



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina



**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria.
Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.**

Evaluación de la función sexual femenina y su relación con la calidad de vida y factores comorbidos en pacientes de la clínica de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.

**PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
PRESENTA:**

KIOKO TSUYUMI SORIA CASTRO.

Asesores:

**Dr. Eusebio Rubio Auriolos.
Asesor Teórico**

**Dra. Claudia Fouilloux Morales.
Asesora Metodológica.**

México, D. F. 03 de agosto del 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

| | |
|--|-------------|
| LISTA DE TABLAS | III |
| LISTA DE GRAFICAS | IV |
| LISTA DE FIGURAS | IV |
| AGRADECIMIENTOS | V |
| ABREVIATURAS | VII |
| RESUMEN | VIII |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| <hr/> | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| JUSTIFICACIÓN | 35 |
| OBJETIVOS | 16 |
| OBJETIVO GENERAL | 16 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 16 |
| | |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 17 |
| <hr/> | |
| TIPO DE ESTUDIO | 17 |
| POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | 17 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | 18 |
| VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN | 18 |
| RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 27 |
| IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO | 28 |
| | |
| RESULTADOS | 29 |
| <hr/> | |
| DISCUSIÓN | 41 |
| <hr/> | |
| CONCLUSIONES | 45 |
| <hr/> | |
| REFERENCIAS | 46 |
| <hr/> | |
| ANEXOS | 48 |
| <hr/> | |
| I. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 49 |
| II.... OTROS ANEXOS | 50 |

LISTA DE TABLAS

| | Pag. |
|---|------|
| Tabla 1. <i>Dominios del cuestionario FSFI.....</i> | 21 |
| Tabla 2. <i>Contenido de las escalas del SF-36v1.....</i> | 24 |
| Tabla 3. <i>Parámetros de laboratorio.....</i> | 26 |
| Tabla 4. <i>Función sexual.....</i> | 30 |
| Tabla 5. <i>Componentes de salud física.....</i> | 32 |
| Tabla 6. <i>Componentes de salud mental.....</i> | 32 |
| Tabla 7. <i>Frecuencias del componente de salud física de pacientes con y sin disfunción sexual.....</i> | 33 |
| Tabla 8. <i>Frecuencias del componente de salud mental de pacientes con y sin disfunción sexual.....</i> | 33 |
| Tabla 9. <i>Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados individuales de la escala SF-36 componente de salud física en pacientes con y sin disfunción sexual.....</i> | 39 |
| Tabla 10. <i>Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados individuales de la escala SF-36 componente de salud mental en pacientes con y sin disfunción sexual.....</i> | 39 |
| Tabla 11. <i>Prueba de muestras independientes para componente de salud física.</i> | 40 |
| Tabla 12. <i>Prueba de muestras independientes para componente de salud mental.....</i> | 40 |

LISTA DE GRAFICAS.

| | Pag. |
|---|-----------|
| <i>Gráfica 1. Porcentaje de edad</i> | <i>29</i> |
| <i>Gráfica 2. Edades por grupos</i> | <i>30</i> |
| <i>Gráfica 3. Función sexual de acuerdo a edad.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Gráfica 4. Porcentaje por componentes de la escala de calidad de vida en el apartado de salud física con mala y regular calidad respecto a función sexual.....</i> | <i>34</i> |
| <i>Gráfica 5. Porcentaje por componentes de la escala de calidad de vida en el apartado de salud mental con mala y regular calidad respecto a función sexual.....</i> | <i>35</i> |
| <i>Gráfica 6. Valores de la química sanguínea.....</i> | <i>36</i> |
| <i>Gráfica 7. Resultados de biometría hemática.....</i> | <i>36</i> |
| <i>Gráfica 8. Resultados de examen general de orina.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Gráfica 9. Resultados del perfil hormonal.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Gráfica 10. Valores de proteína c reactiva y factor reumatoide.....</i> | <i>38</i> |

LISTA DE FIGURAS.

| | |
|---|----------|
| <i>Figura 1. Ciclo de la respuesta sexual en mujeres según Masters y Johnson.....</i> | <i>4</i> |
| <i>Figura 2. La interrelación de la intimidad, el deseo, la excitación y la satisfacción sexual. (Basado en el original autor Basson.).....</i> | <i>5</i> |

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que me han ayudado a realizar y culminar esta tesis, quisiera mencionar principalmente al Dr. Eusebio Rubio Auriolles por tratar de estar disponible, tenerme tanta paciencia, dedicarme su tiempo explicándome conceptos complejos, tranquilizarme en momentos de ansiedad así como ubicarme y orientarme siempre de manera oportuna y certera.

A la Dra. Claudia Fouilloux Morales por su ayuda y comprensión.

Al Dr. Miguel Palomar Baena por su cooperación, orientación, disposición y buenos consejos.

A mi profesora y querida amiga la Dra. Mayra Hernández, por su cordialidad y apoyo incondicional, quien siempre se mostró dispuesta a proporcionar ayuda y atinados consejos.

Al Dr. Ismael Parrilla por su valiosa información y ayuda.

A mis padres que directa o indirectamente siempre me han enseñado a que hay que luchar y salir adelante.

A mi hermana Elke Yelena por siempre estar ahí cuando se necesita.

Y a mi siempre hermosa y linda sobrina Katherin por iluminar cada día de mi vida con su alegría, cariño e inocencia.

ABREVIATURAS

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Texto revisado.

FSFI: Female Sexual Function Inventory. (Índice de Función Sexual Femenina.)

HRPUM: Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SF-36: Cuestionario de salud SF-36 versión I en español.

WAS: World Association For Sexual Health. (Organización Mundial de la Salud Sexual)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences o Statistical Product and Service Solutions.

RESUMEN

Este trabajo se realizó para describir la función sexual femenina en pacientes del grupo de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos con edades entre 50 y 70 años. También se buscó describir la calidad de vida y factores comórbidos asociados en base a medición de resultados de estudios de laboratorio que se toman como parte del protocolo de ingreso a esta clínica.

Se obtuvieron 59 pacientes, a las que se les aplicó la escala FSFI, cuestionario de salud SF-36v1, y se recolectaron los resultados de laboratorio presentes en el expediente clínico al momento del estudio.

Se encontró que del 100% de pacientes, el porcentaje más alto de edad es de 65 años, ubicándolas en grupos, el grupo con mayor población fué de 61 a 65 años. Del total de las pacientes, la función sexual, reportó que el 81.4% de las pacientes presentan disfunción sexual, y el 18.6% no la presentan. Se encontró en nuestra muestra que la presentación de disfunción sexual aumenta conforme aumenta la edad, con un decremento posterior a los 66 años. El número de pacientes sin disfunción disminuye conforme aumenta la edad de las pacientes.

Del total de la población el 61% refiere de excelente a muy buena calidad de vida.

De las pacientes que describen mala a regular calidad de vida, el mayor porcentaje se encuentra entre las que tienen disfunción sexual. No se encontraron el total de estudios de laboratorio en las 59 pacientes, de los resultados recolectados, no se encontró ninguno significativo ya que el mayor porcentaje se encuentra dentro de parámetros normales.

INTRODUCCIÓN.

En nuestra población mexicana, existe una gran proporción de adultos mayores. Según el CONAPO (Consejo Nacional de Población) en su boletín del 2010, se estima que la esperanza de vida sin distinción de género, ha aumentado alrededor de 15 años en un período de cuatro décadas (en 1970 era de 60.6 años, y en 2010 fue de 75.4 años) y se espera un incremento adicional cercano a siete años para 2050, hasta alcanzar 82 años.

En nuestro país, el segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7 % del total de la población mexicana, y se espera que en el 2020, haya llegado a su máxima tasa de crecimiento (4.2 %), con 14 millones de individuos, lo cual representaría a 12.1 % de la población.

Respecto a la proporción de adultos mayores por segmento de edad, CONAPO señala que en 2010, 32 % tuvo entre 60 y 64 años, 42.1 % entre 65 y 79 años, 12 % se encontró entre los 80 y 84 años y 13.9 % tenían 85 años o más. (1).

Estos datos nos muestran la importancia de tener y aplicar medidas de prevención de enfermedades y tratamientos médicos en todas las áreas de la medicina para tratar de garantizar el abordaje adecuado a éste sector poblacional.

El área de la salud sexual no es menos importante, sin embargo actualmente son pocos los artículos en nuestro país que se enfocan a la salud sexual y menos frecuente aún los que describan o estudien la función sexual de los adultos mayores.

En el H. R. P. U. M. se cuenta con atención a éste grupo poblacional, sin embargo, no existe ningún estudio que nos muestre información sobre el área sexual de nuestros pacientes.

Este trabajo tiene la finalidad de describir la función sexual de las pacientes de la clínica de psicogeriatría del H. R. P. U. M., para ello me parece importante definir los siguientes términos.

Actividad sexual.

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (2).

Sexualidad.

Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y a la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (2)

Salud sexual.

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud

sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (2)

Ahora sí, entremos al tema del trabajo.

Función sexual.

Constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendócrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores tanto anatómicos biológicos, fisiológicos como psicológicos, los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla. (3) A éstos se agregan aspectos como la interacción y el estado actual con la pareja, donde los patrones culturales juegan un papel importante, así como las vivencias previas, los sentimientos hacia la pareja, y la autoestima. Estos factores son comunes en ambos sexos, sin embargo, se describen de manera más compleja en el sexo femenino debido a que su condición se ve marcada no sólo por aspectos biológicos como hormonas y mediadores neurogénicos, sino también por una carga emocional y psicológica. (4)

Masters y Johnson fueron los primeros en estudiar e informar sobre la función sexual saludable y las alteraciones de la misma que reciben el nombre de disfunción sexual. Este material se publicó en la década de 1960 con el trabajo "Respuesta Sexual Humana", que describe las cuatro fases del ciclo de la respuesta sexual humana: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este es el modelo tradicional y lineal de la función sexual tanto en hombres como en mujeres, se basó en observaciones de 100 parejas caucásicas de clase media, describe una secuencia lineal, que es vigente hasta la fecha. (5)

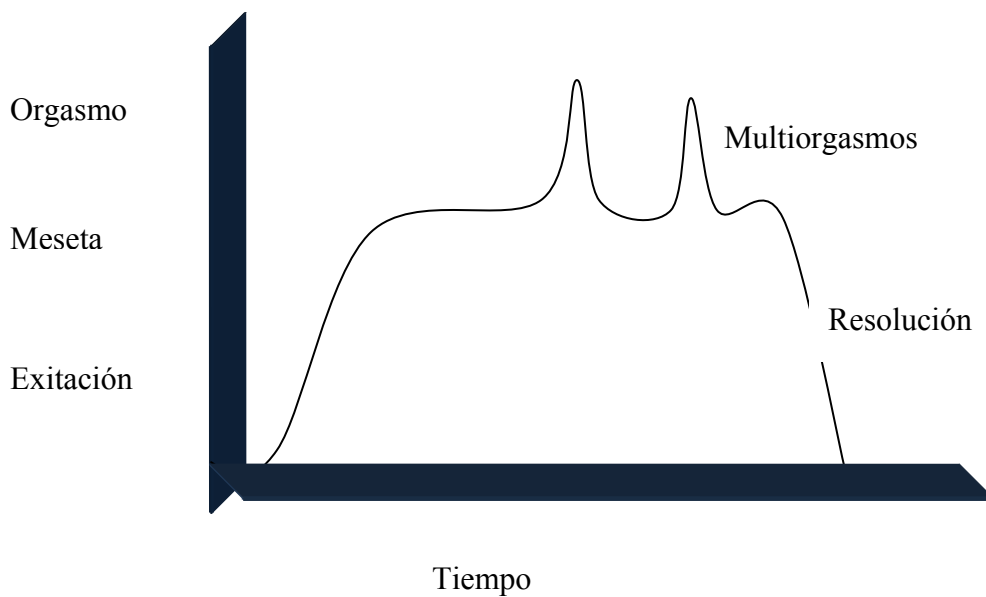


Fig.1 Ciclo de la respuesta sexual en mujeres (Basado en el original de Masters y Johnson.)

