 <80

Normal 120-129 80-84

Normal alta 130-139 85-89

Hipertensión grado 1 140-159 90-99

Hipertensión grado 2 160-179 100-109

Hipertensión grado 3 > =180 >= 110

Hipertensión sistólica aislada > =140 <90

Para valorar el nivel socioeconómico se aplicó el cuestionario de la regla AMAI que evaluó el índice de nivel socioeconómico, el cual consta de 6 preguntas y en cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el nivel socioeconómico al que pertenece el hogar, clasificándolo de esta manera:

Nivel Socioeconómico	Puntos
A/B	205 o más
C+	166 a 204
C	136 a 165
C-	112 a 135
D+	90 a 111
D	48 a 89
E	0 a 47

Se aplicaron 3 instrumentos:

Características del cuestionario de Función Sexual de la Mujer

Se trata de un cuestionario de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las incluidas en los DEAS puntúan de 1 a 5. Evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual. Recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual y resulta útil en la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales.²⁵

Con fines del estudio que se llevó a cabo, se modificaron algunas de las preguntas de dicho cuestionario para que se acoplen a ambos sexos.

El MGH-SFQ

Está formado por 5 ítems referidos a interés sexual, capacidad de excitación, capacidad para conseguir el orgasmo, capacidad para conseguir y mantener la erección (solo para hombres) y satisfacción sexual global. Su reducido número de ítems lo convierte en un instrumento de gran interés para la práctica clínica a la hora de detectar disfunciones sexuales, pudiendo tener relevancia en atención primaria. El MGH-SFQ tiene capacidad para detectar los efectos que determinados fármacos tienen sobre el funcionamiento sexual.²⁶

	Totalmente disminuido	Marcadamente disminuido	Moderadamente disminuido	Mínimamente disminuido	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (solo para hombres)	0	1	2	3	4
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción	0	1	2	3	4

sexual general en el último mes?					
----------------------------------	--	--	--	--	--

Functioning Questionnaire (MGH-SFQ; Labbate & Lare, 2001)

Evalúa las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el grado de comunicación sexual. Recoge datos descriptivos acerca del desempeño sexual y resulta útil en la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales.

PRSexDQ-SALSEX. (Montejo AL et al 2000) CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS.

El cuestionario fue diseñado, en el año 1996 y fue posteriormente validado en el año 2000 por el Dr. Ángel L Montejo, de la Universidad de Salamanca con dos objetivos:

1. Medir y cuantificar los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos, fundamentalmente antidepresivos y antipsicóticos
2. Valorar la interferencia de los problemas sexuales en la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono.

Existe una única versión para hombres y mujeres ya que se puede aplicar indistintamente variando los enunciados de las preguntas entre orgasmo/eyaculación y disfunción eréctil /lubricación vaginal.

Los siguientes 5 ítems evalúan la intensidad o frecuencia de las siguientes alteraciones de la función sexual mediante una escala Likert de 0 (menor intensidad o frecuencia posible) a 3 (mayor intensidad o frecuencia posible):

- Ítem 1: Descenso de la libido (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 2: Retraso de orgasmo / eyaculación (0=no; 1=leve; 2=moderado; 3=severo).
- Ítem 3: Ausencia de orgasmo / eyaculación (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 4: Disfunción eréctil/lubricación vaginal (0=nunca; 1=ocasionalmente; 2=con frecuencia; 3=siempre).
- Ítem 5: Evalúa el grado de tolerancia o aceptación de los cambios en la función sexual desde 0 (no ha habido disfunción sexual) a 3 (mala tolerancia).
 - o 0: No ha habido disfunción sexual
 - o 1: Buena: el paciente no muestra preocupación ante la disfunción sexual.
 - o 2: Aceptable con reparos: el paciente se siente molesto ante la disfunción sexual, aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo).

- 3: Mala (el paciente se siente muy preocupado ante la disfunción y ha pensado en abandonar el tratamiento).

1. ¿Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?

- 0.- Ningún problema.
- 1.- Descenso leve. Algo menos de interés.
- 2.- Descenso moderado. Bastante menos interés.
- 3.- Descenso severo. Casi nada o nulo interés.

2. ¿Ha notado algún retraso en la eyaculación/ orgasmo?

- 0.- Ningún retraso.
- 1.- Retraso leve o apenas apreciable.
- 2.- Retraso moderado y claramente apreciable.
- 3.- Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/ orgasmo.

3. ¿Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?

- 0.- Nunca.
- 1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones.
- 2.- A menudo: 25 – 75 % de las ocasiones.
- 3.- Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

4. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)

- 0.- Nunca.
- 1.- A veces: menos del 25% de las ocasiones.
- 2.- A menudo: 25 – 75 % de las ocasiones.
- 3.- Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

5. ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?

- 0.- No ha habido disfunción sexual.
- 1.- **Bien.** Ningún problema por este motivo.
- 2.- **Regular.** Le molesta la disfunción, aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.
- 3.- **Mal.** Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja.

PUNTUACIÓN TOTAL (0-15):

LEVE: entre 1-5 puntos (siempre que ningún ítem \geq 2 puntos).

MODERADA: entre 6-10 (cualquier ítem =2 y < 3 puntos).

