



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN ADULTOS MAYORES EN LA
CLÍNICA DE PSICOGERIATRÍA DEL HOSPITAL MORELOS DE PSIQUIATRÍA”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. SERGIO MARTÍN GONZÁLEZ MORENO

ASESOR TEÓRICO: DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

ASESOR METODOLÓGICO: DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

Coordinación de Enseñanza, Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México

MÉXICO, CDMX, ENERO, 2022.



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.

Índice

PORTADA	1
RESUMEN	3
MARCO TEÓRICO	4
ANTECEDENTES.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	17
VARIABLES GENERALES.....	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
ANEXO 3. ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE ARIZONA.....	41
ANEXO 4. ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL (IIFE-5).....	42
ANEXO 5. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF).....	44

RESUMEN

Antecedentes. El envejecimiento se asocia a cambios en la función sexual humana que pueden manifestarse como disfunción.

Objetivo. Conocer la prevalencia de disfunción sexual en los adultos mayores que asisten a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México

Metodología. Estudio observacional, transversal y descriptivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 60 años que asistieron a la consulta de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México. Se determinó la presencia de disfunción sexual (DS) en hombres y mujeres, utilizando la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5) y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

Resultados. La muestra constó de 68 participantes. Mediante la escala ASEX se obtuvo que el 47.2% de las mujeres y el 40.6% de los hombres tuvo alguna forma de disfunción sexual. Por medio del IFSF, el 47.2% de las mujeres reportó algún tipo de disfunción sexual, siendo el ítem más afectado "deseo" con 13.9%. A través del IIFE-5 el 40.6% de los hombres reportó algún grado de disfunción eréctil (DE), siendo DE leve la más frecuente (25%).

Conclusiones: La población que llega a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México tiene una alta prevalencia de disfunción sexual por lo que se requiere una mayor exploración de la vida sexual de nuestros pacientes

Palabras clave. Disfunción sexual, prevalencia, adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

El término “respuesta sexual” se refiere al conjunto de conductas y funciones directamente relacionadas con la estimulación sexual y la búsqueda de una meta sexual (1).

En 1966 Masters y Johnson idearon el primer modelo de respuesta sexual humana, que consiste en una progresión lineal a través de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (2).

En 1983, Helen Kaplan modificó el modelo de Masters y Johnson introduciendo un estadio de deseo (impulso neuropsicológico). El modelo de Kaplan consta de tres estadios: deseo, excitación y orgasmo (2).

En 2003, Rosemary Basson al reconocer la complejidad de la respuesta sexual femenina, propuso un modelo que consta de cuatro componentes: biología, psicología, factores socioculturales, y relaciones interpersonales (3).

El envejecimiento se asocia a cambios en la respuesta sexual fisiológica. El decremento de la función ovárica comienza a los 40 años y culmina con el cese completo de la menstruación a principios de los 50 con una disminución en la producción de estrógenos y testosterona lo que ocasiona atrofia del tejido urogenital, estrechamiento uterino y vaginal, disminución de la lubricación vaginal y una menor sensibilidad erótica del tejido del pezón, el clítoris y la vulva durante la actividad sexual. Existe además una baja del deseo sexual y de la capacidad de respuesta sexual (4).

En los hombres existen cambios relacionados con la disminución de la producción de testosterona; aunque el deseo sexual permanece relativamente estable, las erecciones son menos confiables y duraderas, y requieren más estimulación para lograrlas y mantenerlas. La eyaculación durante el orgasmo implica cantidades reducidas de líquido seminal, y el período refractario entre orgasmos puede aumentar de horas a días (4)

Aunque muchos hombres y mujeres (20-30%) se mantienen sexualmente activos hasta los 80 años, existe una menor probabilidad de comportamientos sexuales solitarios o en pareja a esta edad (5).

Si bien, con la edad existe una disminución en la satisfacción sexual, en términos de excitación, función eréctil y orgasmo, no en todos los casos se debe considerar la presencia de una disfunción sexual. Las disfunciones sexuales son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja. Son una

serie de síndromes no deseables para el individuo o para el grupo social y se presentan en forma recurrente y persistente (6).

Las disfunciones sexuales suelen ser multifactoriales e incluyen enfermedades médicas (neuropatía diabética, enfermedad vascular periférica, cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson y enfermedad pulmonar); enfermedades psiquiátricas (trastornos del estado de ánimo y ansiedad); uso de medicamentos (antihipertensivos, antiandrógenos y psicotrópicos) y factores de estrés psicosocial (pérdida de un ser querido, de un trabajo y vergüenza por los cambios en la apariencia corporal) (7).

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), las disfunciones sexuales son: Trastorno eréctil o disfunción eréctil (DE), Eyaculación retardada. Eyaculación prematura y Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón, Trastorno del interés/excitación sexual femenino, Trastorno orgásmico femenino y Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración (2).

El trastorno eréctil se caracteriza por una dificultad acentuada para obtener o mantener una erección durante la actividad sexual o por una reducción acentuada de la rigidez de la erección. Los síntomas deben estar presentes durante el 75-100% de los encuentros sexuales (2).

La eyaculación retardada se caracteriza por un retraso acentuado, infrecuencia o falta de eyaculación tras una excitación sexual normal que no es deseada por el sujeto y ocurre en el 75-100% de la actividad sexual con la pareja. Los síntomas se limitan habitualmente a que no se alcanza el orgasmo en la vagina durante la relación sexual (2).

La eyaculación prematura se define como una eyaculación recurrente con una mínima estimulación sexual antes, durante o poco después de la penetración (en aproximadamente 1 minuto) y antes de que la persona lo desee (2).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón está caracterizado por una deficiencia o ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales/eróticos y de deseo de actividad sexual (2).

Una combinación de datos persuasivos obtenidos por Basson et al muestran una marcada diversidad en las formas en que las mujeres experimentan el deseo sexual. Dichos hallazgos impulsaron un cambio en la nomenclatura del trastorno de deseo sexual hipoactivo por trastorno del interés/excitación sexual femenino (TIESF) el cual está caracterizado por un interés nulo o reducido en la actividad sexual, los pensamientos eróticos, la excitación sexual y/o la sensación genital y la falta de inicio de actividad sexual (8).

El trastorno orgásmico femenino se define como un retraso acentuado, infrecuencia o falta de intensidad del orgasmo que ocurre en el 75-100% de las ocasiones en que se mantiene una actividad sexual (2).

El trastorno génitopélvico/penetración combina en un diagnóstico las entidades del DSM-IV dispareunia (dolor genital persistente asociado a la relación sexual) y vaginismo (espasmo recurrente involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina). Los síntomas consisten en dificultades persistentes o recurrentes con dolor vulvovaginal o miedo a sentir dolor durante la relación sexual o penetración. Puede acompañarse de una tensión acentuada en los músculos del suelo de la pelvis durante el intento de penetración vaginal (2).

En general, las disfunciones sexuales tienen una mayor prevalencia en adultos mayores y a ello contribuyen múltiples factores como son los cambios fisiológicos que ocurren con la edad, enfermedades crónicas, efectos secundarios de medicamentos, mayor carga de enfermedades mentales y deterioro cognitivo. Además, existen factores sociales como la ausencia de una pareja y los estereotipos culturales (como la creencia de que los adultos mayores no disfrutan ni desean la actividad sexual) que influyen en la mayor morbilidad (9).

Las tasas de prevalencia de DS suelen ser más altas en mujeres que en hombres. Entre los factores que ayudan a explicar esta diferencia pueden encontrarse: literatura limitada sobre la frecuencia de los trastornos del interés y deseo en hombres, problemas sustanciales con la interpretación de los estudios que se han realizado en mujeres, dificultad en la comparación de resultados por los diferentes instrumentos que se utilizan y las características socioculturales de cada población (10).

ANTECEDENTES

En 1999 Laumann et al evaluaron la prevalencia y el riesgo de experimentar disfunción sexual en una cohorte demográficamente representativa de adultos estadounidenses desde 1992. La muestra constó de 1749 mujeres y 1410 hombres de 18 a 59 años. Se encontró que la disfunción sexual fue más prevalente en mujeres (43%) que en hombres (31%). En mujeres el problema más frecuente fue bajo deseo sexual (prevalencia del 22%) mientras que en hombres fue la eyaculación precoz (21% de prevalencia) (11).

Lindau et al estudiaron a una población estadounidense entre 2004-2006 que incluyó 1550 mujeres y 1455 hombres de entre 57 y 85 años. Mediante un cuestionario diseñado por los autores el 50% de los encuestados sexualmente activos informaron al menos un problema sexual. Los problemas más frecuentes en mujeres fueron: bajo deseo (43%), dificultad con la lubricación vaginal (39%) y la incapacidad para llegar al clímax (34%). Entre los hombres, el problema sexual más frecuente fue la disfunción eréctil (37%). Así mismo, se encontró que la actividad sexual disminuyó con la edad, 73% en el grupo de 57-64 años; 53% en 65-74 y 26% en 75-85 años (12)

Laumann et al analizaron a las mujeres sexualmente activas (n=651) de la población del estudio de Lindau (10) para determinar la probabilidad de experimentar disfunción sexual en los 12 meses anteriores. Mediante una entrevista cara a cara se interrogaron los siguientes datos: falta de interés en el sexo; problemas de excitación; problemas para lubricar; incapacidad para alcanzar un orgasmo; experimentar dolor durante las relaciones sexuales; no encontrar el sexo placentero; y ansiedad por el desempeño. El 43% de las mujeres sexualmente activas refirió algún tipo de disfunción sexual (13).

En 2009 Wong et al. evaluaron la prevalencia y los factores asociados con la actividad sexual y la disfunción eréctil en hombres chinos mayores de 65 años. El estudio de corte transversal evaluó a 1.566 sujetos mediante el Índice Internacional de Función Eréctil-5. El 69,4% de los participantes no tuvo relaciones sexuales en los últimos 6 meses. Un total de 475 sujetos tuvieron relaciones sexuales en los 6 meses anteriores. Entre estos hombres, el 88% tenía algún grado de disfunción eréctil, 77% padecía DE leve, 7,4% DE moderada y 4% DE grave (14).