Existe otro modelo, más reciente, el cual es más específico para la respuesta sexual femenina. Este modelo describe una respuesta circular originalmente llamado (“Sexual Response Cycle”) por (Basson) en el 2002, el cual incorpora aspectos psicológicos y sociales de la función sexual femenina así como intimidad emocional y satisfacción, marcando las diferencias en la respuesta femenina. Algo muy importante, es que en la mujer, no siempre el deseo precede a la excitación sexual. Para muchas mujeres, la respuesta del ciclo sexual está íntimamente ligada a la relación general en que se encuentran e incorpora el entorno social y psicológico. (5)

A pesar de que el modelo circular de (Basson) se describe como el más preciso para la mujer, el antiguo y lineal de (Masters y Johnson) es la base para definir las disfunciones sexuales.

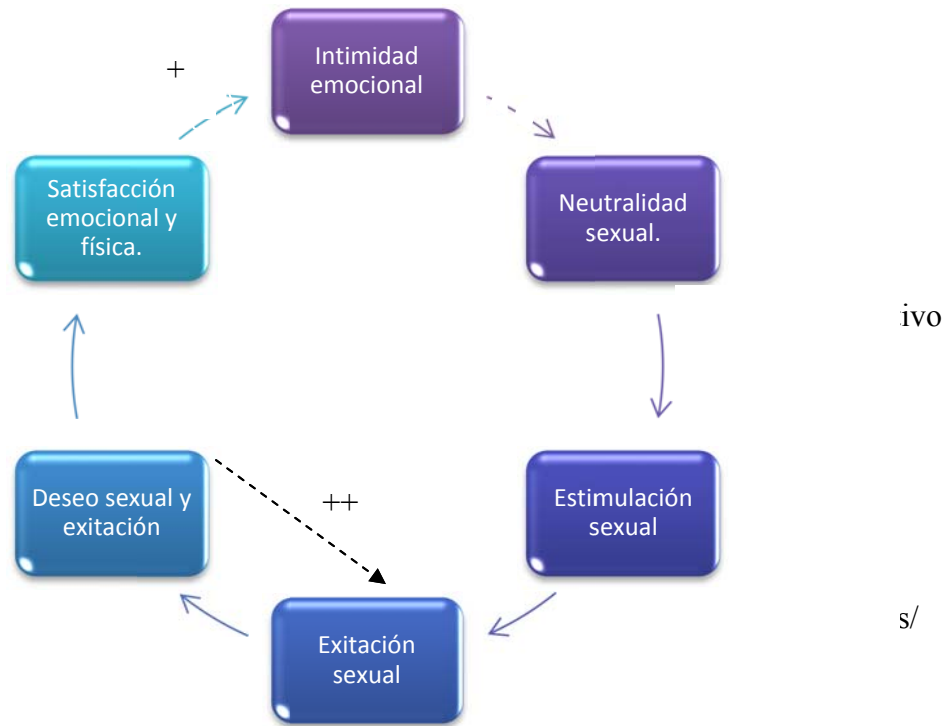


Figura 2. La interrelación de la intimidad, el deseo, la excitación y la satisfacción sexual. (Basado en el original autor Basson.)

Datos específicos poblacionales.

Aunque los datos de prevalencia e incidencia son escasos para las tasas de actividad sexual, hay datos que apoyan a la conclusión de que las mujeres son sexualmente activas durante toda la vida. Los datos de la National Survey of Family Growth indican que aproximadamente el 40% de mujeres de 15 a 19 años de edad han tenido relaciones sexuales en un lapso de 3 meses (6). A pesar de que la frecuencia de la actividad sexual disminuye con la edad, estudios de población indican que continúa la actividad sexual en el 47% de las mujeres casadas de 66 a 71 años, y en un tercio de las mujeres mayores de 78 años. Encuestas recientes de mujeres jóvenes, así como las mujeres de mediana edad y mayores informaron que el 50% a 75% son sexualmente activas. La falta de interés y la

falta de pareja fueron las razones más comunes para inactividad sexual. Las normas de la actividad sexual no están bien caracterizadas para las mujeres. La mayoría de las mujeres participan en prácticas heterosexuales, con sólo el 1,2% que declara relaciones sexuales con otras mujeres. El promedio en frecuencia de actividad sexual es de seis veces al mes para las mujeres en comparación con siete de los hombres, es el coito vaginal la práctica sexual más común, y el sexo oral en segundo lugar. ⁽⁵⁾

Sólo el 30% de mujeres casi siempre o siempre alcanzan el orgasmo con la actividad sexual, en contraste con 75% de los hombres. La mayoría de las mujeres que informan alcanzar el orgasmo requieren la estimulación directa del clítoris, el 80% de ellas lo logran antes o después del coito vaginal cuando se estimula manualmente, de forma oral, o con un vibrador u otro dispositivo. Alrededor del 20% tienen orgasmo llamado coital (7).

Disfunción Sexual.

Es una condición compleja que afecta a mujeres y hombres de todas las edades. La disfunción sexual, es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales, según la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud, OMS 1992) y en el DSM-IV TR, se describe el concepto de trastornos sexuales, los cuales se caracterizan por una alteración propia del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. (2)

La disfunción sexual femenina es reconocida como una problemática generalizada, pero los datos son escasos en cuanto a la prevalencia, que oscila entre 25% a 63% de las mujeres dependiendo del origen y la definición empleada. Un primer estudio de la disfunción sexual en Estados Unidos analizó los datos de la National Health and Social

Life Survey (Encuesta nacional de salud y vida social). La encuesta se basó en una muestra de probabilidad de la conducta sexual en una cohorte en de 1749 mujeres y 1410 hombres de entre 18 y 59 años y se observó una prevalencia de disfunción sexual del 43% de las mujeres y el 31% de los hombres. La libido baja fue la queja más común notificada en el 51% de los encuestados, seguido por problemas con la excitación en el 33%, y trastornos de dolor en el 16%. La disfunción sexual es más común en las mujeres, en comparación con los hombres (43% versus 31%), y se asoció con una menor edad (18 a 39 años), menor educación, y ser soltero. Es importante destacar que en este estudio, la disfunción sexual estaba vinculada a una mala salud física y emocional y un impacto significativo en la calidad de vida. (5)

La mayor parte de los Datos descritos en la bibliografía hacen referencia a estudios en pacientes menores de 60 años. Estudios recientes abordan las prácticas sexuales en una sociedad más inclusiva en población hasta la edad de 79 años y han informado sobre la disfunción sexual en un 35% de los participantes. Otro estudio muestra que el 71% de las mujeres fueron sexualmente activas, y el 33% de éstas se clasificaron con disfunciones sexuales en por lo menos una de las cuatro áreas estudiadas. Cuando las mujeres no son sexualmente activas fueron incluidas en las personas con disfunción sexual, en general la prevalencia de la disfunción sexual en este estudio fue de 45%.⁽⁵⁾

Causas de la disfunción sexual femenina.

Se han identificado un número de causantes potenciales como factores hormonales, vasculares, musculares, neurogénicos, psicológicos y otros contribuyentes.⁽⁴⁾

En cuanto al deseo, los niveles de estradiol tienen relación con la vagina a través del sistema nervioso central y periférico, así como en la transmisión nerviosa.

Además, los estrógenos también tienen una función promotora de la vasodilatación como resultado de la protección de la circulación clitorídea, uretral y vaginal. La síntesis del óxido nítrico está a su vez regulada por los estrógenos; la vejez y la esterilización femenina traen como consecuencia una disminución de los niveles de óxido nítrico (ON) lo cual resulta en una fibrosis de las paredes vaginales, de tal manera que el reemplazo estrogénico permite el retorno de niveles normales de ON en la vagina evitando las muertes celulares de la mucosa. (4)

Con el envejecimiento, menopausia y el decaimiento de niveles estrogénicos, un número significativo de mujeres experimentan disminución del deseo sexual, así como de la frecuencia coital, dispareunia y disminución de la respuesta sexual con dificultades orgásmicas y merma en las sensaciones genitales. Los bajos niveles de testosterona en la mujer se asocian al bajo deseo, así como también a la disminución de la sensibilidad genital, de la libido y del orgasmo. Por supuesto que en ausencia de etiología orgánica, el factor emocional cuenta de manera importante en el trastorno del deseo sexual en la mujer, más que en el hombre. El aspecto educativo, social y el de pareja juega un papel preponderante en el deseo sexual femenino, mucho más que en el masculino. (4)

Los trastornos de la fase de excitación se traducen por fallas en la lubricación vaginal. La deficiencia estrogénica cobra aquí mayor importancia por su papel directo en la lubricación vaginal ya que se relaciona con la parte vascular y neurológica. En la vagina, el Péptido Intestinal Vasoactivo (PIV) tiene papel modulador en la vasodilatación y lubricación vaginal. En el aspecto vascular se nota que con la edad disminuye el tejido muscular liso y aumenta la colágena en el clítoris, así como también existe una reducción del flujo arterial en clítoris y vagina. La patología vascular en la mujer puede llegar a

afectar la lubricación. Aunado a esto, el estrés emocional juega un papel importante en la inhibición de la excitación y lubricación.