INTENSA: entre 11-15 o bien cualquier ítem =3.²⁷

Análisis estadístico

Estadística descriptiva:

De acuerdo con la variable identificada la estadística se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Variables cualitativas: Se utilizaron frecuencias y porcentajes.
- Variables cuantitativas: Se utilizaron medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 367 pacientes con una media de edad de 68.9 ± 6.4 años, 146 (39.8%) fueron hombres y 221 (60.2%) mujeres. De acuerdo a las características antropométricas, la media de peso de los pacientes fue 69.9 ± 12.7 kg, la media de talla de 1.56 ± 0.08 m y la media de índice de masa corporal (IMC) de 28.5 ± 4.4 kg/m².

La mayoría de los pacientes tienen una educación media a superior ($n = 224$, 61%) como último grado de estudios y la principal ocupación de los pacientes fue empleado ($n = 148$, 40.3%) o no estar laborando actualmente ($n = 139$, 37.9%) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

Variable	
Edad	68.9 ± 6.4
Sexo	
Hombre	146 (39.8%)
Mujer	221 (60.2%)
Escolaridad	
Ninguna	2 (0.5%)
Primaria	37 (10.1%)
Secundaria	104 (28.3%)
Preparatoria	140 (38.1%)
Carrera técnica	31 (8.4%)
Universidad	53 (14.4%)
Ocupación	
Empleado	148 (40.3%)
Profesionista	44 (12%)
Obrero	4 (1.1%)
Ocupaciones no especificadas	32 (8.7%)
No labora	139 (37.9%)

La mediana de tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica de los pacientes fue 8 (4-13) años, misma mediana de tiempo en el que reportaban encontrarse en tratamiento. Los principales fármacos utilizados para su manejo fueron losartán en 53.4%, captopril en 14.2%, amlodipino en 12.5% y enalapril en 12%.

De acuerdo con la última evaluación de la presión arterial en el consultorio, la mayoría de los pacientes presentaron cifras de 120/80 (70%), mientras que el 22.6% presentó cifras entre 120 y 139 de presión sistólica y 80 y 89 de presión diastólica, y 7.4% entre 140 y 159 de presión sistólica y 90 y 99 de presión diastólica (tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de la hipertensión arterial de los pacientes.

Variable	
Años de diagnóstico	8 (4-13)
Tiempo en tratamiento	8 (4-13)
Medicamentos que toma	-
Losartán	196 (53.4%)
Captopril	52 (14.2%)
Amlodipino	46 (12.5%)
Enalapril	44 (12%)
Nifedipino	24 (6.5%)
Metoprolol	2 (0.5%)
Prazosina	1 (0.3%)
Propranolol	1 (0.3%)
Verapamilo	1 (0.3%)
Última cifra de tensión arterial	-
120/80	257 (70%)
120-139/80-89	83 (22.6%)
140-159/90-99	27 (7.4%)

Los pacientes reportaron que el último grado de estudios del jefe de familia fue preparatoria completa o incompleta en 55.1%, seguido de licenciatura completa o incompleta en 20.4%.

La mayoría de los pacientes reportaron vivir en un hogar con al menos un baño completo con regadera (80.4%). El 74.1% de los pacientes declararon poseer un automóvil o camioneta en el hogar y el 62.7% de los pacientes manifestaron contar con internet en el hogar, excluyendo el acceso a través de aparatos celulares móviles.

Casi la totalidad de los pacientes reportaron que al menos una persona que habitaba en su hogar trabajaba (98.6%) y la mayoría tenían dos o más cuartos usados para dormir en su casa (96.5%) (tabla 3).

Tabla 3. Estudio sociodemográfico familiar de los pacientes.

Variable	
Último grado de estudios del jefe del hogar	-
Sin instrucción	1 (0.3%)
Primaria incompleta	13 (3.5%)
Primaria completa	10 (2.7%)
Secundaria incompleta	20 (5.4%)
Secundaria completa	46 (12.5%)

Preparatoria incompleta	55 (15%)
Preparatoria completa	147 (40.1%)
Licenciatura incompleta	21 (5.7%)
Licenciatura completa	54 (14.7%)
Baños completos con regadera en el hogar	-
1	295 (80.4%)
2 o más	72 (19.6%)
Automóviles o camionetas en el hogar	-
0	95 (25.9%)
1	236 (64.3%)
2 o más	36 (9.8%)
Cuenta con internet	230 (62.7%)
Personas que trabajan en el hogar	-
0	5 (1.4%)
1	104 (28.3%)
2	200 (54.5%)
3	58 (15.8%)
Cuartos usados para dormir	-
1	3 (0.8%)
2	226 (61.6%)
3	128 (34.9%)
No reportado	10 (2.7%)
Nivel Socioeconómico	
AB (Alta)	21 (5.7%)
C+ (Media alta)	94 (25.6%)
C (Media)	165 (44.9%)
C- (Media baja)	68 (18.5%)
D+ (Baja)	15 (4%)
D (Más baja)	4 (1%)
E (Extrema)	0 (0%)

A continuación, se reportarán los principales hallazgos de Cuestionario de Función Sexual en la Mujer (adaptado a ambos sexos) de acuerdo con las respuestas de los pacientes (tabla 4).

La mayoría de los pacientes reportaron tener fantasías relacionadas con actividades sexuales a veces (54.8%), o a veces tener pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual (54.5%). Además, la mayoría a veces le resulta fácil excitarse sexualmente (55.3%) y sienten excitación al ser tocados o acariciados durante la actividad sexual (47.1%).

Además, la mayoría raramente (48.2%) o a veces (42.2%) sienten dolor durante dicha estimulación durante la actividad sexual. La mayoría refiere que a veces existe una

facilidad para la penetración del pene, dedo u objeto (50.3%) de los 358 (97%) que refieren haber sido penetrados o penetrar en las últimas 4 semanas; de los 11 (3%) pacientes que refieren ausencia de penetración durante este transcurso del tiempo, refieren la mayoría una falta de interés por dicha actividad (81.8%).