Sathyanarayana et al. en 2015 evaluaron la prevalencia de trastornos sexuales en personas mayores de 60 años. En un estudio observacional, transversal y descriptivo con una muestra de 259 participantes mayores de 60 años los investigadores aplicaron la Escala de experiencia sexual de Arizona, el Índice internacional de función eréctil (IIFE-5) y el Cuestionario de la función sexual femenina. Se encontró que sólo el 27,4% de los individuos mayores de 60 años

eran sexualmente activos, descendiendo progresivamente a medida que avanzaba la edad y ninguno era sexualmente activo después de los 75 años. La disfunción eréctil fue prevalente en el 43,5% de los hombres sexualmente activos. El trastorno de la excitación fue prevalente en el 28% de las mujeres (15).

Kang et al en 2016 investigaron la prevalencia de DS en hombres coreanos mayores de 40 años (70,1% de los participantes tenían entre 40 y 60 años). Utilizando escalas validadas (IIEF-5 y la herramienta diagnóstica de eyaculación prematura: PEDT) se obtuvieron datos de 1207 participantes. El 64,9% presentó algún tipo de DS; se encontró disfunción eréctil en 43,7% y eyaculación precoz en 38,6%. La prevalencia de DS aumentó con la edad (50,5% para la edad de 40 a 49 años, 66,2% para la edad de 50 a 59, 76,9% para la edad de 60 a 69 y 88,9% para los mayores de 70 (16).

Ugarte et al en 2001 realizaron un estudio transversal y analítico en 1200 hombres mayores de 40 años del medio urbano mexicano. Mediante el IIEF-5 encontraron una prevalencia de disfunción eréctil de 55%; 37% de los casos tuvo DE leve, 10% DE moderada y 8% DE grave. La DE se presentó en el 80% de los sujetos en la edad de 61-70 años (17).

Bravo et al en 2005 realizaron un estudio para conocer la prevalencia de disfunción sexual pacientes de nuevo ingreso menores de 40 años en el Instituto Nacional de Perinatología. Se trató de una muestra 747 pacientes. En las mujeres se utilizó la "Historia clínica de la sexualidad femenina", cuestionario que consta de 182 preguntas y tiene un enfoque psicoanalítico. En el caso de los hombres se usó el "cuestionario de sexualidad masculina" se encontró una prevalencia de 52% de disfunción sexual en mujeres y 38.8% en hombres. Los trastornos más frecuentes en mujeres fueron: deseo sexual hipoactivo (22.6%), inhibición del orgasmo (21%), dispareunia (18.4%), inhibición de la excitación (14.8%) y vaginismo (9.1%). En los hombres la DS más frecuente fue eyaculación precoz (42.5%), seguido de trastorno eréctil (14.2%) (18).

En 2009 Wentzell et al estudiaron a una población de 750 hombres de 40 a 60 años en un hospital general de Cuernavaca del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mediante un cuestionario diseñado por los autores se encontró una prevalencia de disfunción eréctil del 29,7% (19).

Guadarrama et al en 2010 estudiaron a 100 hombres y mujeres mexicanos de 60 años pertenecientes a una clínica familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Ciudad de México para conocer las características de su actividad sexual y su relación con la calidad de vida. Los instrumentos de medición fueron una encuesta para la actividad sexual creada y validada en Chile y el Perfil de Salud de Nottingham para la calidad de vida. 77% de los participantes mencionó que la actividad sexual era muy importante, 60% consideró que ésta era insatisfactoria (20).

En 2018 López et al estudiaron a 171 mujeres del Hospital General de la Ciudad de México a las que se les aplicó el Cuestionario IFSF. La prevalencia de disfunción sexual hallada fue de 35%, la prevalencia aumentó con la edad: en menores de 30 años fue de 17% y en mujeres de 40-60 años de 66%. El trastorno más frecuente fue excitación deficiente (17%); seguido de lubricación disminuida (11%); disfunción del orgasmo (17%); (alteración de la satisfacción sexual (13%) y dispareunia (11%) (21).

Carranza et al en 2018 estudiaron a 110 mujeres de un hospital de ginecología y obstetricia de la ciudad de México en el rango de 40 a 59 años, mediante el índice de función sexual femenina (FSFI), se encontró una prevalencia de DS de 62,5% (22).

JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores componen el 12% de los habitantes del planeta (23).

En México residen 15.4 millones de personas mayores de 60 años (24).

En 1987 la OMS definió la «salud sexual» como un derecho básico del ser humano por lo que su evaluación como parte de la atención integral del adulto mayor se ha tornado en una obligación por parte del médico (25).

El interés en el estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales trasciende en la calidad de vida de nuestros pacientes, convirtiéndose el estado de salud sexual en un marcador eficaz del estado de salud general (26).

Se ha demostrado que el manejo de los problemas sexuales facilita el seguimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento farmacológico de otras patologías en adultos mayores como son: dislipidemias, diabetes, hipertensión arterial, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y problemas urológicos (27).

Considerando la dinámica demográfica y el impacto que tienen los trastornos sexuales en la salud del adulto mayor, es necesario profundizar en su comprensión. La detección de problemas sexuales en el ejercicio de la psiquiatría nos permite guiar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas (26).

El análisis de la prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores de 60 en la clínica de psicogeriatría nos permitirá conocer la epidemiología de dichos trastornos en el Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, generar líneas de investigación para estudiar los factores asociados y proponer estrategias de atención más precisas y focalizadas en la atención integral del adulto mayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las DS en mujeres mayores de 60 años se presentan hasta en el 50%(11).

Los factores que contribuyen a la alta prevalencia son heterogéneos: edad, deficiencia de estrógenos, enfermedades crónicas, depresión, ansiedad, tabaquismo, consumo de alcohol, acceso a la atención médica, historial de divorcio o la muerte del esposo y la vida separada del cónyuge. (28).

Las DS en hombres mayores de 60 años se presentan hasta en el 37%. (12).

La prevalencia está asociada con factores como estar soltero, hipertensión arterial, síntomas depresivos y síntomas del tracto urinario inferior (14).

Dada la notable frecuencia con que se presentan los problemas sexuales en población geriátrica, es preocupante que aún no sean una parte rutinaria del diagnóstico y la planificación terapéutica (29).

En el Proyecto Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento realizado en Estados Unidos (n=3005) solo el 38% de los hombres y el 22% de las mujeres informaron haber hablado de sexo con un médico después de cumplir 50 años (12).

En nuestro país se ha encontrado una frecuencia de 60% en el nivel de insatisfacción con la actividad sexual en adultos mayores, no obstante existen muy pocos datos sistemáticos referentes a la prevalencia de las DS en población geriátrica y estos muestran una gran variabilidad (20).

En las últimas dos décadas se ha obtenido una mayor comprensión a nivel global sobre los trastornos de la función sexual en el adulto mayor, no obstante en México todavía existe un gran desconocimiento al respecto.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y el tipo disfunción sexual en adultos mayores en la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México?

OBJETIVOS

General

- Conocer la prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores que asisten a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

Específicos

- Conocer la prevalencia de disfunción sexual en hombres
- Conocer la prevalencia de disfunción sexual en mujeres
- Identificar los tipos de disfunción sexual en hombres.
- Identificar los tipos de disfunción sexual en mujeres.
- Observar las características sociodemográficas en los grupos con disfunción sexual
- Determinar si existen diferencias por sexo en la prevalencia y en el tipo de disfunción sexual

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional, transversal y descriptivo.

Universo de estudio

Pacientes derechohabientes del IMSS del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México que asistieron a la clínica de psicogeriatría en el periodo de enero 2021-marzo 2021.

Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una técnica de recolección de datos por medio de encuesta auto-aplicada.

Tamaño de la muestra

Para obtener el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para una población finita, obteniéndose una muestra mínima de n=68.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

La muestra se determinó de acuerdo al promedio de asistencia a la clínica de psicogeriatría en los últimos 6 meses (N=82).

El nivel de confianza se estableció en 95%.

El error de estimación máximo fue de 5%.

La probabilidad de encontrar disfunción sexual se obtuvo con base en la encontrada (45%) en población mexicana por Bravo et al en 2005 (18).

N	95
Z	1.960
p	45
q	55
e	5

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes de 60 años o mayores, derechohabientes del IMSS, que asisten a la Clínica de Psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.
- Saber leer y escribir
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Tener diagnóstico de demencia

Procedimiento

- Se invitó a participar en el estudio a los pacientes que asistieron al consultorio de psicogeriatría
- De manera individual se dio a leer y firmar un consentimiento informado por parte del investigador.
- Se proporcionó una ficha de llenado con datos sociodemográficos.
- Se aplicó la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX).
- A los hombres se les aplicó el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5).
- En el caso de las mujeres se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

Instrumentos

La escala ASEX se compone de cinco ítems que evalúan las áreas básicas del funcionamiento sexual en hombres y mujeres: deseo, excitación, erección/lubricación vaginal, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. Los elementos se clasifican en una escala con seis opciones de respuesta, que van desde 1 a 6. Un puntaje global mayor o igual a 19, un puntaje mayor o igual a 5 en cualquier ítem, o cualesquiera tres ítems con un puntaje mayor o igual a 4, se considerarán indicativos de disfunción sexual. Se encuentra validada en español (30, 31).

El Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5) es un instrumento útil en la detección de disfunción eréctil. Para contestar a cada ítem, el paciente ha de utilizar una escala tipo Likert, unas veces de frecuencia, otras de intensidad, y otras de satisfacción. El puntaje de corte es de 41 puntos, así, 40 puntos o menos es indicativo de disfunción eréctil (DE). Se determinaron rangos de intensidad de DE para el IIEF. Un puntaje bruto de 0 a 11 corresponde a una DE

severa, de 12 a 23 a DE moderada, de 24 a 40 DE leve y de 41 a 75 corresponde a ausencia de DE. El IIFE se encuentra validado en español (32, 33).

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas. Se agrupa en seis dominios: deseo (ítems 1-2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, a mayor puntaje, mejor sexualidad. Un puntaje menor o igual a 26 es indicativo de disfunción sexual. El cuestionario se encuentra validado en español (34, 35).