En cuanto a la disfunción orgásmica, existen causas que pueden ser psicológicas u orgánicas. Las psicológicas pueden a su vez ser educativas o situacionales. Las orgánicas pueden ser el resultado de cirugía, trauma o deficiencia vascular, neurológica u hormonal.

En lo orgánico, es necesario investigar los mismos factores que trastornan las fases del deseo y de excitación, así como definir el tropismo y estado neurovascular del clítoris, vulva, vagina y el medio hormonal.

En vez de tomarse en cuenta la resolución como otro aspecto de las disfunciones, se toma en cuenta la presencia de dolor. (4)

Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar. Así, la salud se puede definir en cinco dimensiones: las características genéticas o hereditarias, que forman la estructura básica y donde se fundamentan todos los demás aspectos de la salud del individuo; las características bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, incluyendo, la enfermedad, la disminución, la incapacidad, el estado funcional, que incluye el desarrollo de las actividades de la vida diaria como trabajar, caminar o relacionarse; el estado mental, que incluye la autopercepción del estado de ánimo y la emoción, y, finalmente, el potencial de salud individual, que incluye la longevidad, el potencial funcional del individuo y el pronóstico de la enfermedad y de la incapacidad. La medición de la calidad de vida se refiere a todos

aquellos aspectos que experimenta directamente el paciente, incluyendo la función física, mental, social y la percepción general de la salud. (8)

Salud Sexual.

Otro concepto importante es la Salud Sexual, la definición que realiza la World Association for Sexual Health (WAS) es: “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es meramente la ausencia de enfermedad, o disfunción”. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin la coerción, la discriminación y la violencia. Para alcanzar la salud sexual se deben mantener los derechos de todas las personas, ser respetadas, protegidas y cumplidos. (9)

Female Sexual Function Index (FSFI).

Se utiliza en este trabajo de tesis la escala FSFI, es un cuestionario breve de función sexual en mujeres, desarrollado por Rosen y cols, con el propósito específico de evaluar los dominios del funcionamiento sexual en las mujeres como son: excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor para definir la presencia o ausencia de disfunción sexual. Esta encuesta es autoaplicable, simple y confiable. (10)

Importancia de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años.

El notorio incremento de la franja poblacional de personas mayores de 60 años lleva a pensar en todos aquellos aspectos que inciden en la calidad de vida de éstos, y no solamente sobre cifras de morbimortalidad. 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. Son pocos los documentos que profundizan en el tema del ejercicio de la sexualidad en las personas mayores como un componente importante en la calidad de vida de éstas (11)

Es importante tener en cuenta que en la calidad de vida del anciano se deben reconocer no solamente las cifras de morbilidad, mortalidad y supervivencia, sino eventos más destacables, como son su estado funcional (físico, psíquico y social), su participación en las actividades de la vida cotidiana y la percepción de bienestar de las personas de edad avanzada. En esta línea de ideas se hace necesario contemplar la sexualidad de las personas mayores de 60 años como uno de los indicadores de calidad de vida.

Muchas personas jóvenes y adultas están convencidas de que la actividad sexual después de los 50 años no tiene cabida, creencia que ha sido afianzada por los medios de comunicación en donde el mensaje que prevalece es que "el sexo sólo es para los jóvenes", que "en los años dorados no tiene cabida la sexualidad". Existe un consenso acerca de la sexualidad de los mayores rodeada por el "mito de la vejez asexuada", en el que se aprecian diferentes expresiones en donde la sociedad discrimina la sexualidad por parte de las personas viejas. Son pocos los documentos que profundizan en el tema del ejercicio de la sexualidad en las personas mayores como un componente importante en la calidad de vida de estas; es decir se encuentra literatura relacionada con las disfunciones sexuales y las alteraciones morfofisiológicas derivadas del proceso de envejecimiento.

En el abordaje de la sexualidad en la tercera edad persisten actitudes retrógradas, que pueden relacionarse con la asociación incorrecta que se ha establecido entre sexualidad y reproducción; de allí que se considere que la actividad sexual sólo es normal durante la edad reproductiva y que, por tanto, en los ancianos es una conducta "anormal". Por otra

parte, estas actitudes se explican por la existencia del prejuicio relacionado con el deterioro de todas las funciones en la vejez; en especial se aprecia que los jóvenes siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va deteriorando con la edad hasta perder todo interés en las personas mayores de 60 años. Existen conceptos equivocados en que se plantea que la actividad sexual debe desaparecer en la vejez como un apagamiento fisiológico inevitable y, por tanto, desear o hacer en materia sexual en personas mayores no es natural, fisiológico, ni moral, y por lo mismo no es socialmente bien visto. De ahí que esta idea de "muerte sexual" se convierta para muchas personas de ambos sexos en un factor de ansiedad cuando llegan a la edad madura y ven aproximarse esa etapa crítica, lo que provoca el comienzo de trastornos en la función sexual por un incremento en la ansiedad.

Muchas personas jóvenes están convencidas –en especial las mujeres- de que más allá de los 40 o 50 años el sexo se acaba, que la actividad sexual no tiene cabida, bien sea porque simplemente decae con la edad, o porque sería una manifestación ridícula. Es frecuente encontrar frases de rechazo contra las manifestaciones de cariño de las personas mayores, como por ejemplo: "Hay que comportarse de acuerdo con la edad", "Ustedes ya no están para eso", "Eso es propio de los viejos verdes", etc. La vivencia de la sexualidad en la vejez es un reflejo de la formación y de las experiencias recibidas durante toda la vida.

Las personas que se mantienen activas sexualmente experimentan una menor disminución en su capacidad de actuación sexual que quienes dejan de tener encuentros sexuales. Con los años se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado en comparación con el acto sexual propiamente dicho, con una mayor consolidación de la pareja, y al desaparecer las preocupaciones reproductivas, la sexualidad tiene como único fin dar y recibir placer.

Es necesario destacar que en la actividad sexual de la persona mayor influyen muchos factores, como la ausencia de pareja, por soltería, separación o viudez; el deterioro en la relación matrimonial debido a disfunción sexual, falta de interés sexual, rutinización y monotonía en la relación; presencia de innumerables enfermedades físicas o mentales, en especial enfermedades debilitantes o incapacitantes; las condiciones de la vivienda en donde el anciano tiene que compartir la habitación con otros; un cambio en el rol social por la jubilación puede actuar en forma negativa en las relaciones sexuales cuando no se está preparado para afrontarlo.

Por otra parte, hay que tener presente que en las personas mayores la actividad sexual no es entendida necesariamente como genitalidad, sino en un sentido mucho más amplio: se trata del placer del contacto corporal global, la interacción y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. La sexualidad geriátrica puede ser definida como una "expresión psicológica de emociones y compromisos, que requiere mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, de amor, de compartir placer con coito o sin él" (11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La función sexual femenina ha sido poco evaluada en la consulta médica en general, ni siquiera se evalúa de manera correcta en la consulta de psiquiatría. No se evalúa de manera correcta y menos aún se valora la trascendencia de una buena función sexual en la mujer después de los 40 años, ya que se dice tradicionalmente que la mujer después de tener hijos y de cumplir esta edad, ya no tiene mayor trascendencia en su actividad sexual.

(11)

Los estudios mencionados previamente, refieren una prevalencia de disfunción sexual de 25 a 63% en las mujeres. (5)

Los estudios son escasos en población geriátrica, indican que aproximadamente 47% de las mujeres de 66 a 71 años son sexualmente activas. (5)

Se describe que una edad mayor a 44 años es factor de riesgo para presentar disfunciones sexuales. (12)

En base a esto, ¿Cuál es la función sexual de las pacientes de la clínica de psicogeriatría del HPUM y cuál es su calidad de vida? Y derivado de esta pregunta ¿Existen diferencias en la calidad de vida de acuerdo al nivel de función sexual?

JUSTIFICACIÓN.

No existen suficientes estudios sobre función sexual en el IMSS en población geriátrica y en el HPUM no existe ningún tipo de estudio de función sexual en ningún tipo de población.

No existe ningún tipo de estudio de calidad de vida en ningún tipo de población del HPUM y menos aún un estudio que incluya estas dos variables.

Siendo que la función sexual adecuada es parte de una calidad de vida óptima, es de fundamental importancia establecer las medidas de evaluación correcta de la misma y a partir de ahí, poder establecer los programas específicos para la atención integral de la sexualidad en el adulto mayor.

El servicio ofrecido en el HPUM en clínica de psicogeriatría, de acuerdo a los resultados, podría implementar programas de atención sobre este tema a sus pacientes con la finalidad de mejorar el servicio.

OBJETIVOS

Objetivo General

-Describir la función sexual y la calidad de vida en mujeres de 50 a 70 años que acuden al servicio de clínica de psicogeriatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.

Objetivos Específicos

-Describir la función sexual en mujeres de 50 a 70 años que acuden al servicio de clínica de psicogeriatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos.

-Describir los niveles de calidad de vida en las pacientes del estudio.

-Describir la frecuencia de valores normales o anormales en los estudios de laboratorio clínico.

-Explorar las diferencias en la calidad de vida en mujeres de la clínica de psicogeriatría del HPUM con y sin disfunción sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio

Exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Pacientes: Muestra por conveniencia, de mujeres que se encuentren inscritas en el programa de clínica de psicogeriatría del HPUM. Se obtuvieron 59 pacientes. Se estudia esta población en particular ya que es una población fija por 4 meses, dentro de los criterios de ingreso a la clínica de psicogeriatría se encuentra el que estén físicamente estables, sin diagnósticos comórbidos que impidan su actividad física, sin problemas demenciales, o deterioro cognitivo grave, los cuales podrían ser un sesgo importante para el estudio, se admiten pacientes con alteraciones metabólicas en control actual. Se admiten desde pacientes sin diagnósticos psiquiátricos, hasta aquellas con trastornos afectivos como los comprendidos en trastornos de ansiedad y depresión dentro de los cuales algunos reciben tratamiento con antidepresivos. Todas las pacientes con juicio dentro del marco de la realidad.