También, la mayoría de los pacientes reportó sentir inquietud, ansiedad o miedo ante la idea de la actividad sexual a veces (39.2%) o a menudo (34.1%) y el 48.2% de los pacientes refiere alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual a veces, mientras que el 46% refiere que a veces son ellos quienes tienen la iniciativa de iniciar el encuentro sexual con su pareja u otra persona.

Por otro lado, la mayoría refiere que raramente se sienten confiadas/confiados para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales (50.4%) y los pacientes refieren haber tenido actividad sexual 1 o 2 veces (72.5%) o 3 a 4 veces (27.5%) en las últimas 4 semanas. La mayoría refirió a veces sentir satisfacción con esta actividad sexual (51.5%) y la mayoría se sienten ni satisfechos ni insatisfechos con su vida sexual en las últimas 4 semanas (43.6%).

Tabla 4. Cuestionario de Función Sexual en la Mujer (adaptado a ambos sexos): respuestas de los pacientes.

Dominio	Ítem	Respuestas
Evaluador de la actividad sexual: Deseo	1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?	-
	a) Nunca	0 (0%)
	b) Raramente	69 (18.8%)
	c) A veces	201 (54.8%)
	d) A menudo	92 (25.1%)
	e) Casi siempre-siempre	5 (1.4%)
Evaluador de la actividad sexual: Deseo	2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	-
	a) Nunca	0 (0%)
	b) Raramente	69 (18.8%)
	c) A veces	200 (54.5%)
	d) A menudo	93 (25.3%)
	e) Casi siempre-siempre	5 (1.4%)
Evaluador de la actividad sexual: Excitación	3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	-
	a) Nunca	0 (0%)
	b) Raramente	132 (36%)
	c) A veces	157 (42.8%)
	d) A menudo	73 (19.9%)
	e) Casi siempre-siempre	5 (1.4%)

Evaluador de la actividad sexual: Deseo y excitación	4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual)	-
	a) Nunca	2 (0.5%)
	b) Raramente	65 (17.7%)
	c) A veces	203 (55.3%)
	d) A menudo	92 (25.1%)
	e) Casi siempre-siempre	5 (1.4%)
Evaluador de la actividad sexual: Excitación y lubricación	5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitado sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal/ en pene?	-
	a) Nunca	2 (0.5%)
	b) Raramente	107 (29.2%)
	c) A veces	173 (47.1%)
	d) A menudo	80 (21.8%)
	e) Casi siempre-siempre	5 (1.4%)
Evaluador de la actividad sexual: Excitación y lubricación	6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?	-
	a) Nunca	22 (6%)
	b) Raramente	177 (48.2%)
	c) A veces	155 (42.2%)
	d) A menudo	13 (3.5%)
	e) Casi siempre-siempre	0 (0%)
Evaluador de la actividad sexual: Problemas con la penetración vaginal	7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración del pene, dedo, objeto, etc. ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)	n = 358
	a) Nunca	1 (0.3%)
	b) Raramente	97 (27.1%)
	c) A veces	180 (50.3%)
	d) A menudo	73 (20.4%)
	e) Casi siempre-siempre	7 (2%)
Descriptivo: actividad sexual sin penetración	7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: completamente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior — pregunta 7a—).	n = 11
	a) Por sentir dolor	0 (0%)
	b) Por miedo a la penetración	0 (0%)
	c) Por falta de interés para la penetración	9 (81.8%)
	d) No tener pareja sexual	2 (18.2%)
	e) Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	0 (0%)
Evaluador de la actividad sexual:	8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?	-

Problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria	a) Nunca	12 (3.3%)
	b) Raramente	80 (21.8%)
	c) A veces	144 (39.2%)
	d) A menudo	125 (34.1%)
	e) Casi siempre-siempre	6 (1.6%)
Evaluador de la actividad sexual: Orgasmo y satisfacción de la actividad sexual	9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	-
	a) Nunca	0 (0%)
	b) Raramente	118 (32.2%)
	c) A veces	177 (48.2%)
	d) A menudo	66 (18%)
Evaluador de la actividad sexual: Iniciativa sexual	10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)	-
	a) Nunca	28 (7.6%)
	b) Raramente	108 (29.4%)
	c) A veces	169 (46%)
	d) A menudo	55 (15%)
Evaluador de la actividad sexual: Grado de comunicación sexual	11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada/confiado para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	-
	a) Nunca	74 (20.2%)
	b) Raramente	185 (50.4%)
	c) A veces	105 (28.6%)
	d) A menudo	3 (0.8%)
	e) Casi siempre-siempre	0 (0%)
Descriptivo: frecuencia de la actividad sexual	f) No tengo pareja	0 (0%)
	12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	-
	a) 1-2 veces	266 (72.5%)
	b) De 3 a 4 veces	101 (27.5%)
	c) De 5 a 8 veces	0 (0%)
Evaluador de la actividad sexual: Satisfacción de la actividad sexual	d) De 9 a 12 veces	0 (0%)
	e) Más de 12 veces	0 (0%)
	13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	-
	a) Nunca	0 (0%)
	b) Raramente	64 (17.4%)
	c) A veces	189 (51.5%)
	d) A menudo	101 (27.5%)

	e) Casi siempre-siempre	13 (3.5%)
Evaluador de la actividad sexual: Satisfacción sexual general	14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha/satisfecho?	-
	a) Muy insatisfecho	0 (0%)
	b) Bastante insatisfecho	101 (27.5%)
	c) Ni satisfecho ni insatisfecho	160 (43.6%)
	d) Bastante satisfecho	104 (28.3%)
	e) Muy satisfecho	2 (0.5%)

De acuerdo con el cuestionario de funcionamiento (*Functioning Questionnaire*, MGH-SFQ), alrededor de la mitad de los pacientes (47.7%) reportaron tener un estado de interés sexual marcada o totalmente disminuido, y solo el 10.4% manifestó un interés sexual normal.