VARIABLES DEL ESTUDIO

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y Nivel de medición	Fuente de información	Indicador
Disfunción sexual	Trastorno clínicamente significativo en la capacidad de responder sexualmente o de experimentar placer.	Un puntaje global mayor o igual a 19 en la escala ASEX o un puntaje mayor o igual a 5 en cualquier ítem, o cualesquiera tres ítems con un puntaje mayor o igual a 4, se considerarán indicativos de disfunción sexual	Cualitativa, nominal	Directa, mediante instrumento de recolección de datos	Frecuencias, porcentajes
Trastorno de la erección	Dificultad acentuada para obtener o mantener una erección durante la actividad sexual o reducción acentuada de la rigidez de la erección. Los síntomas deben estar presentes durante el 75-100% de los encuentros sexuales.	Un puntaje mayor a 4 en el Ítem 3ª de la escala ASEX Un puntaje menor a 40 en el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5)	Cualitativa, nominal	Directa, mediante instrumento de recolección de datos	Frecuencia, porcentajes
Trastorno del deseo sexual	Deficiencia o ausencia persistente o recurrente de	Un puntaje mayor a 4 en el ítem 1 de	Cualitativa,	Directa, mediante instrumento	Frecuencia, porcentajes

masculino hipoactivo	pensamientos o fantasías sexuales/eróticos y de deseo de actividad sexual.	la escala ASEX	nominal	de recolección de datos	
Trastorno del interés/excitación sexual femenino	Interés nulo o reducido en la actividad sexual, los pensamientos eróticos, la excitación sexual y/o la sensación genital y la falta de inicio de actividad sexual	Puntuación menor a 2 en las preguntas 1-2 del Índice de función sexual femenina (IFSF)	Cualitativa, nominal	Directa, mediante instrumento de recolección de datos	Frecuencia, porcentajes
Trastorno orgásmico femenino	Retraso acentuado, infrecuencia o falta de intensidad del orgasmo que ocurre en el 75-100% de las ocasiones en que se mantiene una actividad sexual	Un puntaje mayor a 4 en el ítem 4 de la escala ASEX Puntuación menor a 3 en las preguntas 11-13 del Índice de función sexual femenina (IFSF)	Cualitativa, nominal	Directa, mediante recolección de datos	Frecuencia, porcentaje
Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración.	Dificultades persistentes o recurrentes con dolor vulvovaginal o miedo a sentir dolor durante la relación sexual o penetración	Puntuación menor a 3 en las preguntas 17-19 del Índice de función sexual femenina (IFSF)	Cualitativa, nominal	Directa, mediante recolección de datos	Frecuencia, porcentaje

VARIABLES GENERALES

Variable	Definición operacional	Categoría	Tipo variable de	Análisis estadístico
Edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la inclusión en el estudio	Años	Cuantitativa, discreta	Media, desviación estándar
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Hombre, Mujer	Cualitativa nominal	Frecuencias, porcentajes, Chi-cuadrada
Estado Civil	Situación del paciente en el orden social y familiar, en relación con su pareja	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Cualitativa nominal	Frecuencias, porcentajes, Chi-cuadrada
Escolaridad	Conjunto de cursos que se ha estudiado hasta la actualidad	Primaria Secundaria Bachillerato Universidad Postgrado	Cualitativa, ordinal	Frecuencias, porcentajes, Chi-cuadrada

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo de investigación se llevó a cabo de acuerdo con el marco jurídico de la Ley General en Salud que clasifica la investigación como riesgo mínimo, porque se trata de un estudio observacional.

El estudio se apegó a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964) y ratificados en Río de Janeiro (2014).

El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación al Comité Local de Bioética e Investigación.

Se hizo uso correcto de los datos y se mantuvo absoluta confidencialidad de los mismos. Se requirió de firma de consentimiento informado para poder participar en el estudio con la opción de poder retirarse si el participante se sentía incómodo al estar respondiendo las preguntas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.25 para Windows para el procesamiento de los datos, en el cual se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial.

La investigación de la prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores se realizó mediante frecuencias y porcentajes.

Para determinar si existen diferencias por sexo en la prevalencia y en el tipo de disfunción sexual, se realizaron pruebas de chi cuadrado.

Se utilizaron gráficos para presentar la información.

RESULTADOS

La muestra constó de 68 participantes. El 52.9% de los sujetos fueron mujeres y el 47.1% hombres.

La edad mínima de los encuestados fue de 60 años y la edad máxima de 85 años con una edad media de 68.72 años.

Respecto al estado civil la mayor parte eran casados 32.4%, seguido por personas en unión libre 23.5%, divorciados 19.1%, viudos 16.2% y solteros 8.8%. El grupo donde proporcionalmente se presentaron más disfunciones sexuales fue en las personas solteras (5/6) (Gráficas 1 y 2).

El mayor porcentaje de la muestra tuvo el grado de escolaridad primaria 67.6%, seguido de secundaria 22.1%, bachillerato 8.8% y por último con estudios universitarios el 1.8%. (Gráfica 3).

25% de las mujeres y 24% de los hombres mencionaron no haber mantenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, por lo que se indicó que se respondieran las preguntas de acuerdo a su última experiencia sexual.

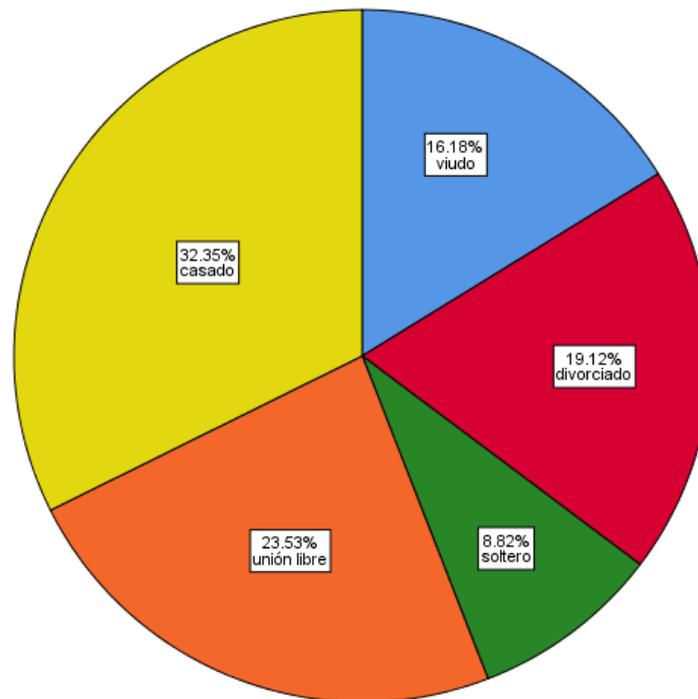
Mediante la escala ASEX se obtuvo que el 47.2% de todas las mujeres y el 40.6% de todos los hombres tuvo alguna forma de disfunción sexual. (Gráfica 4).

Por medio del IFSF, el 47.2% de las mujeres reportó algún tipo de disfunción sexual, siendo el ítem más afectado el correspondiente al deseo con un porcentaje de 13.9% (Gráficas 5-6), seguido de lubricación con 11.1% (Gráficas 9-10) orgasmo con 11.1% (Gráficas 11-12), excitación con 5.6% (Gráficas 7-8), satisfacción con 2.8% (Gráficas 13-14) y dolor 2.8%.

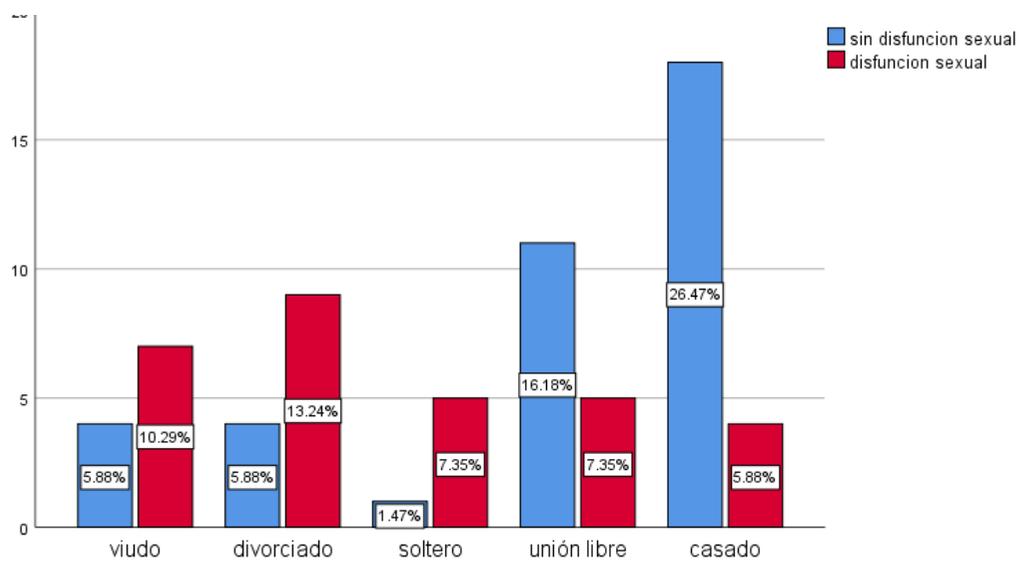
El 40.6% de los hombres tuvo una puntuación igual o mayor a 5 en la pregunta 3ª de la Escala ASEX (Gráfica 15).