Se invitó a las pacientes del grupo de psicogeriatría en el auditorio de la unidad hospitalaria previa explicación del estudio y de firma del consentimiento informado y a quienes aceptaron, se les aplicaron las escalas de función sexual y calidad de vida así como recolección de los resultados de estudios de laboratorio presentes en el expediente clínico de cada paciente al momento de la aplicación de las escalas.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: Mujeres entre 50 y 70 años, integrantes de la clínica de psicogeriatría del HPUM, físicamente estables, según evaluación de ingreso al servicio de psicogeriatría, que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Pacientes que no acepten participar en el estudio, aquellas que sean analfabetas o con incapacidad de leer y responder adecuadamente los cuestionarios.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Las variables del estudio son: Calidad de vida medida con el cuestionario de salud SF-36v1. Función sexual medida con el FSFI, parámetros de laboratorio clínico glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas, examen general de orina, TSH, T3, T4L, Hormona de crecimiento, prolactina, FSH, LH, estradiol, progesterona, factor reumatoide y proteína C reactiva. y edad de las pacientes.

Definición teórica y operativa de variables.

Teórica: Función sexual.

La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendócrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores tanto anatómicos biológicos, fisiológicos como psicológicos, los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla. (3)

Operativa: Female Sexual Function Index (FSFI).

La función sexual se medirá en este trabajo de tesis mediante la escala FSFI, es un cuestionario breve de función sexual en mujeres, desarrollado por Rosen y cols, con el

propósito específico de evaluar los dominios del funcionamiento sexual en las mujeres como son: excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, definiendo finalmente la presencia o no de disfunción sexual. Esta encuesta es autoaplicable, simple y confiable.

(10)

La paciente debe responder 19 preguntas diferentes y seleccionar en cada reactivo 1 de 6 respuestas posibles, que sea la que mejor describa su situación durante las últimas 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha tenido actividad sexual, una de 1 indica el mayor y una de 5 el menor deterioro funcional respectivamente. La puntuación total de la prueba oscila entre 2 y 36 puntos. Se suma la puntuación total de cada dominio, y se multiplica por el factor correspondiente, se suma el valor total de los 6 dominios y se realiza un punto de corte, en donde valores iguales o inferiores a 26.55 corresponden a disfunción sexual, y de 26.56 en adelante es no disfunción sexual (13). No se realiza interpretación individual por dominios, la calificación es en base a la cuenta total. El dominio de deseo puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10, excitación un mínimo de 0 y un máximo de 20, orgasmo un mínimo de 0 y un máximo de 15, satisfacción un mínimo de 2 y un máximo de 15 y dolor tiene un mínimo de 0 y un máximo de 15. (14)

El FSFI ya está traducido al español y validado en población sudamericana en el artículo “Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad en la mujer” (12)

El artículo original escrito por Rosen, utiliza población norteamericana con 259 mujeres, de las cuales son 131 controles sanos y 128 mujeres con diagnóstico de trastorno de excitación sexual según el DSM-IV, con poblaciones de ambos grupos emparejadas por edad, las edades de las integrantes fueron entre 21 y 70 años de edad. Evaluando 6 dominios específicos incluyendo deseo, excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, en éste estudio la confiabilidad medida con un nivel alpha de

Cronbach con valores de 0.82 y superior para los 6 dominios y la escala en conjunto y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total ($r=0.79$ a 0.88). La validez discriminante se estableció al comparar las respuestas medias del grupo de mujeres con alguna disfunción sexual con el grupo control, las diferencias más altas entre los grupos fueron para los dominios de excitación y lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19.2 ± 6.63 para el grupo de pacientes diagnosticadas y de 30.5 ± 5.29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el test de satisfacción marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante r de Pearson y fue moderada para el grupo control ($r=0.53$) y muy baja para el grupo de enfermas ($r=0.22$).

La escala se realizó con la finalidad de desarrollar y validar un autoinforme breve de la medida de excitación sexual femenina y otras áreas pertinentes de la función sexual femenina. La escala se puede aplicar a cualquier edad, etnia, nivel de educación, o situación económica, con cualquier preferencia sexual. No hubo diferencia significativa entre mujeres con terapia hormonal de reemplazo y las que no lo tienen. El dominio de la satisfacción se compone sólo de los puntos correspondientes a nivel mundial de relación y satisfacción sexuales. Esto también puede ser visto como la "calidad de vida en el dominio de la escala.

El FSFI ya está traducido al español y validado en población sudamericana en el artículo "Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad en la mujer" (12), donde se utiliza la encuesta original traducida al español, y se obtiene que la edad promedio de las 371 encuestadas fue de $35,3 \pm 10,9$ años (rango: 20-59 años). El 50,4% eran casadas y en unión libre el 17,0%. Tenían educación media el 48,2% y básica el 22,1%. Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó el

Test alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; se observa que se obtuvieron valores que señalan muy buena correlación ($>0,80$). La sexualidad reflejada en mayores puntajes en el IFSF, aumenta con los años y logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 40 años ($29,1 \pm 4,9$ puntos) para caer posteriormente en forma progresiva ($21,0 \pm 6,0$ puntos).

Tabla 1. Dominios del cuestionario FSFI.

| Dominio | Preguntas | Rango | Factor | Score mínimo | Score máximo |
|--------------------------|------------------|--------------|---------------|---------------------|---------------------|
| Deseo | 1, 2 | 1-5 | 0,6 | 1,2 | 6,0 |
| Excitación | 3, 4, 5, 6 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6,0 |
| Lubricación | 7, 8, 9, 10 | 0-5 | 0,3 | 0 | 6,0 |
| Orgasmo | 11, 12, 13 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Satisfacción | 14, 15, 16 | 0 (o 1)-5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Dolor | 17, 18, 19 | 0-5 | 0,4 | 0 | 6,0 |
| Rango total de la escala | | | | 2,0 | 36,0 |

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$.

Teórica: Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar. Así, la salud se puede definir en cinco dimensiones: las características genéticas o hereditarias, que forman la estructura básica y donde se fundamentan todos los demás aspectos de la salud del individuo; las características

bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, incluyendo, la enfermedad, la disminución, la incapacidad y el estado funcional, que incluye el desarrollo de las actividades de la vida diaria como trabajar, caminar o relacionarse; el estado mental, que incluye la autopercepción del estado de ánimo y la emoción, y, finalmente, el potencial de salud individual, que incluye la longevidad, el potencial funcional del individuo y el pronóstico de la enfermedad y de la incapacidad. La medición de la calidad de vida se refiere a todos aquellos aspectos que experimenta directamente el paciente, incluyendo la función física, mental, social y la percepción general de la salud. (8)

Operativa: El **Cuestionario de Salud SF-36v1** está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, los cuales corresponden al componente de Salud física y Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental correspondientes al componente de salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».

2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). Utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario. (15)

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud.

La puntuación se describe como mala, regular, buena. Muy buena y excelente según indicaciones del manual de codificación.

Tabla 2. Contenido de las escalas del SF-36v1.

Significado de la puntuación de 0 a 100.

| Dimensión. | Número de ítems | Peor puntuación 0 | Mejor puntuación 100. |
|------------------------------------|------------------------|--|---|
| Función física | 10 | Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades física, incluido bañarse debido a la salud | Lleva acabo todo tipo de actividades vigorosas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a salud. |
| Rol físico | 4 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud | Ningún problema en el trabajo u otras actividades físicas debido a salud física |
| Dolor corporal | 2 | Dolor muy intenso y extremadamente limitante | Ningún dolor, ni limitaciones debido a él. |
| Salud general | 5 | Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore | Evalúa la propia salud como excelente |
| Vitalidad | 4 | Se siente cansado y exhausto todo el tiempo | Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo |
| Función social | 2 | Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales | Lleva a cabo actividades sociales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos y emocionales. |
| Rol emocional | 3 | Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales | Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales |
| Salud mental | 5 | Sentimientos de angustia y depresión durante todo el tiempo | Sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo |
| Ítem de transición en salud | 1 | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año | Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año |

Teórica: Edad.

Según el diccionario de lengua española de la Real Academia Española, viene del latín “*aetas*”, y corresponde al tiempo que ha vivido una persona. (16)

Operativa: Edad.

Años de vida cumplidos a partir del nacimiento hasta la fecha de la aplicación de las escalas.

Teórica: Parámetros de laboratorio clínico.

Valores obtenidos de análisis de laboratorio correspondientes a la química clínica, biometría hemática, perfil hormonal, valoración reumatológica y examen general de orina.

Operativa: Parámetros de laboratorio clínico.

La siguiente tabla muestra los parámetros considerados como normales para cada componente evaluado en estudios de laboratorio, cifras mayores o menores a éstos, son considerados anormales.

Tabla. 3 Parámetros de laboratorio.

| Estudio de laboratorio | Elemento estudiado | Parámetros normales | Parámetros anormales. |
|---------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Química Sanguínea. | Glucosa | De 70 a 110 mg/dl | Inferior a 70 mg/dl Superior a 110 mg/dl |
| | Urea | De 10 a 50 mg/dl | Inferior a 10 mg/dl Superior a 50 mg/dl |
| | Creatinina | De .5 a 1.2 mg/dl | Inferior a .5 mg/dl Superior a 1.2 mg/dl |
| | Colesterol | De 35 a 200 mg/dl | Inferior a 35 mg/dl Superior a 200 mg/dl |
| | Triglicéridos | De 30 a 200 mg/dl | Inferior a 30 mg/dl Superior a 200 mg/dl |
| | Acido Úrico | De 2.1 a 7.4 mg/dl | Inferior a 2.1 mg/dl Superior a 7.4 mg/dl |
| Biometría Hemática | Hemoglobina (Hgb) | De 11 a 16.5 g/dl | Inferior a 11 g/dl Superior a 16.5 g/dl |
| | Hematocrito (Hto) | De 35 a 50% | Inferior a 35% Superior a 50% |
| | Leucocitos | De 4 a 11 x10 ³ | Inferior a 4 x10 ³ Superior a 11 x10 ³ |
| | Plaquetas | De 150 a 450 x10 ³ | Inferior a 150 x10 ³ Superior a 450 x10 ³ |
| Perfil Hormonal. | TSH | De .40- 4.0 μ IU/ml | Inferior a .40 μ IU/ml Superior a 4.0 μ IU/ml |
| | T3 | De 84. a 172ng/dl | Inferior a 84ng/dl Superior a 172ng/dl |
| | T4L | De .8 a 1.8 ng/dl | Inferior a .8 ng/dl Superior a 1.8 ng/dl |
| | Hormona de crecimiento (GH) | De .05 a 10 ng/ml | Inferior a .05 ng/ml Superior a 10 ng/ml |
| | Prolactina | De 1.9 a 25 ng/ml | Inferior a 1.9 ng/ml Superior a 25 ng/ml |
| | FSH | De 21.7 a 153 mIU/ml | Inferior a 21.7 mIU/ml Superior a 153 mIU/ml |
| | LH | De 11.3 a 39.8 mIU/ml | Inferior a 11.3 mIU/ml Superior a 39.8 mIU/ml |
| | Estradiol | De 0.0 a 30.0 pg/ml | Superior a 30.0 pg/ml |
| | Progesterona | De 0.0 a 34 ng/ml | Superior a 34 ng/ml |
| Valoración Reumatológica | Proteína C Reactiva | De 0 a 5 mg/L | Superior a 5 mg/L |
| | Factor reumatoide | De 0 a 15 UI/ml | Superior a 15 UI/ml |
| Examen General de Orina | pH | De 5 a 7.5 | Inferior a 5 Superior a 7.5 |
| | Densidad | De 1.0 a 1.03 | Inferior a 1.0 Superior a 1.03 |
| | Hemoglobina, leucocitos, nitritos, proteínas, bilirrubinas, cetonas, glucosa, urobilinógeno, sedimentos y eritrocitos: | No presentes en muestra | Presentes en muestra |

Procedimientos: Recolección de datos y análisis de los resultados.