Por otro lado, 48.8% de los pacientes declararon una capacidad total o marcadamente disminuida para alcanzar el orgasmo o conseguir excitación sexual, siendo normal en alrededor de una décima parte de los pacientes.

De los hombres, 54.6% reportó una capacidad disminuida total o marcada para conseguir o mantener una erección en el último mes y alrededor de la mitad de los pacientes en general calificaron su satisfacción sexual como total o marcadamente disminuida (48.5%), mientras que solo el 11.7% reportó una satisfacción sexual general normal (tabla 5).

Tabla 5. *Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ): respuestas de los pacientes.

Pregunta	n (%)
¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	-
Totalmente disminuido	59 (16.1%)
Marcadamente disminuido	116 (31.6%)
Moderadamente disminuido	79 (21.5%)
Mínimamente disminuido	75 (20.4%)
Normal	38 (10.4%)
¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes?	-
Totalmente disminuido	59 (16.1%)
Marcadamente disminuido	120 (32.7%)
Moderadamente disminuido	77 (21%)
Mínimamente disminuido	72 (19.6%)
Normal	39 (10.6%)
¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	-
Totalmente disminuido	61 (16.6%)
Marcadamente disminuido	118 (32.2%)

Moderadamente disminuido	78 (21.3%)
Mínimamente disminuido	73 (19.9%)
Normal	37 (10.1%)
¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (solo para hombres)	n = 150
Totalmente disminuido	15 (10%)
Marcadamente disminuido	56 (37.3%)
Moderadamente disminuido	26 (17.3%)
Mínimamente disminuido	30 (20%)
Normal	22 (14.7%)
¿Cómo calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	-
Totalmente disminuido	58 (15.8%)
Marcadamente disminuido	120 (32.7%)
Moderadamente disminuido	79 (21.5%)
Mínimamente disminuido	67 (18.3%)
Normal	43 (11.7%)

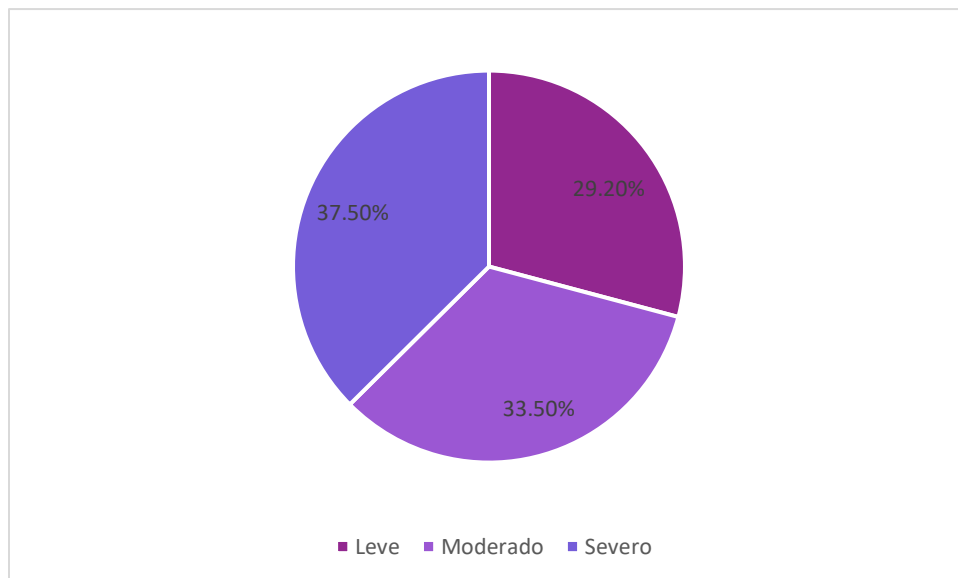
De acuerdo con el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSexDQ-SALSEX), el 50.1% de los pacientes reportó notar alguna alteración en la actividad sexual posterior al consumo de su tratamiento farmacológico y 91.6% reportaron algún nivel de descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo. El 93.7% reportó haber notado algún nivel de retraso en la eyaculación u orgasmo y 98.4% reportó notar incapacidad para eyacular o tener orgasmo durante la relación sexual, llegando a ser en más del 75% de las ocasiones en 22.3% de los pacientes. El 98.4% de los pacientes también notó dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez iniciada la actividad sexual, siendo mayor al 75% de las ocasiones en 22.3% y 55% de los pacientes manifiestan que los cambios en la relación sexual le han llegado a molestar hasta cierto punto, y el 20.4% ha incluso pensando en abandonar su tratamiento farmacológico por dicha razón (tabla 6). De acuerdo con la interpretación de este cuestionario, el grado de disfunción sexual secundario al tratamiento es leve en 29.2%, moderado en 33.5% y severo en 37.5% (figura 1).

Tabla 6. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSexDQ-SALSEX): respuestas de los pacientes.