A través del IIFE-5 el 40.6% de los hombres reportó algún grado de disfunción eréctil, siendo el grado leve el más frecuente 25%, seguido de moderado 12.5% y grave en 3.1%. (Gráfica 16)

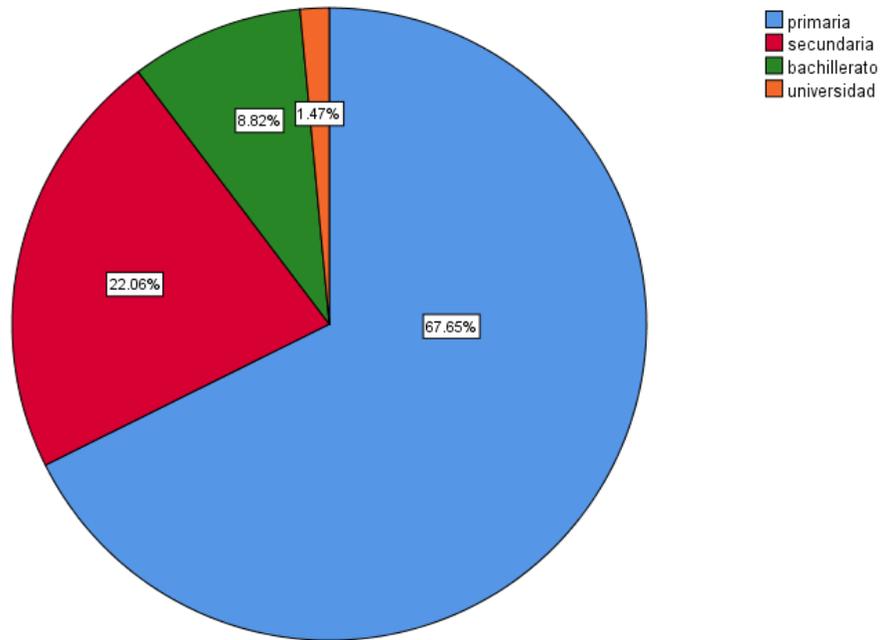
Gráfica 1. Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil



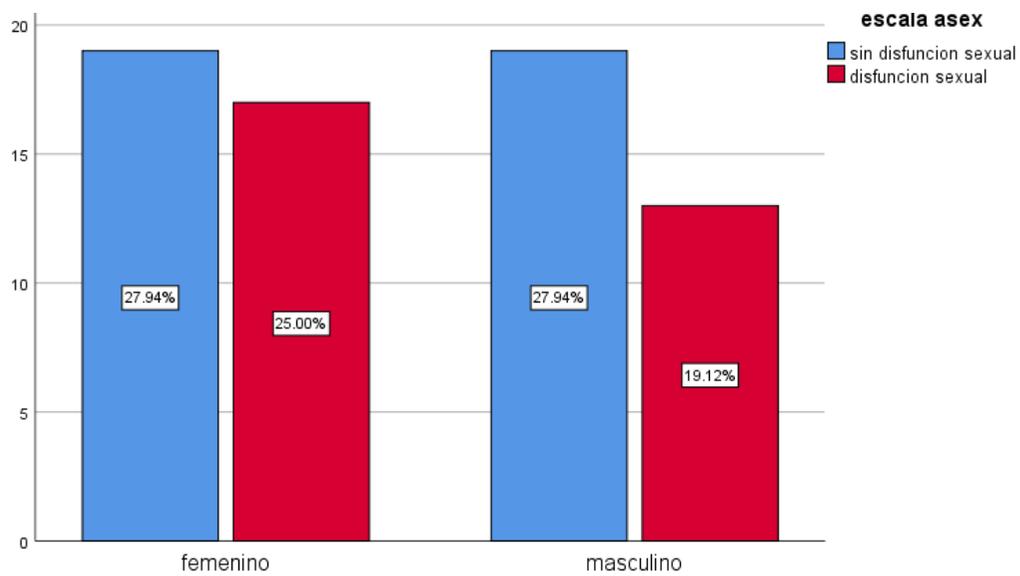
Gráfica 2. Relación entre estado civil y disfunción sexual



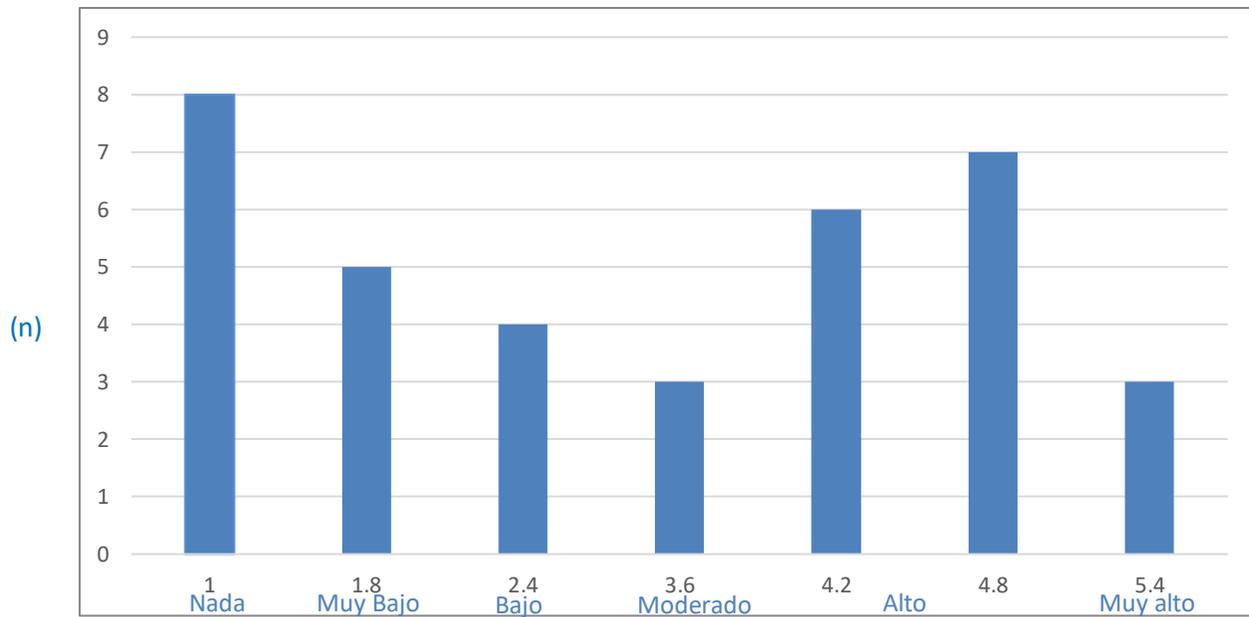
Gráfica 3. Distribución de la muestra de acuerdo al grado de escolaridad



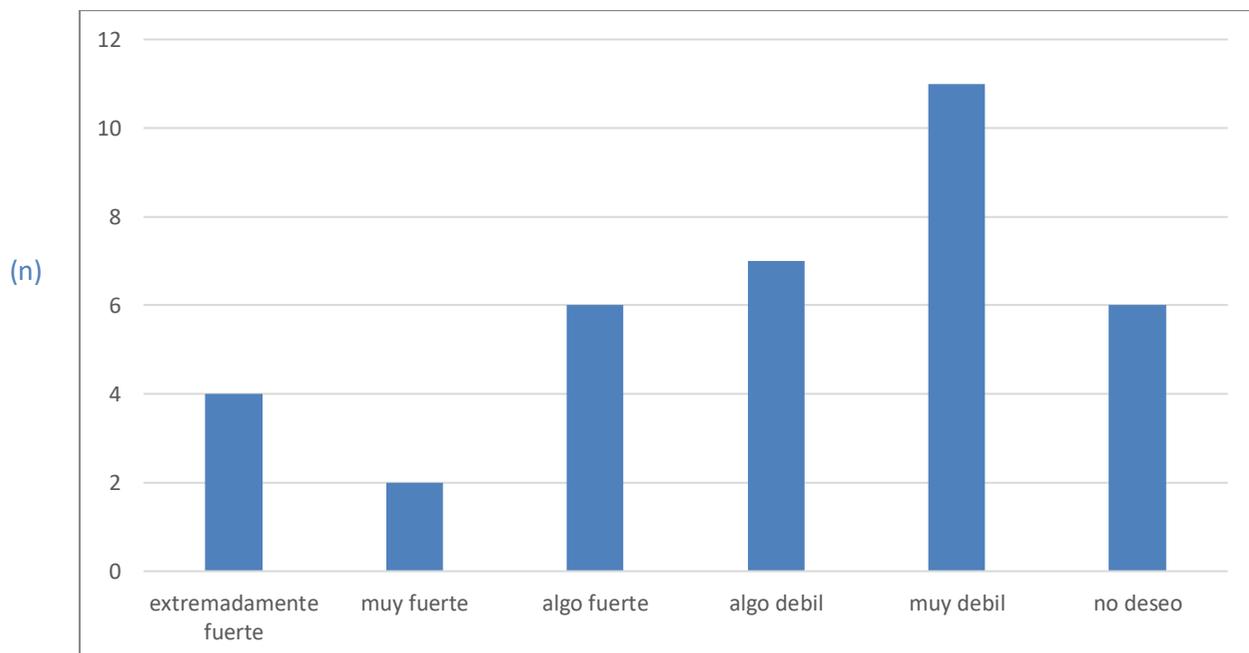
Gráfica 4. Disfunción sexual por sexos de acuerdo a escala ASEX



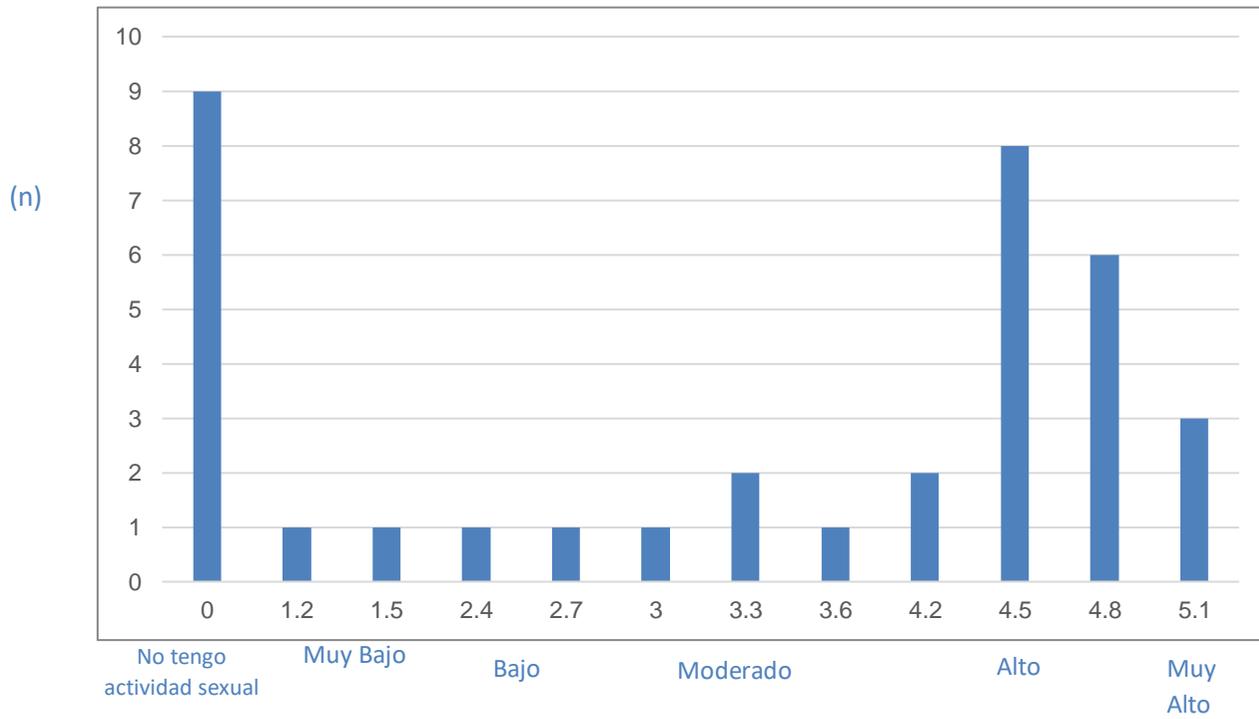
Gráfica 5. Frecuencia del nivel de deseo de acuerdo a IFSF