Se invitó a las pacientes que son integrantes actuales del grupo de psicogeriatría, así como a las que pertenecieron a grupos anteriores que asistieron a sesiones de egresados de la misma.

Cumpliendo con los criterios de selección, una vez aceptando la invitación y previa firma del consentimiento informado, se realizó la aplicación de las escalas en días donde había mayor asistencia de las pacientes al hospital, así como durante las reuniones programadas de integrantes anteriores, contando con el auditorio del hospital como área física para responder las escalas de manera individual y anónima. La contestación de las escalas inició el 26 de mayo y finalizó el 22 de julio.

Participaron 59 pacientes integrantes del estudio, a las cuales se les aplican 2 escalas, la primera IFSF y posteriormente el cuestionario de Salud SF36v1, posteriormente se hace la recolección de resultados de estudios de laboratorio directamente en el expediente clínico.

Se realizó una prueba t para comparar promedios en muestras independientes y evaluar si existen diferencias entre los resultados de calidad de vida con la presencia de disfunción sexual y no disfunción sexual. Para esto se utiliza el programa SPSS versión 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) (17), se introducen los datos de los resultados de la escala de IFSF usando como punto de corte para definir disfunción sexual valores de 26.55 o inferiores y como no disfunción sexual valores de 26.56 o mayores, así como los resultados por rubros y componentes del cuestionario de salud SF-36v1 según indica el manual y guía de interpretación correspondiente (15). Se anexan también los resultados de laboratorio reportados en las pacientes ubicados como normales o anormales. Se utilizaron los programas Excel 2007 (18) y SPSS V17 para la realización de gráficos, tablas y análisis estadísticos.

Implicaciones Éticas

Esta investigación, por los temas tratados, se presentó con riesgo mínimo, ya que no se utilizó ningún tipo de medicamento, o manipuló la conducta de los sujetos, sin embargo el tema a tratar puede considerarse sensible.

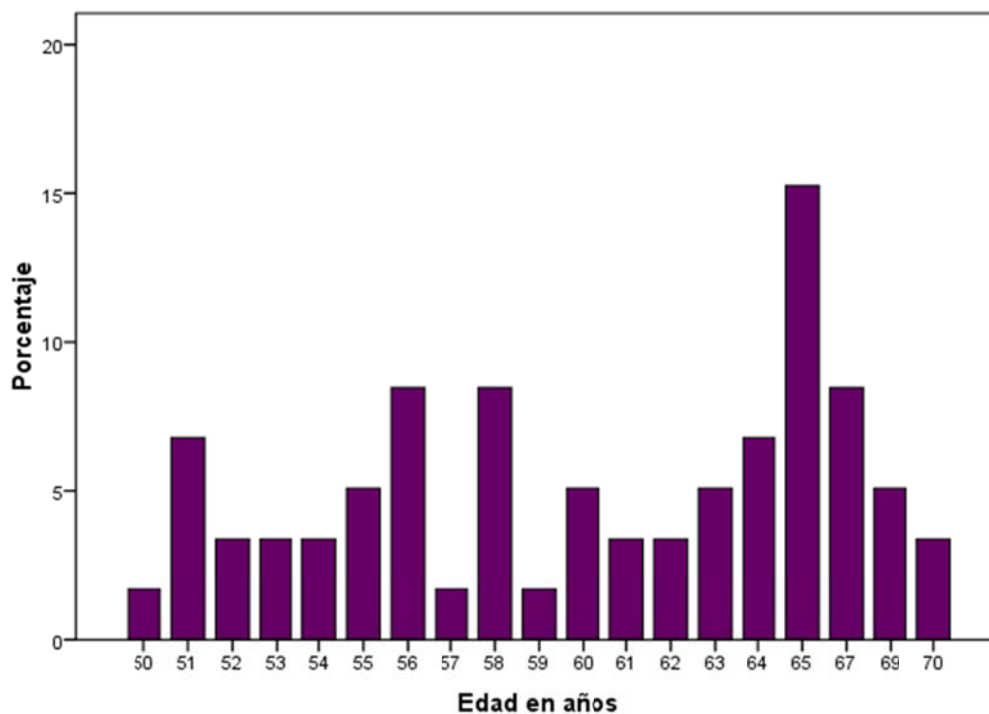
Al total de pacientes se les ofreció una sesión informativa, y especialmente a las detectadas con disfunción sexual. Se les localizó por vía telefónica y reunió para la realización de la sesión informativa sobre lo que son las disfunciones sexuales. Se realizó la aplicación de escalas ya descritas previa autorización por consentimiento informado, las cuales únicamente fueron foliadas para identificación numérica con la entrevistadora y así, garantizar confidencialidad en resultados.

Esta investigación respetó las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2000, y conforme a la Ley General de Salud 2002, así como las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro social. Con confidencialidad absoluta para los participantes.

Resultados

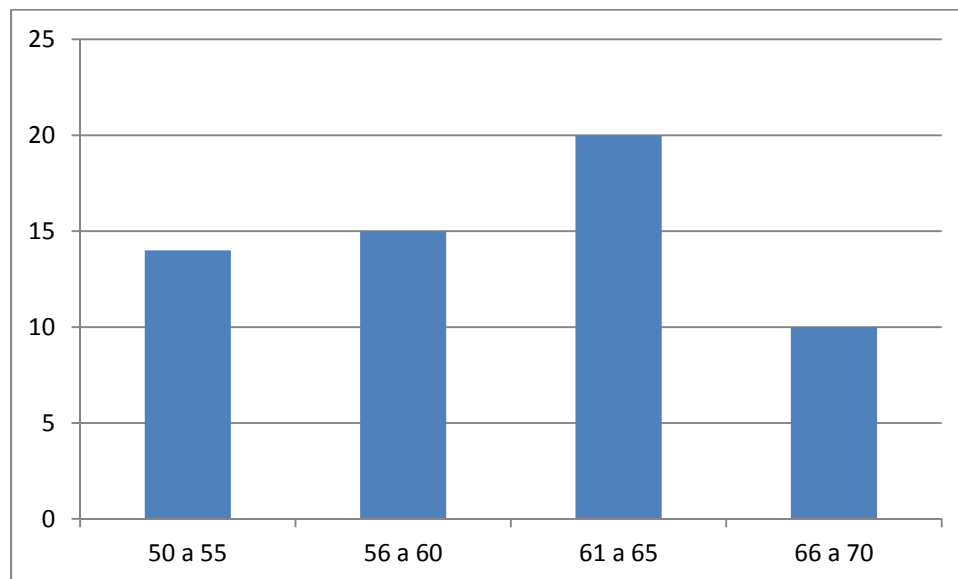
Se aplicaron las escalas de FSFI y el Cuestionario de Salud SF-36 v1 a 59 pacientes, obteniendo los resultados de ambas escalas catalogando a las pacientes con y sin disfunción sexual para la primera escala y evaluando todos los componentes de salud física y componentes de salud mental en la segunda escala, obteniendo los resultados como excelente, muy buena, buena, regular y mala calidad de vida en cada uno de ellos, así como los valores significativos de estudios de laboratorio en pacientes con y sin disfunción sexual.

Gráfica 1. Porcentaje de edad.



Ubicadas por edad en años, el 15.3% de las pacientes tuvieron 65 años, las siguientes 3 edades más frecuentes fueron 56, 58 y 67 años con un 8.3% respectivamente, las edades con menor porcentaje fueron 50, 57 y 59 años.

Gráfica 2: Edades por grupos.



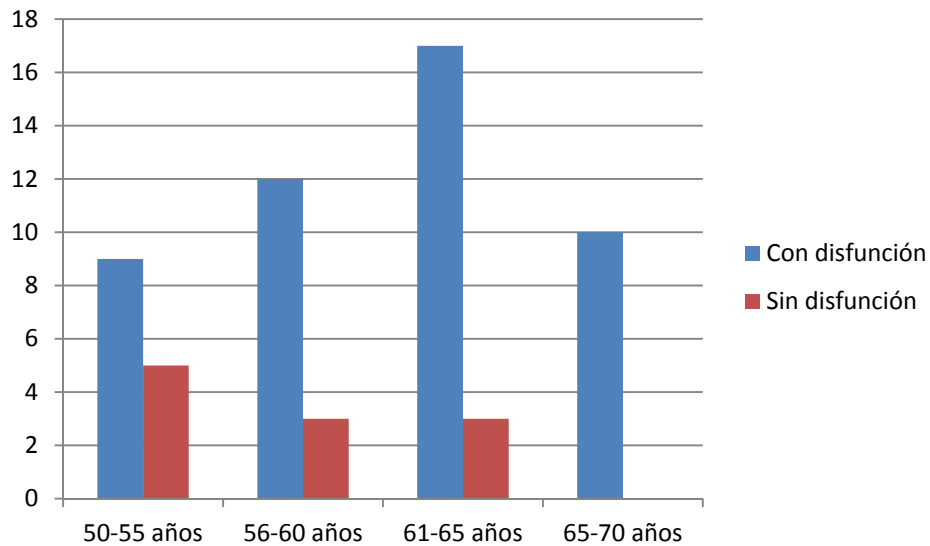
En el grupo de edad de 50 a 55 años se encuentra el 23.6% de la población, en el de 56 a 60 años el 25.4%, de 61 a 65 el 34% y 17% en el de 65 a 70 años

Tabla Num. 4 . Función sexual.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Pacientes con disfunción sexual | 48 | 81,4 |
| Pacientes sin disfunción sexual | 11 | 18,6 |
| Total | 59 | 100,0 |

Como se menciona en el apartado de material y métodos, se toma un punto de corte en la puntuación obtenida de escala de FSFI, catalogando a las pacientes con y sin disfunción sexual, encontrando que del total de pacientes el 81,4% presenta disfunción sexual, y un 18.6% no presentan disfunción sexual.