Pregunta	n (%)
A.- ¿Desde que toma el tratamiento farmacológico ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual (excitación, erección, eyaculación, orgasmo)?	-
a) Sí	184 (50.1%)
b) No	183 (49.9%)
c) No tomo tratamiento actualmente	0 (0%)

1. ¿Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?	-
0) Ningún problema	31 (8.4%)
1) Descenso leve. Algo menos de interés.	93 (25.3%)
2) Descenso moderado. Bastante menos interés.	160 (43.6%)
3) Descenso severo. Casi nada o nulo interés.	83 (22.6%)
2. ¿Ha notado algún retraso en la eyaculación/orgasmo?	-
0) Ningún retraso	23 (6.3%)
1) Retraso leve o apenas apreciable	98 (26.7%)
2) Retraso moderado y claramente apreciable.	165 (45%)
3) Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.	81 (22.1%)
3. ¿Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?	-
0) Nunca.	6 (1.6%)
1) A veces: menos del 25% de las ocasiones.	113 (30.8%)
2) A menudo: 25-75% de las ocasiones.	166 (45.3%)
3) Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.	82 (22.3%)
4. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)	-
0) Nunca.	6 (1.6%)
1) A veces: menos del 25% de las ocasiones.	112 (30.5%)
2) A menudo: 25-75% de las ocasiones.	167 (45.5%)
3) Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.	82 (22.3%)
5. ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?	-
0) No ha habido disfunción sexual	2 (0.5%)
1) Bien. Ningún problema por este motivo.	163 (44.4%)
2) Regular. Le molesta la disfunción, aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.	127 (34.6%)
3) Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja	75 (20.4%)

Figura 1. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSexDQ-SALSEX): interpretación del grado de disfunción sexual



DISCUSIÓN

La constante y regular expresión genital y el adecuado bienestar físico producen un clima de estimulación para un buen desempeño de la vida sexual en el individuo, y el cese de la actividad sexual puede acelerar el proceso de envejecimiento fisiológico y psicológico, acompañado de otras alteraciones funcionales en el organismo.

Es importante entender que la necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de las personas no termina en la vejez, por ello, esta actividad debe ser utilizada como marcador de la calidad de vida del adulto mayor y de importancia para los profesionales de la salud²⁸.

Por otro lado, existe una relación entre la hipertensión y otros factores de riesgo cardiovascular con la presencia de disfunción sexual. Además, existen estadísticas de la alta prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto mayor, desde un 46.3% en adultos entre 60 y 60 años hasta 56.3% en adultos mayores de 80 años²⁹, por lo que el estudio y manejo de la calidad de vida sexual en adultos mayores hipertensos se vuelve muy importante.

De acuerdo con Reffelmann y cols., se ha observado que muchos fármacos antihipertensivos pueden empeorar la función sexual como un efecto secundario específico de la droga, disminuyendo significativamente la adherencia del paciente al tratamiento antihipertensivo y aumentando más el riesgo de morbilidad cardiovascular¹⁸.

En nuestro estudio, encontramos que la mitad de los pacientes han notado alguna alteración en su vida sexual posterior al consumo de su tratamiento farmacológico y casi todos los pacientes notaron un descenso en su deseo o interés por la actividad sexual.

Lo antes mencionado por Reffelmann y cols.¹⁸, es importante, ya que notamos en nuestro estudio que hasta una quinta parte de los pacientes han pensado en abandonar su tratamiento por el impacto en la calidad de vida sexual de su tratamiento antihipertensivo. Esto conlleva a realizar maniobras personalizadas en cada paciente que permitan mejor abordar el componente sexual de la vida de los adultos mayores hipertensos en nuestro centro, de tal manera que pueda relacionarse con un mayor impacto positivo en su bienestar y calidad de vida global, y adicionarse al efecto benéfico de su terapia antihipertensiva.

Se ha reportado que la mayoría de las intervenciones antihipertensivas médicas como tiazidas, agentes β bloqueadores empeoran potencialmente la función sexual. Una excepción a esta regla es la experiencia con los bloqueadores de receptores de angiotensina II, que parecen mejorar ligeramente la función sexual junto con un control efectivo de la presión arterial, una reducción en la incidencia de disfunción eréctil y una mejora leve, en los parámetros comunes de la función sexual, de acuerdo con la revisión realizada por Reffelmann y cols.¹⁸.

Afortunadamente, alrededor de la mitad de los pacientes de nuestro estudio reciben losartan como tratamiento para su hipertensión, mientras que β bloqueadores son utilizados en 0.8% de los pacientes. Los antagonistas de los canales de calcio no parecen tener una alta incidencia de disfunción sexual¹⁸. En nuestro estudio encontramos que 21.3% de los pacientes reciben algún bloqueador de canales de calcio, sin embargo, el impacto sobre la salud sexual de los pacientes del manejo hipertensivo y de la hipertensión tienen relevancia en su salud sexual.

En el ensayo clínico aleatorizado TOMHS, los trastornos de la función sexual al inicio fueron de un 19,3 %, aumentando con la edad y con una prevalencia mayor en los varones, si bien en este estudio los pacientes no tomaban fármacos antihipertensivos antes de ser incluidos²¹.

Nosotros encontramos que la prevalencia de disfunción sexual moderada por farmacoterapia antihipertensiva fue del 33.5% y severa en 37.5%, lo que quiere decir que más de dos tercias partes de nuestros pacientes refieren algún grado significativo de afección en su funcionamiento sexual.

La prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos no tratados, tratados con placebo y con fármacos es muy variable, oscilando según las series entre el 3% y el 28%²². En nuestro trabajo, el 65.3% de los hombres tuvieron una disminución moderada a total en la capacidad para conseguir y mantener una erección, lo cual habla de una prevalencia mucho más alta que las series anteriormente mencionadas.