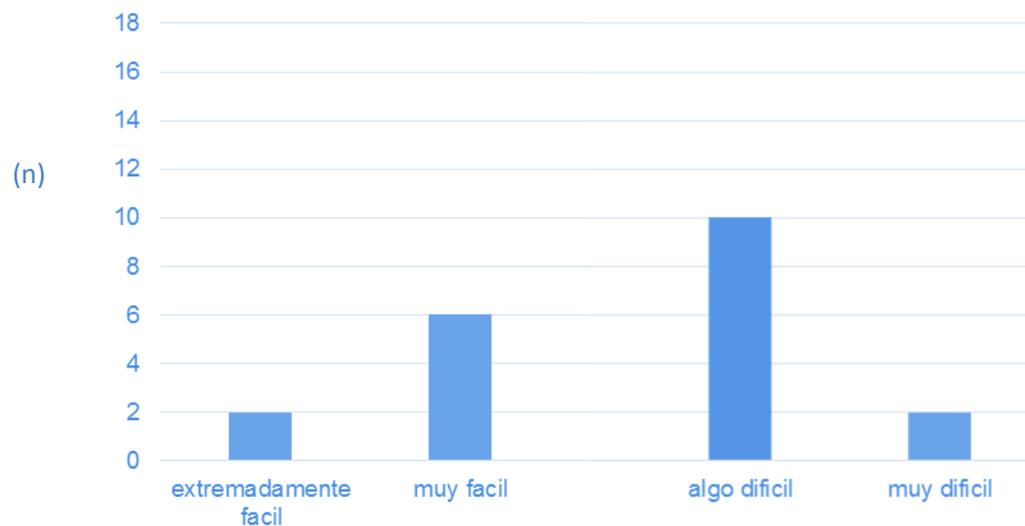
Gráfica 6. Pregunta 1 Escala ASEX ¿Qué tan fuerte es su deseo?



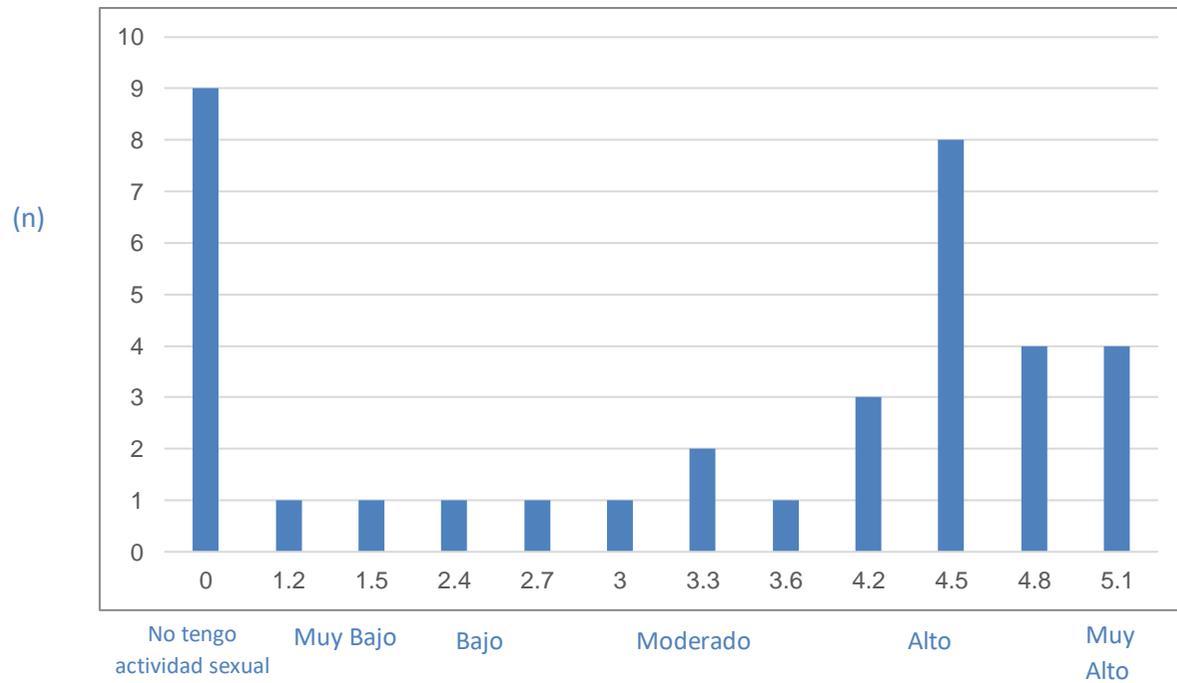
Gráfica 7. Frecuencia y nivel de excitación de acuerdo a puntuación en IFSF



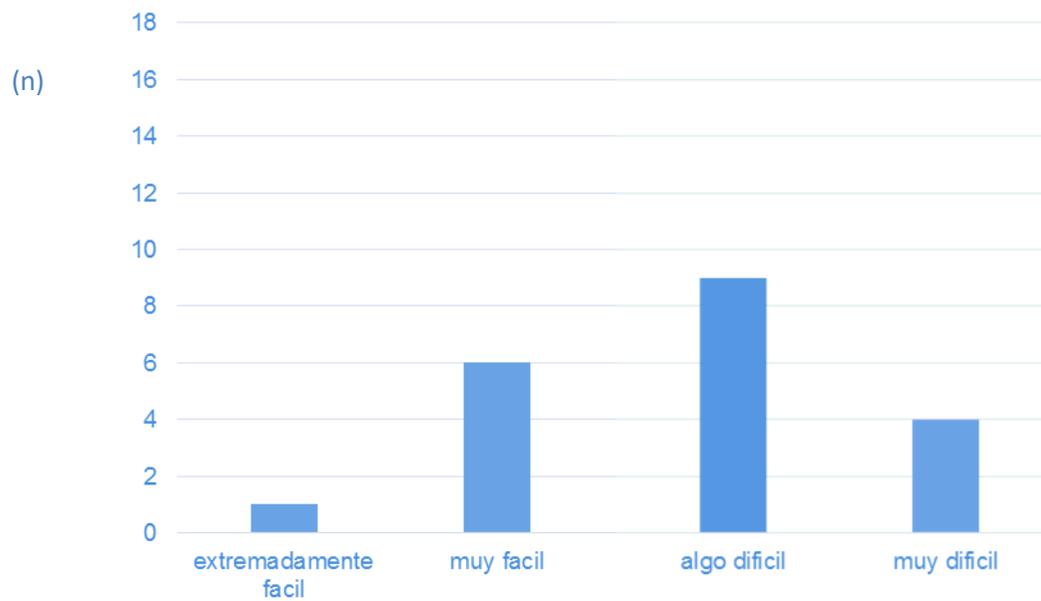
Gráfica 8. Pregunta 2 Escala ASEX ¿Con que facilidad se excita sexualmente?



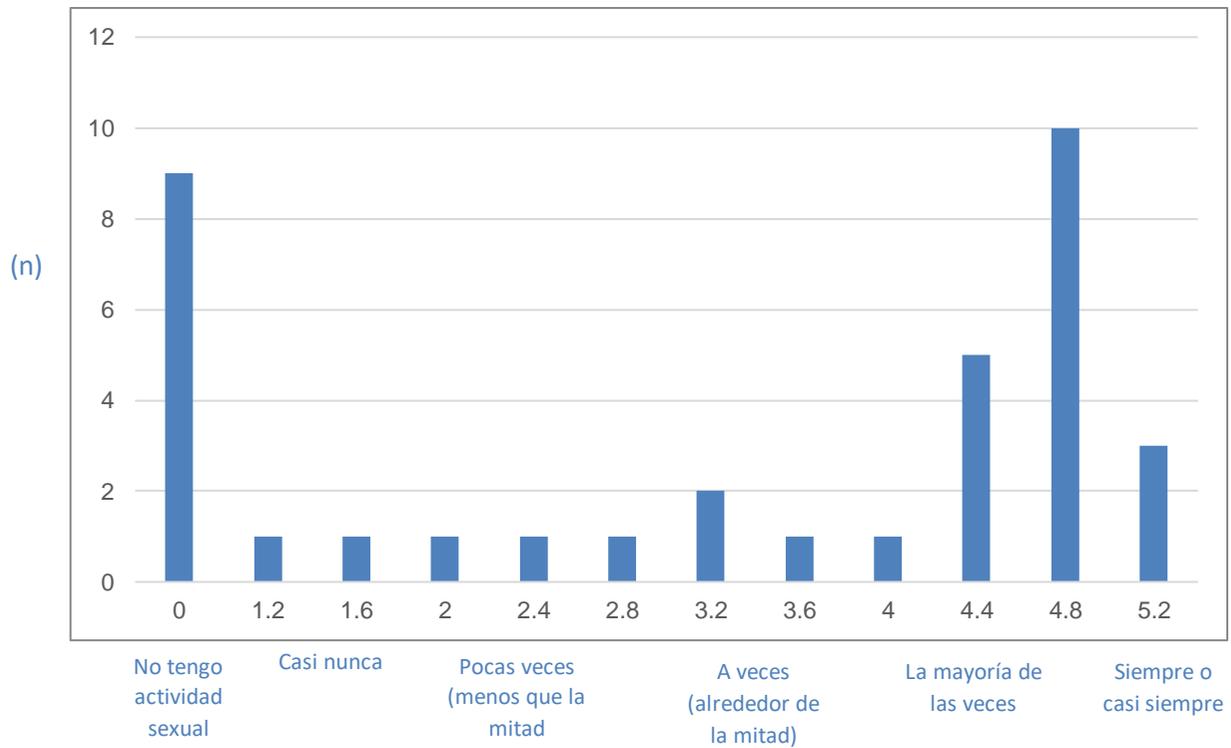
Gráfica 9. Nivel y frecuencia de lubricación de acuerdo a IFSF