Gráfica 3. Función sexual de acuerdo a la edad.



El 45% de las pacientes sin disfunción se encuentra entre los 50 y 55 años, en los grupos de 56 a 60 años y 61 a 65 años se presenta el mismo porcentaje de pacientes sin disfunción sexual con el 27%, no hay ninguna paciente entre 65 y 70 años que se encuentre sin disfunción sexual. El 35% de las pacientes con disfunción sexual se ubica entre los 61 y 65 años, seguido del 25% que se ubica en el grupo de 56 a 60 años, el 20% corresponde al grupo de 65 a 70 años y el menor porcentaje de pacientes con disfunción es el de 50 a 55 años, con 18%.

Tabla Num 5. Componentes de salud física

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| MALA | 3 | 5,1 |
| REGULAR | 11 | 18,6 |
| BUENA | 9 | 15,3 |
| MUY BUENA | 18 | 30,5 |
| EXCELENTE | 18 | 30,5 |
| Total | 59 | 100,0 |

La escala de calidad de vida en su componente de salud física, muestra que el 61% de la población total tiene entre excelente o muy buena calidad de vida en este rubro y el 23.7% se ubican con mala o regular calidad.

Tabla Num. 6 Componente de Salud Mental

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| MALA | 1 | 1,7 |
| MODERADA | 5 | 8,5 |
| BUENA | 21 | 35,6 |
| MUY BUENA | 18 | 30,5 |
| EXCELENTE | 14 | 23,7 |
| Total | 59 | 100,0 |

Le escala de calidad de vida en su componente de Salud Mental, muestra que el 54.2% de la población total presentan excelente y muy buena calidad, mientras que el 10.2% tienen mala o regular calidad, sin embargo como se muestra en la siguientes tablas existen diferencias entre las pacientes con y sin disfunción sexual respecto a la calidad de vida en sus dos rubros.

Tabla Num 7. Frecuencias del componente de salud física de pacientes con y sin disfunción sexual.

| | Mala | Regular | Buena | Muy buena | Excelente | Total pacientes |
|--------------------------|------|---------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| Pacientes con disfunción | 3 | 11 | 8 | 12 | 14 | 48 |
| Pacientes sin disfunción | 0 | 0 | 1 | 6 | 4 | 11 |
| Total pacientes | 3 | 11 | 9 | 18 | 18 | 59 |

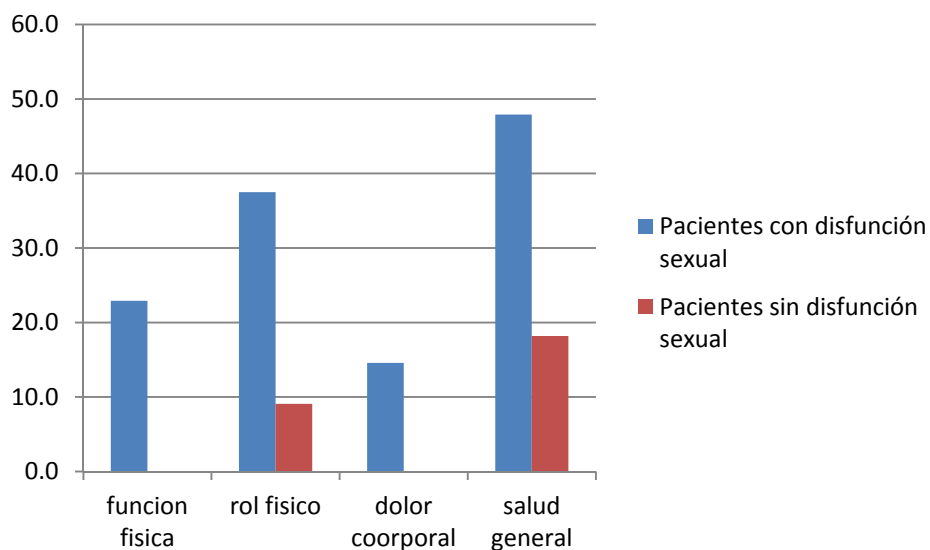
De las pacientes con disfunción sexual, el 29% tienen de mala a regular calidad en el componente de salud física en comparación con ninguna de las que no tienen disfunción sexual.

Tabla Num 8. Frecuencias del componente de salud mental de pacientes con y sin disfunción sexual.

| | Mala | Regular | Buena | Muy buena | Excelente | Total pacientes |
|--------------------------|------|---------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| Pacientes con disfunción | 3 | 14 | 9 | 6 | 16 | 48 |
| Pacientes sin disfunción | 0 | 1 | 2 | 4 | 4 | 11 |
| Total pacientes | 3 | 15 | 11 | 10 | 20 | 59 |

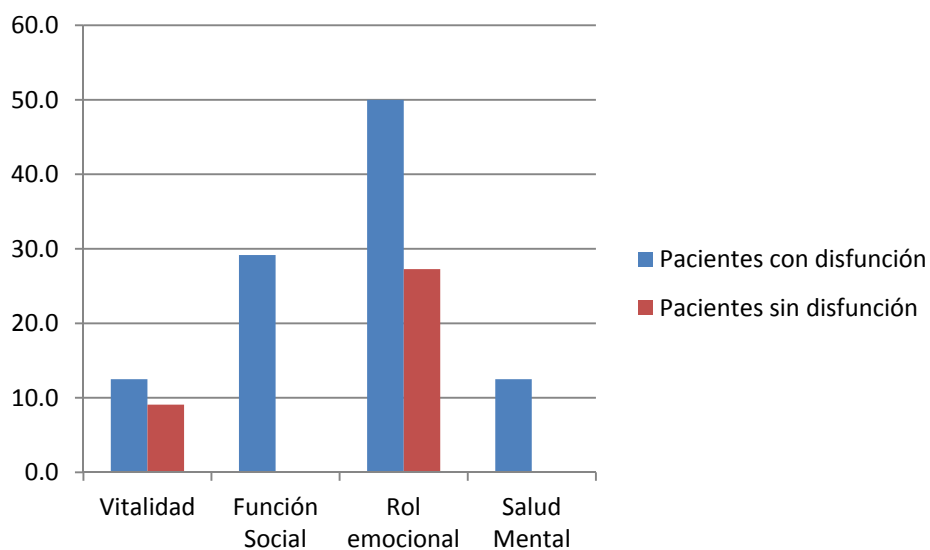
Del total de las pacientes con disfunción sexual se encontró que el 35% tienen una mala a moderada calidad en el componente de salud mental, en comparación con 9% de las pacientes que no tienen disfunción sexual.

Gráfica 4. Porcentaje por componentes de la escala de calidad de vida en el apartado de Salud física con mala y regular calidad respecto a función sexual.



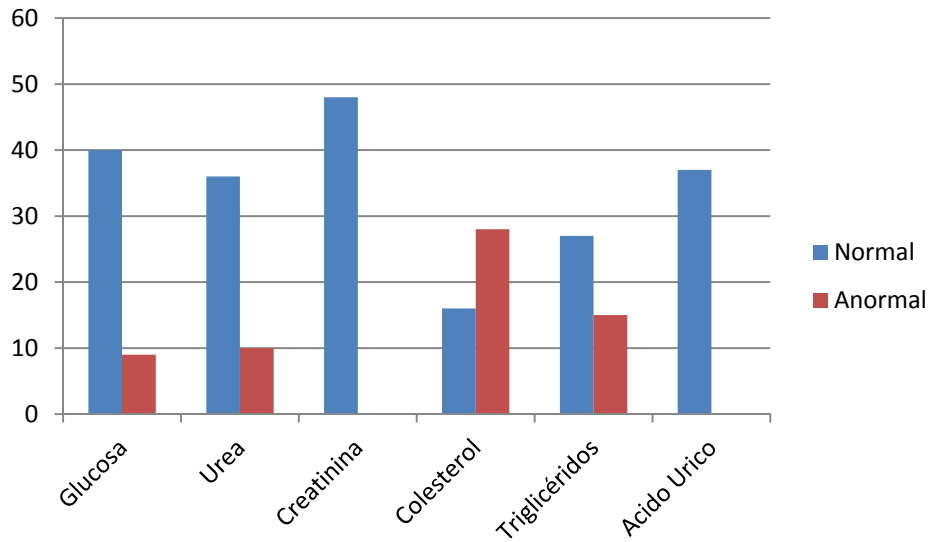
El mayor porcentaje con calidad de vida de mala a regular en el componente de salud física se encuentra en el apartado de salud general con 47.9% y rol fisico con 37.5%, ambas en pacientes con disfunción sexual.

Gráfica 5. Porcentaje por componentes de la escala de calidad de vida en el apartado de Salud Mental con mala y regular calidad respecto a función sexual.



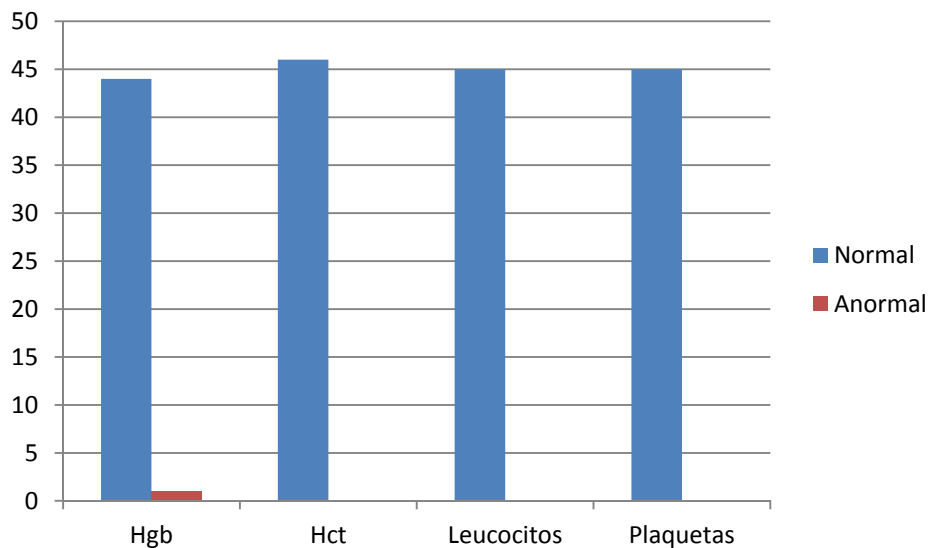
El mayor porcentaje con calidad de vida de mala a regular en el componente de Salud Mental se encuentra en el apartado rol emocional con 50% y función social con 29.2%, ambos resultados en pacientes con disfunción sexual. Las pacientes sin disfunción sexual no presentaron resultados de mala a regular calidad de vida en los rubros de función social y salud mental.