Por otro lado, en un grupo de pacientes femeninas con hipertensión estudiado por Doumas y cols. en su trabajo *Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered*, se encontró que la disfunción sexual fue mayor en mujeres con hipertensión que las normotensivas (42.1% vs. 19.4%), pero que el manejo efecto de la hipertensión disminuida la prevalencia de disfunción sexual²⁸.

Algo positivo en nuestra población es que el 92.6% de los pacientes tienen cifras de presión arterial menores de 140/90, y en rangos de 120/80 en el 70%, lo cual es una ventaja al momento de realiza un abordaje sexual en este grupo de pacientes.

De acuerdo con el estudio de Guadarrama y cols., llamado "Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida"²⁹, ellos encontraron que el 77% de los adultos mayores refieren que la actividad sexual es importante, pero 40% la refieren como satisfactoria.

En nuestro grupo de pacientes adultos mayores con hipertensión, la satisfacción sexual general normal se alcanzó solo en una décima parte de los pacientes, mucho menor al descrito por Guadarrama en población adulta mayor general²⁹. De hecho, Salgado Escalona y cols. en su estudio "Comportamiento de disfunción sexual en adultos mayores masculinos" reportaron que los principales factores de riesgo de disfunción sexual en ancianos varones fueron la hipertensión y tabaquismo, lo cual justifica un abordaje preventivo en nuestro centro con la finalidad de mejorar los desenlaces de salud sexual en los pacientes³⁰.

Una de las limitantes de nuestro trabajo fue la evaluación transversal de los pacientes y la comparación con un grupo control sano de adultos mayores, para identificar características diferentes asociadas a menor funcionamiento y calidad de vida sexual. Sin embargo, una fortaleza es que, debido a la escasez de estudios que evalúen la hipertensión asociada a la disfunción sexual, y la falta de evidencia científica acerca de su impacto en el adulto mayor, este trabajo puede apoyar como parte aguas en el trabajo científico relacionado con el mejoramiento de la funcionalidad sexual en los adultos mayores hipertensivos y justificar el trabajo con familias.

CONCLUSIÓN

Se encuestaron 367 pacientes adultos mayores hipertensos, 146 (39.8%) fueron hombres y 221 (60.2%) mujeres, con una mediana de tiempo de evolución y tratamiento de la hipertensión arterial de 8 (4-13) años, la mayoría tratado con antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

Encontramos que la mayoría de los pacientes reportaron alguna afección en diferentes características del funcionamiento sexual a veces o gran parte del tiempo y que solo una décima parte de los pacientes presentaban interés sexual normal, alcanzaban orgasmos, conseguían excitación sexual y manifestaban satisfacción sexual general dentro de lo normal. Además, alrededor de la mitad de los pacientes reportó notar alguna alteración en la actividad sexual posterior al consumo de su tratamiento farmacológico, 91.6% reportaron algún nivel de descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo; el 93.7% reportó haber notado algún nivel de retraso en la eyaculación u orgasmo, 98.4% reportó notar incapacidad para eyacular o tener orgasmo durante la relación sexual y el 98.4% de los pacientes también notó dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez iniciada la actividad sexual, incluso una quinta parte de los pacientes ha pensado en abandonar su tratamiento farmacológico por la razones anteriores. De forma general, el grado de disfunción sexual secundario al tratamiento en nuestros pacientes fue leve en 29.2%, moderado en 33.5% y severo en 37.5%

RECOMENDACIONES

El principal objetivo de la información obtenida es para la educación e instrucción del individuo, incluso mucho antes de que éste llegue a la senectud, el médico de familia pueda y debe ser un instrumento eficaz que le aporte información al individuo sobre los cambios que van a ocurrir en su vida sexual para que éstos los viva como fenómenos fisiológicos y para eliminar falsas concepciones referentes a la sexualidad geriátrica.

La necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de una persona no termina en la vejez; es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida del adulto mayor, y así debe ser entendido y tratado por los profesionales de la salud.

La creencia de que la edad y el declinar de la actividad sexual están inexorablemente unidos ha ocasionado que no se dé atención suficiente a la sexualidad, que es una de las actividades que procura mayor calidad de vida a los adultos mayores. Estudios médicos demuestran que la mayoría de las personas de edad avanzada son capaces de sentir placer, en toda la gama de las actividades de este tipo, y de tener relaciones igual que las personas jóvenes, por lo que como médicos de primer nivel y familiares debemos poner énfasis en apoyar a este grupo de población, detectando disfunciones sexuales y derivar oportunamente con los expertos en asesoría sexual.