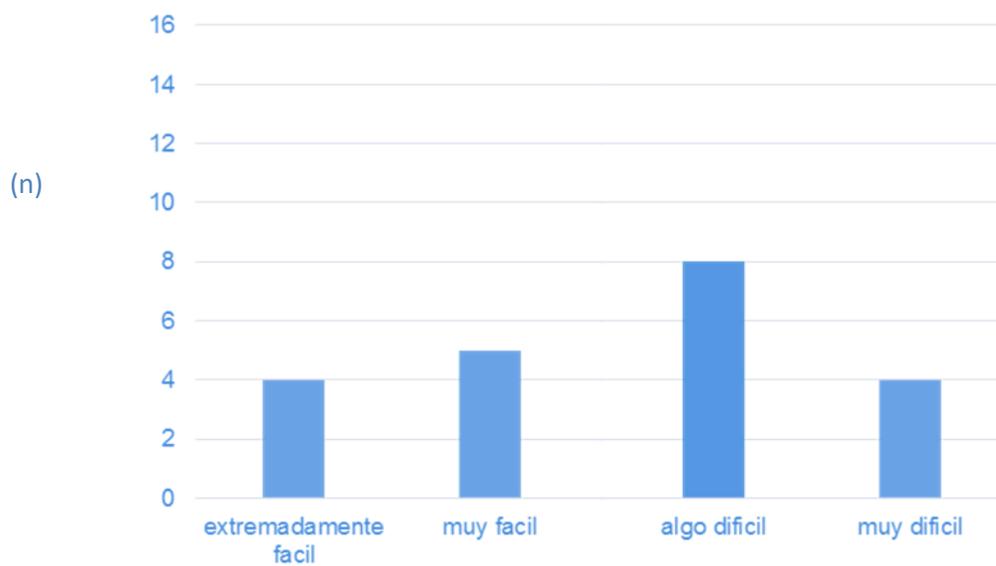
Gráfica 10. Pregunta 3b Escala ASEX ¿Con que facilidad su vagina se vuelve humeda durante la actividad sexual?



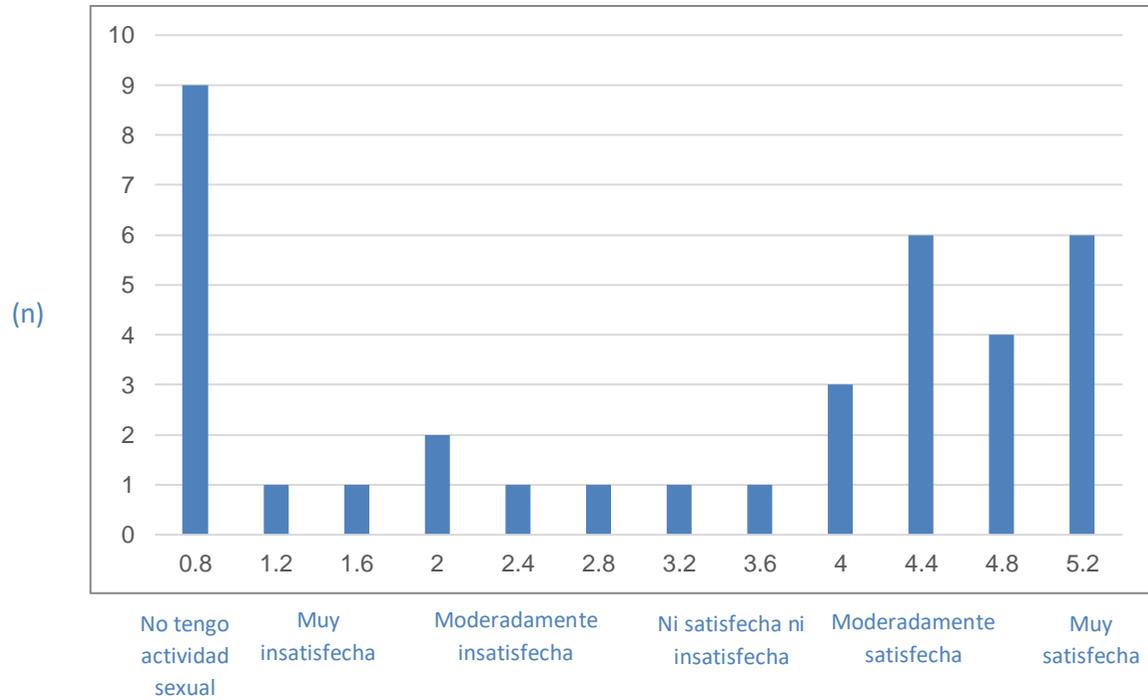
Gráfica 11. Frecuencia con la que se alcanza el orgasmo de acuerdo a IFSF



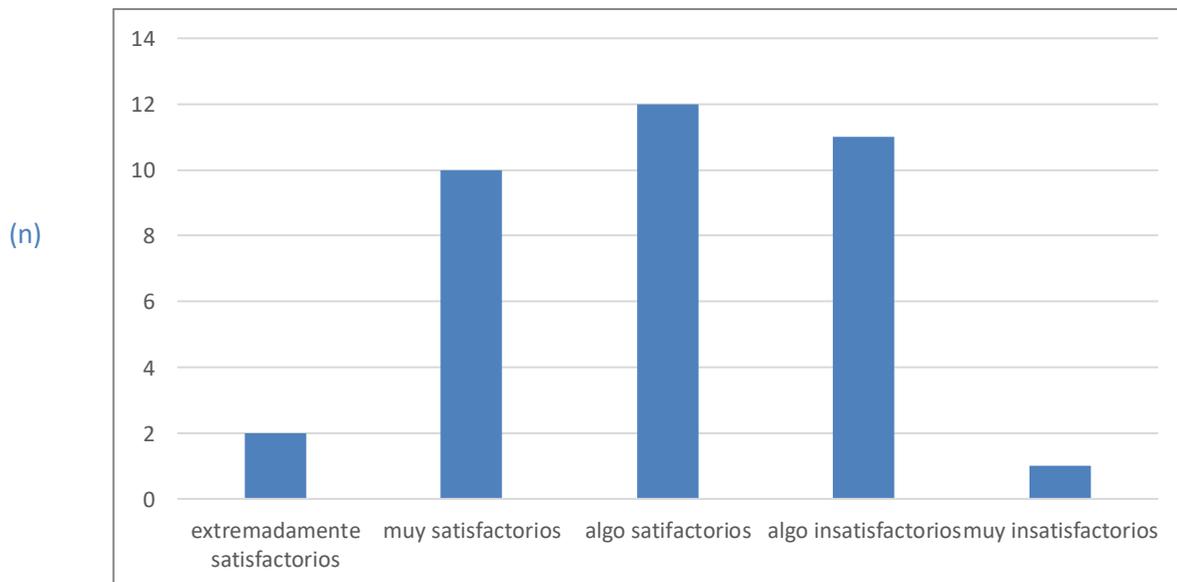
Gráfica 12. Pregunta 4 Escala ASEX ¿Con que facilidad alcanza el orgasmo?



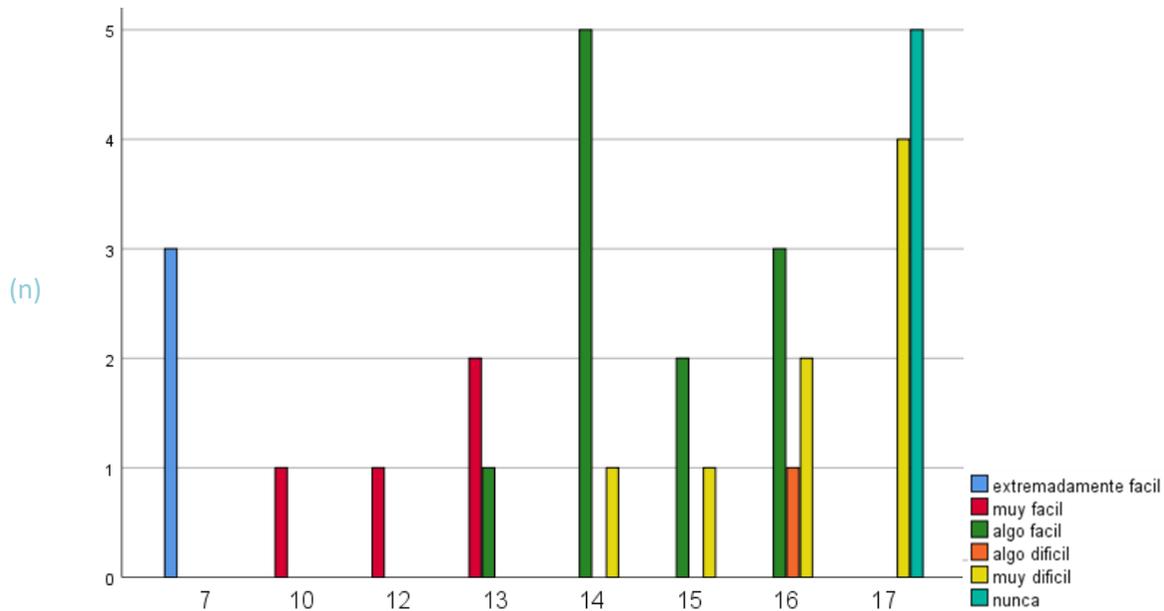
Gráfica 13. Satisfacción con su capacidad para alcanzar el orgasmo de acuerdo a IFSF



Gráfica 14. Pregunta 5 Escala ASEX ¿Sus orgasmos son satisfactorios?