Gráfica 6. Valores de la química sanguínea



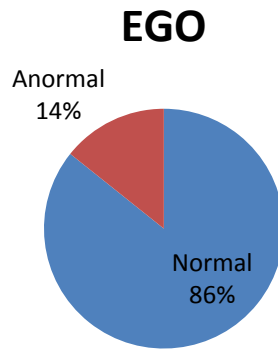
Se obtuvieron resultados de laboratorio en la química sanguínea de 49 pacientes, el valor que se encontró predominantemente anormal fue el colesterol con 64% de pacientes con niveles anormales en comparación con el 36% con niveles normales, el resto de resultados predominantemente se encontraron normales.

Gráfica 7. Resultados de biometría hemática.



Los resultados de la biometría hemática salieron 97% normales en niveles de hemoglobina, el resto salieron 100% normales.

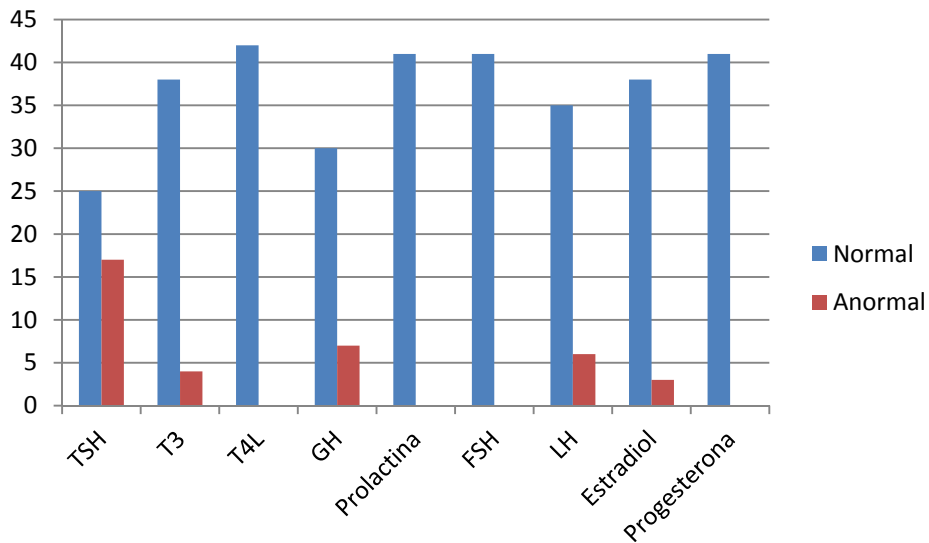
Gráfica 8. Resultados de examen general de orina.



Se obtuvieron 42 muestras de EGO, de las cuales el 86% presenta un resultado normal.

Gráfica 9. Resultados del perfil hormonal.

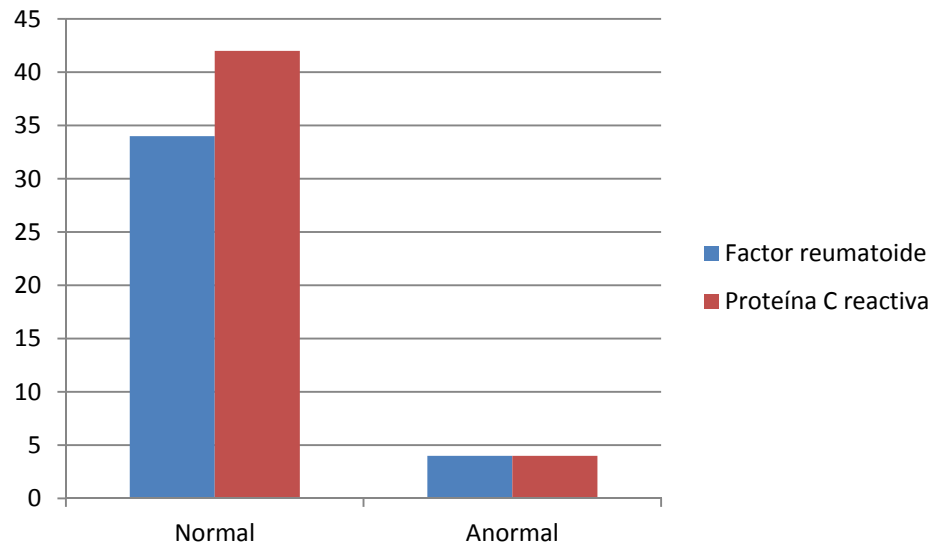
TSH n= 42, T3 n= 42, T4L n= 42, GH n= 37, Prolactina n= 41, FSH n= 41, LH n= 41
Estradiol n= 41 Progesterona n= 41



El 40% de las pacientes presentaron niveles alterados de TSH, el resto predominan los niveles normales.

Gráfica 10. Valores de Proteína C reactiva y Factor reumatoide

FR n= 38
PCR n= 46



El 89% de las muestras del factor reumatoide muestran resultados normales, el 91% de los resultados de proteína C reactiva son normales.

Tabla 9. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados individuales de la escala SF-36 componente de salud física en pacientes con y sin disfunción sexual.

| | Con disfunción sexual. N= 48 | | Sin disfunción sexual. N=11 | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar |
| Función Física | 68.65 | 27.26 | 84.55 | 17.52 |
| Rol Físico | 60.94 | 46.10 | 93.18 | 22.61 |
| Dolor corporal | 64.06 | 24.29 | 80.23 | 13.57 |
| Salud general | 46.56 | 17.44 | 55.45 | 14.22 |
| Componente de salud física | 60.05 | 24.70 | 78.35 | 12.89 |

El promedio de las puntuaciones obtenidas en este componente, en pacientes sin disfunción, es más alto que para las pacientes con disfunción en todos los rubros, y las desviaciones estándar son menores en todos los rubros en las pacientes sin disfunción sexual.

Tabla 10. Cálculo de promedios y desviación estándar en resultados individuales de la escala SF-36 componente de salud mental en pacientes con y sin disfunción sexual.

| | Con disfunción. N=48 | | Sin disfunción. N=11 | |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| | Media | Desviación estándar | Media | Desviación estándar |
| Vitalidad | 55.31 | 22.91 | 65.91 | 16.70 |
| Función social | 65.63 | 29.11 | 75.00 | 17.67 |
| Rol emocional | 51.39 | 48.60 | 78.78 | 37.34 |
| Salud mental | 63.33 | 20.43 | 70.91 | 13.51 |
| Componente de salud mental | 58.89 | 27.35 | 72.64 | 17.29 |

El promedio de las puntuaciones obtenidas en este componente, es más alto en todos los casos en pacientes sin disfunción en comparación a las que tienen disfunción, y las desviaciones estándar son menores en todos los casos de pacientes sin disfunción sexual.

Tabla 11. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES PARA COMPONENTE DE SALUD FISICA.

| Prueba T para igualdad de medias. | | |
|--|--------------------|--------------------|
| | Valor de t= | Valor de p= |
| Función Física. | -2,413 | ,024 |
| Rol Físico | -3,385 | ,002 |
| Dolor corporal | -2,999 | ,006 |
| Salud General | -1,788 | ,091 |
| Componente de salud física | -3,469 | ,002 |

Existe diferencia significativa en mejor calidad de vida en pacientes sin disfunción sexual en 3 de los 4 rubros del componente de salud física (función física, rol físico y dolor corporal), así como en la calificación global de este componente.

Tabla 12. PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES PARA COMPONENTE DE SALUD MENTAL

| Prueba T para igualdad de medias. | | |
|--|--------------------|--------------------|
| | Valor de t= | Valor de p= |
| Vitalidad | -1,759 | ,094 |
| Función social | -1,021 | ,311 |
| Rol emocional | -1,750 | ,085 |
| Salud Mental | -1,506 | ,146 |
| Componente de salud mental | -2.103 | .047 |

Existe diferencia significativa en mejor calidad de vida en pacientes sin disfunción sexual en comparación con la que presentan disfunción sexual en el componente de salud mental como resultado global.

Discusión.

La población total de nuestro estudio se encuentra entre los 50 y 70 años de edad, pero el mayor porcentaje de pacientes se encuentra entre los 61 y 65 años, siendo el 34% de nuestra población total. Del total de pacientes se encontró que un 81.4% presentan disfunción sexual, y el 18.6% no la presentan. Se ha reportado la prevalencia de disfunción sexual en mujeres de la edad de nuestras pacientes en un 45%, según menciona el artículo *Sexual activity and function in middleaged and older women* (19), siendo casi el doble en nuestra población de estudio.

El porcentaje de pacientes sin disfunción en nuestra población va disminuyendo conforme aumenta la edad, obteniendo que en el grupo de pacientes de 50 a 55 años sin disfunción sexual tiene al 45% de la población, seguido del 27.5% respectivamente en los grupos de 56 a 60 años y 61 a 64 años, ninguna paciente ubicada en el grupo de 65 a 70 años se encontró sin disfunción sexual.

En contraste, el porcentaje de pacientes con disfunción sexual va aumentando conforme aumenta la edad, y presenta una disminución posterior, encontrando que las pacientes de de 50 a 55 años forman el 18% de la población, las de 56 a 60 años aumentan al 25%, las de 61 a 65 años el 35% y disminuye a 18% en las pacientes de 65 a 70 años. Estos resultados no concuerdan con lo citado en el artículo “*Female Sexual Function and Dysfunction*” donde asocia la mayor presentación de disfunción sexual entre menor sea la edad de la paciente (5).

En cuanto a la escala SF-36, se reporta en 2 rubros el componente de Salud Física y el componente de Salud Mental. Se encontró en el componente de Salud Física que el 30.5% reportan una calidad de vida excelente, otro 30.5% muy buena, 15.3% buena, 18.6% regular y 5.1% mala calidad de vida y en el componente de Salud Mental, el 23.7% tiene

excelente calidad de vida, el 30.5% muy buena, 8.5% regular y 1.7% mala calidad de vida, estos datos toman en cuenta el total de la población, lo cual indicaría que de las 59 pacientes del estudio el 61% de ellas tienen de buena a excelente calidad de vida en el rubro de salud física y el 54.2% tienen de buena a excelente calidad de vida en el rubro de Salud mental.