El encontrar un lenguaje para lo que no ha sido expresado es una vía fundamental para que las personas modifiquen la percepción que tienen de sí mismas y para que lleguen a comprender la relación entre su comportamiento individual y el contexto social y cultural en que viven, de ahí la importancia no sólo del médico de primer nivel de atención sino de todo el equipo multidisciplinario, que será capaz de desarrollar programas institucionales que favorezcan las condiciones de una mejor calidad de vida para la población y, en particular, para este grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orihuela J, Gómez M, Fumero M. Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001[citado 2020 May 04]; 17(6): 545-547. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600006&lng=es.
2. Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2013 [citado 2020 may 04]; 29(3): 223-232. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=es.
3. Sapetti A. La sexualidad en el adulto mayor. PSICODEBATE [Internet]. 2013 [citado 5 de mayo de 2020]; 130:61-8. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/362>
4. Listerri J.L., Disfunción sexual en la hipertensión y beneficios del tratamiento con sildenafil. Hipertensión, 2001.
5. Herrera A. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2020 mayo 04]; 68(2): 150-162. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>.
6. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/07/2014
7. Campos I, Hernández L, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud pública Méx [Internet]. 2018 [citado 2020 mayo 04]; 60(3): 233-243. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.21149/8813>.
8. Brito Y, Jiménez L, Chala J, et al. Disfunción eréctil en pacientes con tratamiento antihipertensivo. CorSalud, 2016.
9. Spatz E, Canavan M, Desai M, et al. Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension. J Hypertens. [Internet]. 2013 [citado 2020 mayo 04]; vol. 31,6: 1096-1105. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32835fdefa>
10. Rodés J, Piqué J, Trilla A. *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA*. Fundación BBVA, 2007. Capítulo 67, 591-596.

11. Llisterri C, Sánchez F, Brotons F. Disfunción sexual en la hipertensión arterial. *Hipertensión* [Internet]. 2005 [citado 2020 mayo 04]; vol: 22 (2) pp: 59-72. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212824105715437
12. Voils C, Sandelowski M, Dahm P, et al. Selective adherence to antihypertensive medications as a patient-driven means to preserving sexual potency. *Patient preference and adherence*, 2008.
13. Noguerol M, Berrocal M, de Alaiz AT, Pérez N, López A, Piñera R, et al. Actividad sexual en ancianos en un medio rural. *Aten Primaria* 1996; 3:105-110.
14. Landa J, Ruiz R. Alteraciones ginecológicas. En: Martín-Zurro A, Cano JF, eds. *Atención Primaria* (3.a ed). Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; 882-909.
15. Regueira J, Cervera L. Sexualidad en la tercera edad. *Rev cubana Med Gen Integr.* [Internet] 2002 [citado 2020 mayo 04]; vol.18, n.5, pp.336-339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252002000500008&lng=es&nrm=iso
16. Terrie B, Ginsberg D. Aging and Sexuality. *Med Clin N Am.*2006; 90:1025-1036.
17. Pedrero L, Blanca L. El viejo y la sexualidad. *Archivo geriátrico.*2002; 5(2)54-57.
18. Reffelmann T., Kloner R. Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. *Vasc Health Risk Manag.* 2006;2(4):447-455
19. Curb D, Borhani O, Blaszkowski P, Zimbaldi N, Fotiu S, Willians W. Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensives drugs. *JAMA* 1985; 253:3.263-3.268.
20. Anónimo. Disfunción sexual y fármacos. *Bol Farmaco Com Val* 1996; 36:530-533.
21. Grimm R, Grandits G, Prineas R, McDonald H, Lewis C, Flack J, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. *Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS).* *Hypertension* 1997; 29:8-14.
22. Morá J, Henrique C, Pomerol M. Disfunción eréctil en hipertensos. *Hipertensión* 1998; 6:23-28.
23. Gil S, Pagola J. La Sexualidad en el adulto mayor. *Rev. Sexología y Sociedad.* 1999;5(3):29-32.
24. Esguerra I. Sexualidad después de los 60 años. *Avances en enfermería*, 2007.
25. Sánchez F, Pérez M, Borrás J, et al. Diseño y validación del cuestionario de

Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004;34(6):286-94.

26. Sierra C, Vallejo P, Santos P, Lameiras M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Elsevier España. Aten Primaria*. 2012;44(9):516-526
27. Montejo L, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo A, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28 (3): 141-150.
28. Doulmas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, et al. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertension* 2006;24(12):2387-2392
29. Guadarrama RM, Ortiz Zaragoza MC, Moreno Castillo YC, Pedraza Avilés AG. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2010;15(2):72-79
30. Salgado Escalona M, Noa Legrá M, Matos Laffita D, Silva Espalter M. Comportamiento de disfunción sexual en adultos mayores masculinos. *Rev Inf Científica* 2016;95(3).

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Anexo 1)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Afectación de la calidad de la vida sexual en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ____ de ____ del 2020.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar la relación de las características de la calidad de la vida sexual en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, relacionada con el tratamiento farmacológico, el tiempo de evolución de la enfermedad crónico-degenerativa y las cifras de tensión arterial. En este estudio evaluaremos la relación entre su calidad de vida sexual, los años de evolución de la hipertensión arterial sistémica y los medicamentos que toma. De tal manera poder brindarle información o algún curso sobre cómo mejorar la calidad de vida sexual que se adapte a sus necesidades.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se le aplicará una encuesta, con duración aproximada de 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al aplicarle esta encuesta se obtendrá el beneficio personal de derivación oportuna a la consulta de medicina familiar para su manejo integral. Los resultados son muy valiosos para aplicarlos a los que padecen hipertensión arterial sistémica y presentan afectación en la calidad de vida sexual. Brindará información al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor valoración y adecuada consejería sobre su sexualidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizarán respetando el anonimato y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que se respetará la confidencialidad.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificará de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad: Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. No serán necesarios sus datos personales. Los participantes en dicho estudio de identificarán mediante un folio consecutivo.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula 10859357. Profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar UMF no. 20. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 Ext. 15368/15368. E-mail carmenaguirre1609@gmail.com

Colaboradores: DRA. MARÍA DE LOURDES CORTÉS VACA. Médico Residente en la Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98355533. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX. Tel. 55874422 Ext. 15368/15368 E-mail covalulis@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de Participante que otorga el consentimiento

Nombre y firma de quien recibe el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación,

sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 VALLEJO
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

(Anexo 2)

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA SEXUAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
VALLEJO

Fecha (día-mes-año): _____

Folio: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lea cuidadosamente y responda las preguntas con veracidad.

DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo:

M	F
---	---

Peso: _____ Talla: _____ I.M.C: _____

Escolaridad:	Primaria		Ocupación	Profesionista	
	Secundaria			Técnico	
	Preparatoria			Empleado	
	Carrera técnica			Obrero	
	Universidad			Actividades agrícolas	
	Posgrado			Ocupaciones no especificadas	
	Ninguno			No labora	

1. Años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica
2. Tiempo en tratamiento para hipertensión arterial sistémica
3. ¿Qué medicamentos toma?
 - a. Captopril
 - b. Enalapril
 - c. Propanolol
 - d. Metoprolol
 - e. Clortalidona
 - f. Hidroclorotiazida
 - g. Fusosemida
 - h. Espironolactona
 - i. Nifedipino
 - j. Amlodipino
 - k. Verapamilo

i. Otro: (especifique) _____

4. Última cifra de tensión arterial registrada en la consulta

- a. 120/80
- b. 120-139/ 80-89
- c. 140-159/ 90-99
- d. 160-179/ 100-109
- e. $\geq 180/\geq 110$

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Instrucciones:

A continuación, se presenta un conjunto de preguntas, tache la respuesta que desee, solo puede escoger una opción.

PREGUNTAS

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Sin Instrucción | |
| b) Preescolar | |
| c) Primaria Incompleta | |
| d) Primaria Completa | |
| e) Secundaria Incompleta | |
| f) Secundaria Completa | |
| g) Preparatoria Incompleta | |
| h) Preparatoria Completa | |
| i) Licenciatura Incompleta | |
| j) Licenciatura Completa | |
| k) Posgrado | |

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su vivienda?

- | | |
|---------|--|
| 0 | |
| 1 | |
| 2 o más | |

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

- | | |
|---------|--|
| 0 | |
| 1 | |
| 2 o más | |

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

- | | |
|----------|--|
| NO TIENE | |
| SI TIENE | |

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

0	
1	
2	
3	
4 o más	

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

0	
1	
2	
3	
4 o más	

TOTAL	
-------	--

Cuestionario de Función Sexual

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y elija la respuesta correcta.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual)

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitado sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal/ en pene?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración del pene, dedo, objeto, etc. ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: complemente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior —pregunta 7a—).

- a) Por sentir dolor
- b) Por miedo a la penetración
- c) Por falta de interés para la penetración
- d) No tener pareja sexual
- e) Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada/confiado para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre
- f) No tengo pareja

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

- a) 1-2 veces
- b) De 3 a 4 veces
- c) De 5 a 8 veces
- d) De 9 a 12 veces
- e) Más de 12 veces

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

- a) Nunca

- b) Raramente
- c) A veces
- d) A menudo
- e) Casi siempre-siempre

14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha/satisfecho?

- a) Muy insatisfecho
- b) Bastante insatisfecho
- c) Ni satisfecho ni insatisfecho
- d) Bastante satisfecho
- e) Muy satisfecho

Functioning Questionnaire (MGH-SFQ; Labbate & Lare, 2001)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y elija la respuesta correcta.

	Totalmente disminuido	Marcadamente disminuido	Moderadamente disminuido	Mínimamente disminuido	Normal
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes?	0	1	2	3	4
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (solo para hombres)	0	1	2	3	4
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual general en el último mes?	0	1	2	3	4

PRSexDQ-SALSEX. (Montejo AL et al 2000)

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS.

A.- ¿Desde que toma el tratamiento farmacológico ha notado algún tipo de alteración en la actividad sexual (excitación, erección, eyaculación, orgasmo)?

- a) Sí
- b) No
- c) No tomo tratamiento actualmente

1. ¿Ha notado descenso en su deseo de tener actividad sexual o en el interés por el sexo?

- 0) Ningún problema
- 1) Descenso leve. Algo menos de interés.
- 2) Descenso moderado. Bastante menos interés.
- 3) Descenso severo. Casi nada o nulo interés.

2. ¿Ha notado algún retraso en la eyaculación/orgasmo?

- 0) Ningún retraso
- 1) Retraso leve o apenas apreciable
- 2) Retraso moderado y claramente apreciable.
- 3) Retraso intenso, incluso puede NO tener eyaculación/orgasmo.

3. ¿Ha notado incapacidad para eyacular/o tener orgasmo durante la relación sexual?

- 0) Nunca.
- 1) A veces: menos del 25% de las ocasiones.
- 2) A menudo: 25-75% de las ocasiones.
- 3) Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

4. ¿Ha notado dificultades de la erección o del mantenimiento de la misma una vez que inicia la actividad sexual? (lubricación vaginal en las mujeres)

- 0) Nunca.
- 1) A veces: menos del 25% de las ocasiones.
- 2) A menudo: 25-75% de las ocasiones.
- 3) Siempre o casi siempre: más del 75% de las ocasiones.

5. ¿Cómo acepta los cambios en la relación sexual que nos ha comentado anteriormente?

- 0) No ha habido disfunción sexual
- 1) Bien. Ningún problema por este motivo.
- 2) Regular. Le molesta la disfunción, aunque no ha pensado abandonar el tratamiento por este motivo. Interfiere en sus relaciones de pareja.
- 3) Mal. Le molesta mucho la disfunción sexual. Ha pensado en abandonar el tratamiento por esta causa o interfiere gravemente las relaciones de pareja