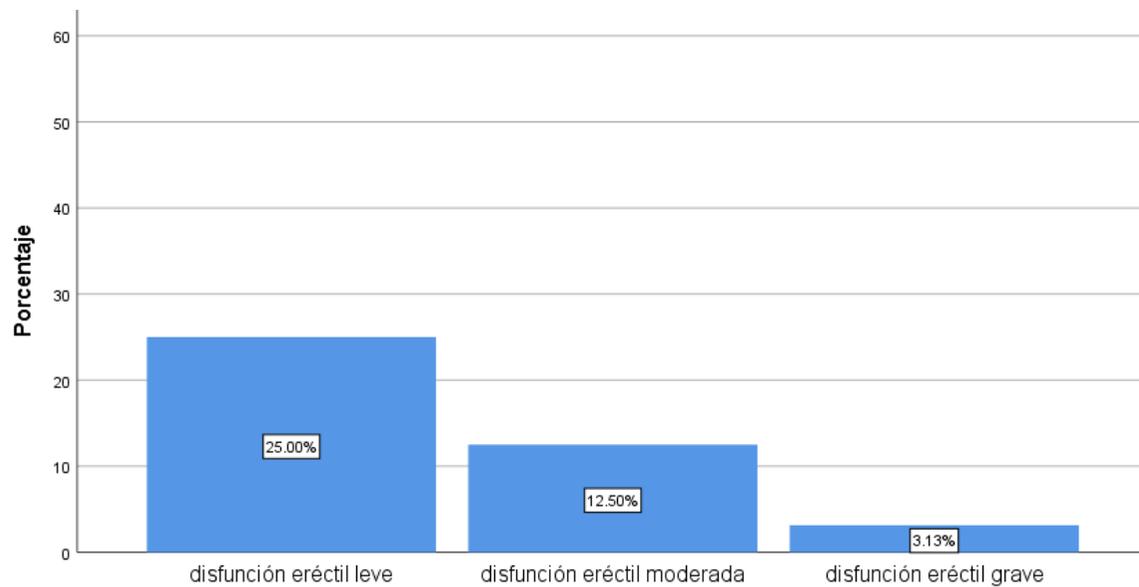


Gráfica 15. Pregunta 3ª (¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?) y puntuaciones totales Escala ASEX



Puntuaciones totales y respuestas obtenidas a la pregunta 3ª (varones)

Gráfica 16. Grados de disfunción eréctil (DE) de acuerdo a IIFE-5



DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores la cual resultó ser mayor en mujeres (47.2%) que en hombres (40.6%) (Gráfica 4). Autores como Bravo et al (18) han observado esta diferencia y en su estudio encontraron que la falta de información y las experiencias sexuales traumáticas jugaron un papel muy importante en la mayor prevalencia de DS en mujeres.

Las cifras resultaron ser diferentes al estudio que se tomó como referencia de Bravo et al en donde se encontró una prevalencia de DS mayor en mujeres (52%) y menor en hombres (38.8%) respecto a nuestro estudio. En su caso la población estudiada era menor de 40 años (18).

Las cifras de DS en nuestro estudio son menores a las encontradas por Lindau en 2007, donde se informó un problema sexual en el 50% de población estadounidense sexualmente activa en el mismo rango de edad (12).

En nuestros resultados hay hombres y mujeres que indicaron no haber tenido experiencias sexuales en el último mes. Si, como parece probable, algunos encuestados eran sexualmente inactivos porque tenían un problema sexual, las prevalencias de problemas sexuales presentadas en este estudio son subestimaciones de las prevalencias "verdaderas", algo similar a lo reportado por Laumann en donde solo 68% de todos los hombres y 42% de las mujeres informaron haber tenido relaciones sexuales en pareja en el año anterior (13).

El rango de edad en que se encontraban los participantes de nuestro estudio fue de 60-85 años. No se encontró una diferencia significativa de actividad y problemas sexuales en los pacientes de mayor edad, a diferencia del estudio de Sathyanarayana en donde sólo el 27,4% de los individuos mayores de 60 años eran sexualmente activos y ninguno era sexualmente activo después de los 75 años (15). De igual manera en el estudio de Lindau existió una disminución en la actividad sexual y un aumento de los problemas sexuales en los participantes de mayor edad (12)

El estado civil donde proporcionalmente se presentaron menos disfunciones sexuales fue en las personas casadas (Gráfica 2). Nuestros resultados son comparables al estudio de Wang et al donde se encontró que el estar casado se asociaba con una mayor posibilidad de mantener la vida sexual y menor disfunción (36).

La mayoría de nuestros participantes tuvieron como escolaridad primaria aunque eso no representó una diferencia en la distribución de las DS (Gráfica 3). Esto difiere del estudio de Guadarrama et al (20) donde se encontró una asociación entre una instrucción más alta y una mayor satisfacción con la vida sexual.

Es necesario realizar estudios analíticos con una muestra más grande para aclarar si existe una asociación significativa de las características sociodemográficas con la presencia de disfunciones sexuales.

Se encontró consistencia entre las puntuaciones del IFSF y las respuestas a la escala ASEX. En el dominio de deseo la mayoría de las mujeres tuvo puntuaciones bajas en IFSF y las respuestas más comunes a la pregunta 1 de la escala ASEX fueron deseo “muy débil” y “no deseo” (Gráficas 5 y 6).

Nuestros resultados distan mucho del estudio de Lindau donde se encontró una alta prevalencia de bajo deseo en mujeres (12). En dicho estudio se utilizó un cuestionario diseñado por los autores con respuestas dicotómicas sobre la presencia de un problema sexual (interés, excitación, orgasmo, dolor, satisfacción). En los que respondieron positivamente se pidió que calificaran el grado en que les molestó (“mucho”, “algo” o “nada”). En nuestro caso usamos el Índice Femenino de la Función Sexual cuya fiabilidad y consistencia ha sido probada en otros estudios, lo que puede explicar la diferencia en los resultados

En nuestro estudio el tipo de disfunción más frecuente en mujeres fue bajo deseo (13.9%). Es probable que las mujeres que respondieron haber tenido bajo deseo también presentaran problemas en otros dominios lo que no pudo evaluarse ya que ninguna de ellas reportó haber tenido actividad sexual en las 4 semanas previas.

Aunque el “bajo deseo” en mujeres es el trastorno que se encuentra con mayor frecuencia en población geriátrica en la literatura, es importante reconsiderar el diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual tomando en cuenta el modelo de Rosemary Basson donde se incluyen factores biológicos, psicológicos, socioculturales e interpersonales que influyen en el deseo sexual. Es preciso tener información más exacta sobre la cantidad de mujeres con “bajo deseo” (37).

En nuestro estudio se encontró que los ítems de excitación, lubricación, y orgasmo tuvieron puntuaciones bajas en la mayoría de las mujeres, en consonancia con la respuestas de tipo “algo difícil” y muy difícil” a las preguntas 2, 3b y 4 de la escala ASEX (Gráficas 7-12). Es imperioso considerar las investigaciones de Basson en donde se plantea que las medidas físicas de la excitación femenina (como el aumento de las secreciones vaginales) se correlacionan poco con la satisfacción sexual. Dicho modelo además discurre que la satisfacción sexual puede inducirse por elementos como la cercanía emocional y conseguirse sin un deseo directo (38).

En el caso de los hombres se detectó la presencia de DE mediante la escala ASEX, aplicando el criterio de una puntuación mayor a 5 en cualquier ítem. De manera global y en el resto de los ítems, ninguno de los participantes superó la puntuación para considerar otra disfunción sexual (Gráfica 15). En este estudio no

se hizo detección de eyaculación precoz (EP) lo que influye en los resultados ya que algunos autores como Kang et al han reportado una alta prevalencia de EP en este grupo de edad (16).

La presencia de DE en nuestro estudio fue corroborada con el IIFE-5 en donde se encontró que el 40.6% de los participantes tuvo algún grado de disfunción eréctil, la mayoría de ellos con DE leve (Gráfica 16). La prevalencia es menor a la encontrada en el estudio de Ugarte et al (17) donde se encontró disfunción eréctil en 55% de los participantes, la mayoría de ellos también con DE leve. La mayor prevalencia en dicho estudio puede ser explicada por incluir un mayor rango de edad (mayores de 40 años).

La prevalencia de nuestro estudio es mayor a la encontrada por Wentzell en población mexicana (29,7%). En su caso se estudiaron hombres de 40 a 60 años (19).

Nuestros resultados difieren en gran medida de los encontrados por Wong et al en donde se encontró DE en 88% de los sujetos, la mayoría de ellos padecía DE leve (14).

Entre las fortalezas de nuestro estudio se encuentra el uso de instrumentos validados que se han utilizado en investigaciones internacionales. Además es uno de los pocos realizados en nuestro país donde se incluye a hombres y mujeres mayores de 60 años en la misma muestra, a diferencia de estudios anteriores en donde se les evalúa de manera separada.

Entre las limitaciones se encuentra la naturaleza unicéntrica y una muestra elegida de manera no aleatoria con una población que presenta comorbilidades psiquiátricas y usa psicofármacos lo que limita la generalización y no permite extrapolar los resultados al resto de la población.

Al igual que en la mayoría de los estudios epidemiológicos solamente se realizó detección de las DS mediante instrumentos de medición. Para realizar el diagnóstico se requieren criterios específicos, permanencia de los síntomas durante un tiempo determinado y deterioro funcional en la vida del paciente lo que requiere una evaluación integral.

Empero, la detección de pacientes con DS representa un avance y una oportunidad para una valoración más detallada y un manejo acorde a las características de cada individuo que debe incluir terapia sexual y/o medicación y educación sobre los procesos asociados con el envejecimiento normal (39)

Dicho manejo se llevó a cabo con los participantes de nuestro estudio que resultaron tener alguna disfunción.

Por último se trata de un estudio observacional y transversal que no permite establecer asociaciones causales. Sin embargo, puede ser el antecedente para realizar estudios analíticos y longitudinales que nos permitan profundizar en el conocimiento de las disfunciones sexuales y replantear las estrategias de prevención y tratamiento en el adulto mayor.

CONCLUSIONES

La población que llega a la clínica de psicogeriatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México tiene una alta prevalencia de disfunción sexual en comparación con población más joven de nuestro país y ligeramente inferior a la encontrada en población de la misma edad en otros países.

Es necesario realizar una exploración más profunda de la vida sexual de nuestros pacientes y evaluar su funcionamiento de manera integral, ya que existen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que aumentan las disfunciones sexuales en esta edad y afectan la calidad de vida. En el futuro se deberán realizar estudios analíticos para determinar dichos factores y la manera en que se pueden modificar.

Se debe interrogar propositivamente sobre la presencia de disfunción sexual en adultos mayores durante nuestra consulta diaria y brindar un manejo acorde a las necesidades de cada persona, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ruesink GB, Georgiadis JR. Brain imaging of human sexual response: Recent developments and future directions. *Curr Sex Health Rep* [Internet]. 2017;9(4):183–91.
2. Shafer, L. Sexual disorders and sexual dysfunction. En Stern, T. A. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. 2018. pp. 402-412.
3. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 2000; 26 (1): 51–65.
4. Agronin ME, Westheimer RK. Sexuality and Sexual Disorders in the Elderly. In: *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 2nd ed, Agronin ME, Maletta GJ (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011. p.603.
5. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Middlestadt SE, et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. *J Sex Med*. 2010;7 Suppl 5:315–29.
6. Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En CONAPO (ed.) *Antología de la sexualidad humana*. Miguel Ángel Porrúa, I: 17-46, México, 1994.
7. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med*. 2016;13(2):153–67
8. O’Loughlin JI, Basson R, Brotto LA. Women with hypoactive sexual desire disorder versus Sexual Interest/arousal disorder: An empirical test of raising the bar. *J Sex Res*. 2018;55(6):734–46.
9. Slack P, Aziz VM. Sexuality and sexual dysfunctions in older people: a forgotten problem. *BJPsych Adv* [Internet]. 2020;26(3):173–82.
10. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(2):144–52.
11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537–44.
12. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(8):762–74.
13. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S.

- probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med.* 2008;5(10):2300–11.
14. Wong SYS, Leung JCS, Woo J. Sexual activity, erectile dysfunction and their correlates among 1,566 older Chinese men in Southern China. *J Sex Med.* 2009;6(1):74–80.
 15. Sathyanarayana Rao TS, Ismail S, Darshan MS, Tandon A. Sexual disorders among elderly: An epidemiological study in south Indian rural population. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(3):236–41.
 16. Kang SY, Lee JA, Sunwoo S, Yu B-Y, Lee JH, Cho CH, et al. Prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in middle-aged and elderly Korean men in primary care. *J Sex Res.* 2016;53(9):1165–78.
 17. Ugarte-y-Romano F, Barroso-Aguirre J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum.* Vol. 15 no. 4; Octubre-Diciembre 2001.
 18. Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S, Gómez-López M. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México Salud Mental [serial on the Internet]. 2005 January 1; [Cited 2022 January 25]; 28(4): 74-80.
 19. Wentzell E, Salmerón J. Prevalence of erectile dysfunction and its treatment in a Mexican population: distinguishing between erectile function change and dysfunction. *J Mens health.* 2009;6(1):56–62.
 20. Guadarrama RM, Ortiz ZMC, Moreno CYC, et al. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir.* 2010;15(2):72-79.
 21. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Urol.* 2018;78(3):169-175.
 22. Carranza-Lira S, Núñez F. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre- and postmenopausal Mexican women. *Menopausal Review.* 2018;17(1):39-42.
 23. United Nations Population Division. In: *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures.* New York, NY: Springer New York; 2010. p. 4343–4.
 24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018.*
 25. World Health Organization(WHO). *Teaching of human sexuality in schools for health professionals.* Genève, Switzerland: World Health Organization; 1987.
 26. Clayton AH, Harsh V. Sexual function across aging. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(3):28.

27. Verschuren JEA, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JHB, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res.* 2010;47(2):153–70.
28. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, Majd HA. The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women Health.* 2018;58(10):1112–23.
29. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med.* 2007;4(1):29–37.
30. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):25–40.
31. Santos-Iglesias P, Castro Á, Barbosa M, Nobre PJ. Sexual functioning in Spanish and Portuguese young adults: Initial validation of the Arizona sexual experience scale. *Int J Sex Health.* 2017;29(2):155–67.
32. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49(6):822–30.
33. Hernández R, Thieme T, Araos F. Adaptación y análisis psicométrico de la versión española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en población chilena. *Terapia psicológica.* 2017 Dec; 35(3):223-30.
34. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191–208.
35. Blümel M JE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco A V, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice DE función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad DE la Mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet].* 2004; 69(2).
36. Wang T-F, Lu C-H, Chen I-J, Yu S. Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan: Sexuality of older people in Taiwan. *J Clin Nurs [Internet].* 2008; 17(4):443–50.
37. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *BJOG [Internet].* 2002; 109(4):357–63.
38. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med [Internet].* 2006;354(14):1497–506.
39. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling in elderly couples. *J Sex Med [Internet].* 2008; 5(9):2027–43.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores de 60 años en la clínica de psicogeriatría del hospital de psiquiatría "Morelos"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México. Febrero del 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se va a estudiar la prevalencia de disfunción sexual en adultos mayores de 60 años
Procedimientos:	Su participación consistirá en contestar 2 cuestionarios. Estos cuestionarios ayudaran a identificar la presencia de disfunción sexual. Usted se llevara aproximadamente un tiempo de 5-10 minutos para contestar cada cuestionario.
Posibles riesgos y molestias:	Usted no experimentará alguna molestia al contestar el cuestionario. Algunas preguntas podrían generar incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que obtendrá usted al participar en el estudio es conocer más acerca de su padecimiento y poder realizar un mejor manejo
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No se entregaran resultados verbalmente o por escrito, pero en caso de presentar disfunción sexual, se le informara para iniciar su tratamiento.
Participación o retiro:	Usted conserva su derecho a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee o considere conveniente, sin repercusión alguna sobre la atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial y solo para fines del estudio presente.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Sergio Martín González Moreno. Residente de tercer año de la especialidad de psiquiatría. Teléfono: 5536734077. Correo electrónico: zergioxmartin@gmail.com

Colaboradores: Dr. Miguel Palomar Baena. Coordinador de educación e investigación en salud del Hospital de Psiquiatría "Morelos" de la Ciudad de México.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP: 02990, Ciudad de México.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma de testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma de testigo 2



**ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO

Hospital de Psiquiatría Morelos

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS EN LA CLÍNICA DE PSICOGERIATRÍA
DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS"**

Iniciales: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

No. expediente: _____

<p>Estado civil</p> <p>() Soltero</p> <p>() Casado</p> <p>() Viudo</p> <p>() Divorciado</p> <p>() Unión libre</p>	<p>Puntos ASEX _____</p>
<p>Escolaridad:</p> <p>() Primaria</p> <p>() Secundaria</p> <p>() Bachillerato</p> <p>() Universidad</p> <p>() Postgrado</p>	

ANEXO 3. ESCALA DE EXPERIENCIA SEXUAL DE ARIZONA

Para cada ítem, por favor, indique su nivel *global* durante la *última semana*, incluyendo *el día de hoy*.

1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Algo fuerte	Algo débil	Muy débil	No deseo

2. ¿Con qué facilidad se excita sexualmente?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca excitado/a

3a. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca

3b. Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca

4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca alcanza el orgasmo

5. Sus orgasmos, ¿son satisfactorios?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente satisfactorios	Muy satisfactorios	Algo satisfactorios	Algo insatisfactorios	Muy insatisfactorios	No puede alcanzar el orgasmo

ANEXO 4. ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL (IIFE-5)

Encierre en un círculo según corresponda. Marque una sola opción por cada ítem

1. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual?					
0	1	2	3	4	5
No tuvo actividad sexual	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia fue suficiente la rigidez de su erección para la penetración?					
0	1	2	3	4	5
No tuvo actividad sexual	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. Durante las últimas 4 semanas, al intentar la penetración de su pareja ¿Con qué frecuencia lo logró?					
0	1	2	3	4	5
No intentó una relación sexual	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?					
0	1	2	3	4	5
No intentó una penetración	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. Durante las últimas 4 semanas, durante la penetración de su pareja ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?					
0	1	2	3	4	5
no intentó una relación sexual	Sumamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	No fue difícil
6. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces intentó la penetración de su pareja?					
0	1	2	3	4	5
Ninguna	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 a 10 veces	11 ó más veces
7. Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó la penetración de su pareja ¿Con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted?					
0	1	2	3	4	5
No intentó una penetración	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto ha disfrutado de la penetración de su pareja?					
0	1	2	3	4	5
No intentó una penetración	Nada	No mucho	Suficiente	Mucho	Muchísimo
9. Durante las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual general (penetración, caricias sexuales, juegos sexuales y/o masturbación) ¿con qué frecuencia eyaculó?					
0	1	2	3	4	5
No tuvo actividad sexual	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

10. Durante las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual general (penetración, caricias sexuales, juegos sexuales y/o masturbación) ¿Con qué frecuencia tuvo una sensación de orgasmo (con o sin eyaculación)?					
0 No tuvo actividad sexual	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Algunas veces	4 Casi siempre	5 Siempre
11. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido el deseo de tener una experiencia sexual?					
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Algunas veces	4 Casi siempre	5 Siempre
12. Durante las últimas 4 semanas ¿Cómo calificaría su nivel de deseo de tener una experiencia sexual?					
0 Ausente	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Moderado	4 Elevado	5 Muy elevado
13. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?					
	1 Muy satisfecho	2 Moderadamente satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Moderadamente satisfecho	5 Muy satisfecho
14. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuál ha sido el grado de satisfacción experimentado por usted al penetrar a su pareja?					
0 No intentó una penetración	1 Muy satisfecho	2 Moderadamente satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Moderadamente satisfecho	5 Muy satisfecho
15. Durante las últimas 4 semanas ¿Cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?					
0 Ausente	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Moderado	4 Elevado	5 Muy elevado

ANEXO 5. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

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

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca | 1 puntos |

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Muy alto | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada | 1 puntos |

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

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca | 1 puntos |

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alto | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alto | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderado | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Bajo | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada | 1 puntos |

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Muy alta confianza | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> Alta confianza | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> Moderada confianza | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Baja confianza | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca | 1 punto |

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

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) | 2 puntos |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca | 1 puntos |

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

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual | 0 puntos |
| <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre | 5 puntos |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) | 4 puntos |
| <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) | 3 puntos |
| <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) | 2 puntos |

- Casi nunca o nunca 1 puntos
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil
- 5 puntos
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre la mantengo 5 puntos
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) 4 puntos
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final 1 puntos
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 5 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 4 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 puntos
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos

- Muy insatisfecha 1 puntos
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 puntos
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Siempre o casi siempre 1 puntos
- La mayoría de las veces (más que la mitad) 2 puntos
- A veces (alrededor de la mitad) 3 puntos
- Pocas veces (menos que la mitad) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy alto 1 puntos
- Alto 2 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

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