Haciendo el análisis de calidad de vida en comparación con función sexual, en el componente de Salud Física en pacientes con disfunción se encuentra el 54% de la población con excelente y muy buena calidad de vida, el 16% con buena calidad de vida y el 30% con mala a regular calidad de vida. En las pacientes sin disfunción el 90% de la población se encuentra con excelente y muy buena calidad de vida, 10% con buena calidad de vida y 0% presentan mala y regular calidad de vida.

En el componente de Salud Mental en pacientes con disfunción 46% de la población tiene excelente y muy buena calidad de vida, 19% tienen buena calidad de vida, y 35% tienen mala y regular calidad de vida, en comparación con las pacientes sin disfunción donde el 72% se encuentra con excelente y muy buena calidad de vida, el 18% con buena calidad y el 10% con mala a regular calidad de vida.

Si bien el porcentaje de excelente y muy buena calidad de vida en ambos componentes es mayor al de mala y regular calidad, la presentación de excelente y muy buena calidad de vida es siempre mayor en porcentaje en pacientes sin disfunción que en las que tienen disfunción y el mayor porcentaje de pacientes ubicadas en mala y regular calidad de vida se encuentra en el grupo de pacientes con disfunción. Estos datos quizás se modificarían obteniendo grupos con y sin disfunción sexual con el mismo número de integrantes.

Se menciona que la disfunción sexual se vincula a una mala salud física, mala salud emocional y un impacto significativo en la calidad de vida (5).

Mencionando los resultados de los rubros del componente de salud física de las pacientes con mala y regular calidad de vida, las pacientes sin disfunción sexual reportan cifras únicamente en el rol físico y la salud general con un 9% y 18% respectivamente, y no presentan cifras en el dolor corporal y la salud física. Las pacientes con disfunción sexual, presentaron cifras en los 4 rubros, 22% en la función física, 37% en el rol físico, 14% en el dolor corporal y 47% en la salud general.

En cuanto a los resultados de los rubros del componente de salud mental de las pacientes con mala y regular calidad de vida sin disfunción sexual, no presentan datos en los rubros de salud mental y función social, un 9% presenta cifras en la vitalidad y un 27% en salud mental. En contraste, las pacientes con disfunción sexual, presentan cifras en los 4 rubros, con un 33% en vitalidad, un 29% en función social, un 50% en rol emocional y un 12% en salud mental.

En cuanto a los estudios de laboratorio, se recolectaron datos de la química sanguínea en los que se incluyen los valores glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y ácido úrico. De la biometría hemática únicamente se recolectan los de hemoglobina, hematocrito, leucocitos, y plaquetas. Se recolectan valores de examen general de orina.

Del perfil hormonal se obtienen datos de TSH, T3, T4L, GH, Prolactina, FSH, LH, Estradiol y Progesterona. De la valoración reumatológica se obtienen los valores del Factor Reumatoide y la Proteína C Reactiva. No se obtienen resultados del total de las pacientes (n=59) ya que no se encontraron incluidos en el expediente clínico, se obtienen del estudio de glucosa n=49, urea n=46, creatinina, n=48, colesterol, n=44, triglicéridos n=42, ácido úrico n=37, hemoglobina n=45, hematocrito n=46, leucocitos n=45, plaquetas n=45, examen general de orina n=42, TSH n=42, T3 n= 42, T4L n=42, GH n=37, Prolactina n=41, FSH n=41, LH n=41, Estradiol n=41, progesterona n=41, Factor

reumatoide n=38, y proteína C reactiva n=46. De todos los resultados obtenidos, predominan los resultados normales, y no se encontró ninguna significancia estadística con la calidad de vida o con la presencia de disfunción sexual. La literatura reporta los niveles de estrógenos por debajo del nivel normal, tiene asociación con la presencia de disfunción sexual, (4) en este estudio no se encontró asociación. Hay que recordar que uno de los criterios de ingreso a la clínica de psicogeriatría es que se encuentran físicamente estables y con adecuado control, por lo que tal vez esto sea el motivo por el que nuestra muestra presenta casi en su totalidad resultados normales.

Se realiza el cálculo de la media de las pacientes con y sin disfunción sexual en el componente de salud física y sus 4 rubros así como en el componente de salud mental y sus 4 rubros, encontrando que la media de las calificaciones de la escala SF- 36 v1, son más altas en todas las pacientes sin disfunción sexual respecto a las que presentan disfunción, y las desviaciones estándar de todas las calificaciones de pacientes sin disfunción son más pequeñas en todos los casos, por lo que la fluctuación de los datos, respecto a la media es menor en las pacientes sin disfunción.

Se utilizó la prueba t para igualdad de medias. La t de student para datos independientes se usa para comparar medias de variables en grupos de casos que son independientes entre sí, Existe diferencia significativa en mejor calidad de vida en pacientes sin disfunción sexual en 3 de los 4 rubros del componente de salud física (función física con $p= .024$, rol físico $p= .002$ y dolor corporal $p= .006$), así como en la calificación global de este componente con $p= .002$. Existe diferencia significativa en mejor calidad de vida en pacientes sin disfunción sexual en comparación con la que presentan disfunción sexual en el componente de salud mental como resultado global con $p=.047$.

Conclusiones.

-Encontramos datos estadísticamente significativos que asocian un mal resultado en los diferentes rubros y por componentes totales del cuestionario de salud SF-36v1 para medir calidad de vida con la presencia de disfunción sexual en pacientes entre 50 y 70 años.

-El porcentaje de presentación de una a excelente y buena calidad de vida encontrado en ambos componentes de la escala es mayor en el total de las pacientes.

-Se encuentra que es mayor el porcentaje de pacientes que describen una mala a regular calidad de vida en ambos componentes de la escala SF-36 en los grupos de pacientes con disfunción sexual, en comparación con los que no tienen disfunción sexual.

-La función sexual de las pacientes reporta que existe un porcentaje muy grande de pacientes con disfunción sexual (81.4%), en comparación con las que no presentan disfunción (18.6%)

-No encontramos estadísticamente significativo el valor de estradiol respecto a la presencia o ausencia de disfunción sexual como reporta la literatura.

-El porcentaje de pacientes sin disfunción sexual disminuye conforme aumenta la edad en nuestra población.

-El porcentaje de pacientes con disfunción sexual presenta un incremento paulatino al aumentar la edad y se observa un decremento en su presentación posterior a los 65 años en nuestra población.

Bibliografía.

1. **SECRETARIA DE GOBERNACION.** *Población adulta mayor se mantiene activa.* CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. 2010. Boletín no. 23/2010.
2. *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción.* **Organización Panamericana de la Salud.** [ed.] Organización Panamericana de la Salud-Organización mundial de la Salud. Guatemala : s.n., 2010. Actas de una reunión de consulta convocada por la OPS y OMS con la colaboración de WAS. págs. 1-57.
3. *Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz.* **SELL J, PADRÓN R, GARCIA C, TORRE S F.** 2, 2001, Rev Cubana Salud Pública, Vol. 27, págs. 116-125.
4. *Función Sexual Femenina y Factores Relacionados en Pacientes de una Consulta de Ginecología.* **GONZÁLEZ J, HERNÁNDEZ L, TELLEZ C, URDANETA V, ORTUNIO M, GUEVARA H, FUENTES L, CARDOSO R.** 5, 2010, INFORMED, Vol. 12, págs. 259-265.
5. *Female Sexual Function and Dysfunction.* **KRAMMERER-DOAK D, ROGERS R.** 2008, Obstet Ginecol Clin A Am, Vol. 35, págs. 169-183.
6. *Sexual behavior and selected health measures: men and women 15–44 years of age.* **Mosher WD, Chandr a A, Jones J.** 362, United States, 2002. : s.n., 2005, Adv Data, págs. 1-55.
7. *Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships.* **Bancroft J, Loftus J, Long JS.** 32, 2003, Arch Sex Behav, págs. 193-208.
8. *El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.* **VILAUTA G, FERRERA M, RAJMILB L , REBOLOC P, PERMANYER-MIRALDAD G, QUINTANA E J.** 19, Barcelona : s.n., 2005, Gac Sanit, Vol. 2, págs. 135-150.
9. <http://www.worldsexology.org/>. *The World Association for Sexual Health* . [En línea]
10. *The female sexual function Index (FSFI) A Multidimensional Self-Report Instrument for the assessment of female sexual function.* **ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, D'AGOSTINO JR R.** 2000, Journal of Sex & Marital Therapy, Vol. 26, págs. 191-208.
11. *Sexualidad después de los 60 años.* **I., Esguerra.** 2, 2007, av.enferm., Vol. xxv, págs. 124-140.

12. *Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer.* **Blümel J, Binfá L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S.** 69, 2004, REV CHIL OBSTET GINECOL, Vol. 2, págs. 118-125.
13. *The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores.* **Wiegel M, Meston C, Rosen R.** 1, 2005, Journal of sex & Marital Therapy, Vol. 31, págs. 1-20.
14. **Terrein, N.** Instrumentos clinimétricos para la investigación en sexualidad humana. [aut. libro] Arango de Montis Iván. *Sexualidad humana.* s.l. : manual moderno, 2010, 15, págs. 419-441.
15. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide.* **Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B.** Boston: : s.n., 1993, The Health Institute, New England Medical Center;
16. Real Academia Española. . *Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición.* [En línea] <http://buscon.rae.es/draeI/>.
17. **IBM.** *Satistical Package for the Social Sciences versión 17.0.*
18. **Microsoft corporation.** *Microsoft Office Excel 2007.* 2006.
19. *Sexual activity and function i middleaged and older women.* **Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr Cl, et al.** 107, 2006, Obstet Gynecol, págs. 755-764.
20. **Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid.** SPSS para windows. [En línea] [Citado el: 28 de julio de 2011.]

Anexos.

I.- Consentimiento informado.

Se presenta en la siguiente página.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: EVALUACION DE FUNCION SEXUAL FEMENINA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA CLINICA DE PSICOGERIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Describir la función sexual femenina en las pacientes de la clínica de psicogeriatría y la relación con la calidad de vida de dichas pacientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar las escalas FSFI (escala de función sexual femenina) y SF 36 (instrumento de calidad de vida relacionado con la salud)

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de de que resulte necesario se me canalizara para el tratamiento oportuno y adecuado dentro de la unidad.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Dr. Miguel Palomar Baena

8708029

Se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio. Dirección del investigador: Calle 18 No. 86, Col Progreso Nacional GAM DF CP 07600 Tel. 5511328239

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

II.- Otros anexos.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

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

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

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

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

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

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

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad.

Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright © 1995 Medical Outcomes Trust
All rights reserved.
(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:
Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA
RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa