



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

Facultad de Medicina



Facultad de Medicina

**Relación entre estado psicoafectivo y función sexual durante la
contingencia de COVID-19 en pacientes atendidos en clínica de salud
reproductiva del INCMNSZ**

TESIS

Para obtener el diploma de:

Especialidad en Biología de la Reproducción

PRESENTA

Dra. Arlette Enríquez Román

Directora de Tesis

Dra. Loraine Ledón Llanes

Ciudad de México, Agosto 2022





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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

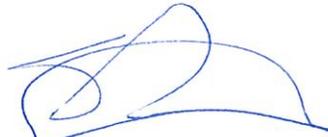
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

TÍTULO DE TESIS:

"RELACIÓN ENTRE ESTADO PSICOAFECTIVO Y FUNCIÓN SEXUAL DURANTE LA
CONTINGENCIA DE COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS EN CLÍNICA DE SALUD
REPRODUCTIVA DEL INCMNSZ"

PRESENTA:

DRA. ARLETTE ENRÍQUEZ ROMÁN



DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DR. FERNANDO LARREA GALLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCIÓN "DR CARLOS
GUAL CASTRO"
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE SUBESPECIALIDAD DE BIOLOGIA DE LA
REPRODUCCIÓN HUMANA



DRA. LORAINÉ LEDÓN LLANES
TUTOR DE TESIS
PROFESOR ASOCIADO AL DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCIÓN
HUMANA

ÍNDICE

Índice.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes.....	5
Marco teórico.....	6
Planteamiento del problema científico.....	8
Hipótesis.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	9
Material y métodos.....	10
Consideraciones éticas.....	15
Organizaciones patrocinadoras.....	16
Resultados.....	16
Discusión.....	21
Límites del estudio.....	22
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	22

INTRODUCCIÓN

En 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la sexualidad como un aspecto central del ser humano y abarca: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. (1). En los años recientes se ha vivido una pandemia causada por el coronavirus SARS COV2, este nuevo coronavirus se identificó en 2019 como causa de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei China y de ahí se diseminó rápidamente a través de los continentes declarándose pandemia el 11 de marzo del 2020. Este evento ha traído múltiples repercusiones en todos los niveles personal, familiar, nacional y mundial y en ámbitos económicos, salud, educación, seguridad, etc. (2) Debido a que la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales; es de esperar que también tuviera repercusiones poco exploradas durante la pandemia. Además, existe evidencia sobre el impacto en salud sexual y reproductiva en desastres a gran escala en Estados Unidos como en desastres naturales y la recesión del 2008, por lo que es esperado que en la pandemia actual también exista este efecto (3).

Recientemente McCool-Myers y col reportaron el impacto en salud sexual en Georgia Estados Unidos en donde encontraron entre los encuestados que 34% presentó disminución del deseo sexual, 27% presentaron dificultades para tener acceso a métodos anticonceptivos y 28% un aumento en discusiones y/o violencia física (4). En junio 2020 Li y colaboradores reportaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en las relaciones de pareja y en la salud sexual y reproductiva en China encontraron que 22% tuvieron disminución del deseo sexual, 41% disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y 31% deterioro de la relación de pareja (5). Por otra parte, además de las consecuencias reportadas en salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 también se han documentado consecuencias psiquiátricas de este evento. Huang y colaboradores en 2021 reportaron una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y desordenes de sueño de 35.1%, 20.1% y 18.2% respectivamente (6). Otro ejemplo es el reportado por Mazza y colaboradores que encontraron entre sus participantes 28% con síndrome de estrés post traumático, 31% con depresión, 42% con ansiedad, 20% con síntomas obsesivos compulsivos y 40% con insomnio al evaluarse un mes después de tratamiento hospitalario.

Con base a los antes mencionado surge la interrogante del efecto en nuestro de la pandemia de COVID-19 en salud sexual y reproductiva. En este estudio nos enfocaremos en evaluar la perspectiva del efecto en la función sexual durante la pandemia de COVID-19 en pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, así como su asociación con el estado psicoafectivo. Para lo cual se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y correlacional a través una entrevista semiestructurada y la aplicación de una batería de cuestionarios autoadministrados para evaluar síntomas depresivos y ansiosos, calidad de vida relacionada con salud, función sexual masculina y femenina y satisfacción marital en pacientes hombres y mujeres atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva de INCMNSZ que habían recibido atención desde el inicio de la pandemia del COVID-19 (marzo 2020 a marzo del

2021) y pacientes atendidos al menos una vez una vez durante los tres años previos al inicio de la pandemia del COVID-19 (2017-2019).

ANTECEDENTES

El efecto de la pandemia del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, así como en la salud mental ha sido de interés por el impacto esperado en la población general. Recientemente McCool-Myers y col reportaron el impacto en salud sexual en Georgia Estados Unidos en donde encontraron una disminución del deseo sexual en 34% de los encuestados y un aumento en 18%. Por otra parte 27% de los encuestados presentaron mayores dificultades para tener acceso a métodos anticonceptivos. En el área de violencia el 28% refirió aumento en discusiones y/o violencia física con otros adultos en casa. 21 de los 423 encuestados reportaron haber sufrido violencia por parte de su pareja desde marzo 2020, 12 indicaron que esta situación empeoró desde que inició la pandemia. Por otra parte 18% de los encuestados reportaron al menos una experiencia negativa en salud sexual y reproductiva durante COVID-19, estas experiencias incluyeron: pérdida de seguro médico debido a COVID-19 (5%), dificultad para acceder a control de natalidad (27%), incapacidad para recibir tratamiento anticonceptivo (10%), experiencia de violencia de pareja (5%) o coerción reproductiva (4%). Estas experiencias negativas fueron mayores en minorías sexuales (bisexuales 24% y homosexuales 28%) (4).

Previamente en junio de 2020 Li y colaboradores reportaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en las relaciones de pareja y en la salud sexual y reproductiva en China; su estudio fue realizado a través de una encuesta en línea a 967 participantes. Ellos encontraron que 22% de los participantes (212) tuvieron disminución del deseo sexual, 41% (396) disminución de la frecuencia de relaciones sexuales, 30% (291) incremento en la frecuencia de masturbación, 20% (192) disminución del consumo de alcohol antes o durante la relación sexual y 31% (298) deterioro de la relación de pareja durante la pandemia (5).

Además de las consecuencias reportadas en salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 también se han documentado consecuencias psiquiátricas de este evento. Huang y colaboradores en 2021 reportaron, basados en una encuesta en línea a 7,235 participantes, una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y desorden de sueño de 35.1%, 20.1% y 18.2% respectivamente. Los pacientes más jóvenes reportaron más prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada y síntomas depresivos comparados con los mayores. Comparado con otros grupos ocupacionales los trabajadores de la salud tuvieron peor calidad de sueño (6). En 406 pacientes que presentaron infección por SARS COV2 Mazza y colaboradores encontraron 28% de ellos con síndrome de estrés post traumático, 31% con depresión, 42% con ansiedad, 20% con síntomas obsesivos compulsivos y 40% con insomnio al evaluarse un mes después de tratamiento hospitalario. En general, 56% presentaron patología en al menos una dimensión clínica de las evaluadas (7). Se considera que las causas de estas alteraciones psiquiátricas es multifactorial con bases orgánicas y del medio ambiente. Respecto a la cuestión biológica, el virus SARS-CoV2 al igual que otros coronavirus ha demostrado neurotropismo afectando el control cardiorrespiratorio central, además la inflamación sistémica y la

neuroinflamación se han asociado a un incremento masivo de las moléculas proinflamatorias cerebrales, reactividad neuroglial, alteraciones neuroquímicas y remodelación anormal de las vías neuronales. Estas alteraciones orgánicas asociadas a estrés ambiental causado por experiencias vividas en terapia intensiva, miedos pandémicos y restricción social han favorecido patologías neuropsiquiátricas como depresión mayor, trastorno bipolar, varias psicosis, trastorno obsesivo compulsivo y síndrome de estrés post traumático (8)

MARCO TEÓRICO

En 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la sexualidad como un aspecto central del ser humano y abarca: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Por su parte la salud sexual fue definida como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. (1).

La salud sexual forma parte de la atención a la salud a la que todos tenemos derecho. La OMS definió la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (1).

La función sexual es la capacidad inherente de los órganos sexuales para ejercer la función que le es propia: procrear, generar bienestar y placer. Por lo tanto la función sexual corresponde a una serie de características observables cuando se inicia el proceso de activación de la unidad/situación estímulo sexual – respuesta sexual en un tiempo determinado. Para la evaluación de la función sexual femenina Rosen y Cols desarrollaron un instrumento que cumplía con la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions que se denominó “Índice de Función Sexual Femenina” y demostró confiabilidad en la evaluación de la función sexual femenina (9).

La definición de bienestar sexual ha sido difícil de precisar. Recientemente en 2021 Mitchell y colaboradores propusieron una definición de bienestar sexual, que no reconoce al bienestar sexual como parte de la salud sexual sino como uno de los cuatro pilares de la sexualidad. Estos cuatro pilares son la salud sexual, el placer sexual, la justicia sexual y el bienestar sexual, los cuales se encuentran en firme relación (10). A continuación se definen estos pilares.

- La **salud sexual**, basada en la definición de la OMS, incluye la regulación de la fertilidad, prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual, prevención de violencia sexual y funciones sexuales (incluyendo el deseo sexual y la excitación) (10).

- La definición del **placer sexual** aborda las diversas satisfacciones físicas y psicológicas de la experiencia sexual, y factores clave como la autodeterminación, el consentimiento, la seguridad, la privacidad, la confianza y la capacidad de comunicarse y negociar las relaciones sexuales. Por lo tanto el placer sexual requiere condiciones sociales y culturales fundamentales de derechos sexuales en términos de equidad, no discriminación, autonomía, integridad corporal y libertad de expresión (10).
- **La justicia sexual** representa los esfuerzos globales para garantizar apoyos sociales, culturales y legales para las experiencias sexuales y reproductivas equitativas y centradas en la persona. La salud pública juega un rol muy importante en la documentación y mitigación de efectos adversos de la disparidad en los derechos humanos; también promueve el acceso equitativo a la justicia restaurativa y distributiva, ayudando a combatir restricciones de la sexualidad con base a la etnia, sexo, y la identidad sexual y de género (10).

Entre los autores que han propuesto diferentes definiciones de bienestar sexual tenemos a Laumann y colaboradores definieron el bienestar sexual como “la evaluación cognitiva y emocional de la sexualidad individual” y utilizaron cuatro signos de satisfacción (la satisfacción física y emocional de las relaciones sexuales, la satisfacción con la salud sexual o función, y la importancia del sexo en la vida personal) (11). Muise y colaboradores usaron una definición similar pero ampliaron la definición para incluir satisfacción con las relaciones y el funcionamiento sexual, conciencia sexual, autoestima sexual y estima de la imagen corporal. Por su parte Syme y colaboradores incluyeron cuatro dimensiones: psicológico (ej. Cognición, emociones y conceptos), social (ej. relación y experiencia compartida), biológico, comportamiento (ej. Función y comportamiento sexual), y cultural (ej. Edad, etapa de vida, género y orientación sexual).

La salud sexual reproductiva en los hombres se puede ver afectada por múltiples razones, una de ellas es favoreciendo la disfunción eréctil en paciente sobrevivientes de COVID19. La disfunción eréctil en estos pacientes tiene múltiples causas, entre ellas disfunción endotelial, hipogonadismo subclínico, trastornos psicológicos, alteraciones hemodinámicas pulmonares y exacerbación de enfermedades cardiovasculares preexistentes (11).

La salud sexual y reproductiva de los hombres se pudo haber afectado durante la contingencia del COVID-19 por múltiples causas. A nivel de órganos sexuales, en los testículos, las células de Leydig expresan ACE2, enzima que se estableció como el punto de entrada del SARS-CoV-2 a las células huésped, por lo que es posible un daño testicular en pacientes con infección por SARS-CoV2. En pacientes con COVID-19 se ha encontrado un estado de hipogonadismo con disminución de la relación testosterona-LH, lo que sugiere un daño en la esteroidogénesis resultando en una disfunción testicular subclínica. En estudios anatómicos post-mortem de tejido testicular de 12 pacientes con COVID12 se encontró una reducción significativa en las células de Leydig, así como edema e inflamación en el intersticio. En un reporte de 21 hombres con COVID19 encontraron que algunos presentaron hipogonadismo hipergonadotrófico durante la enfermedad. Se ha visto que los andrógenos tienen un rol importante en favorecer la transcripción del gen

TMRSS2 que participa en el cebado de la proteína S y facilita la fusión entre el virus y la célula huésped, lo que explicaría la mayor prevalencia de hombres con COVID19 (12).

Por lo antes mencionado podemos suponer que la pandemia de COVID19 tenga un efecto en la salud sexual y reproductiva de los pacientes atendidos en la clínica de salud reproductiva del INCMNSZ. En el siguiente trabajo nos enfocaremos específicamente en la relación entre el estado psicoafectivo y la función sexual durante la contingencia de COVID-19.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto global en la vida de las personas en relación a salud, seguridad, movilidad, educación, economía, etc. La propuesta de este trabajo es determinar los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluida la función sexual, de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, desde sus perspectivas. Las preguntas a contestar serían las siguientes:

- ¿Cuál es la perspectiva de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, acerca de los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre diferentes aspectos de su salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuál es el estado de la función sexual de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, evaluada durante la pandemia del COVID-19?
- ¿Existe asociación entre la función sexual y el estado psicoafectivo (presencia de ansiedad y/o depresión) de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ durante la pandemia de COVID-19?
- ¿Qué relación existe entre la experiencia de contagio de COVID-19, la función sexual y el estado psicoafectivo de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ durante la pandemia de COVID-19?

HIPÓTESIS

Las/los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva de INCMNSZ tiene la perspectiva de que su función sexual se afectó negativamente durante la pandemia del COVID-19 y eso se asoció con su estado psicoafectivo y con la experiencia de contagio de SARS-COV-2.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la evaluación del impacto de la pandemia de COVID-19 en la función sexual y reproductiva estriba en la importancia que tiene esta en la salud integral del individuo. Además, como se ha mencionado previamente, por las características biológicas de la infección por SARS COV-2, así como por el carácter global de afectación en cada área de la vida del individuo, existe el potencial de afectación de la salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19. Esta afectación se espera sea mayor en la población con enfermedades crónicas dada su mayor vulnerabilidad. A pesar de la importancia de la salud sexual y reproductiva existe escasa información sobre el efecto que ha tenido la pandemia de COVID-19 y particularmente en el contexto nacional.

Se espera entre los beneficios de la información obtenida la posibilidad de mejorar y adecuar la atención de la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva dependiendo de las necesidades identificadas en nuestra población.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluida la función sexual, de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, desde sus perspectivas.

Objetivo específicos:

1. Describir la perspectiva de los pacientes ambulatorios mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva del INCMNSZ, acerca de los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre diferentes aspectos de su salud sexual y reproductiva.
2. Explorar la percepción de dichas mujeres y varones en relación a los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre su función sexual.
3. Evaluar algunos aspectos del estado psicosexual actual (estado psicoafectivo, satisfacción de pareja y función sexual) de las mujeres y varones participantes en el estudio.
4. Identificar asociación entre la función sexual y el estado psicoafectivo (ansiedad y depresión) de las mujeres y varones participantes en el estudio.
5. Identificar asociación entre la función sexual y la experiencia de contagio de COVID-19 en las mujeres y varones participantes en el estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y correlacional, en el que se utilizará metodología cuantitativa de investigación.

Variables y desenlaces del estudio:

Variables independientes:

- Información sociodemográfica: edad, sexo biológico, identidad de género, identidad racial o étnica, nivel escolar terminado, ocupación (que realiza y con remuneración), residencia (estado donde reside y características del área de residencia), estado civil, relación de pareja actual (cuántas, tiempo de relación de pareja, tipo de vínculo, convivencia, hijas/os en común), religión, convivencia con otra(s) persona(s) y vínculo.
- Información de salud: experiencia personal de contagio de COVID-19 (cuántas veces, hace qué tiempo se contagió, severidad de los síntomas, secuelas), experiencia de contagio de COVID-19 de persona significativa, fallecimiento por COVID-19 de persona significativa, diagnóstico(s) médicos, tratamiento(s) médico(s), descontrol de padecimiento(s) durante etapa COVID-19 (atención de salud durante la etapa por descontrol, logro de control de salud), atención por servicio de salud mental (motivo), uso de psicofármacos (con prescripción médica, esquema de tratamiento), valoración sobre impacto de COVID-19 sobre salud mental, discapacidad física y/o mental, consumo de sustancia(s) tóxica(s) (tipo, frecuencia y tiempo de consumo, impacto de la pandemia del COVID-10 sobre consumo).
- Información sobre salud reproductiva: (en la mujer) patrón menstrual (variación durante la COVID-19), planificación familiar (uso de métodos, tipo de métodos, cambio en los métodos durante la COVID-19, dificultades en el uso de métodos durante la COVID-19), embarazo (historia, experiencia de embarazo durante la COVID-19, atención de salud, complicaciones, valoración de la atención), aborto (historia, tipo, experiencia de aborto durante la COVID-19, atención de salud, complicaciones, valoración de la atención), tenencia de hijas/os, percepción de dificultades con la fertilidad (tipo, momento de presentación), infertilidad (diagnóstico médico, causa, atención de salud, cambios en la atención recibida durante la COVID-19, tratamiento indicado y su cumplimiento, valoración de la atención), proyecto reproductivo actual (cambios debido a la COVID-19, satisfacción), tamizajes de SSR (realizados antes y durante la COVID-19).
- Información sobre salud sexual: orientación sexo-erótica, actividad sexual coital actual, actividad autoerótica actual, uso de métodos de protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), ITS actual (tipo, tratamiento, sostenibilidad de atención de salud durante la COVID-19, contagio durante la COVID-19, atención de salud en esta etapa, cumplimiento de tratamiento durante COVID-19, valoración de la atención de salud recibida), dificultades sexuales actuales (tipo, momento de presentación, atención de salud, tratamiento indicado, cumplimiento del tratamiento, valoración de la atención de salud

durante la COVID-19), valoración del impacto de la pandemia del COVID-19 sobre relación de pareja, experiencia personal de violencia (contexto, tipo experimentado, persona que perpetró la violencia, apoyo recibido, valoración del apoyo recibida, valoración de la influencia de la pandemia de la COVID-19 en su experiencia).

- Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36): Se basa en la percepción subjetiva que expresa el individuo en relación a 8 conceptos de su salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Aunado a estos conceptos, incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). El resultado máximo de 100 se logra cuando los participantes no notifican incapacidad alguna.
- Estado psicoafectivo: Se evaluará a partir de la presencia y severidad actual de ansiedad y depresión.
Presencia de ansiedad: A través del puntaje total del Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) ≥ 6 .
Severidad de la ansiedad: A través del puntaje total del IAB se describen los rangos de ansiedad: normal (0-9), leve (10-18), moderado (19-29) y severo (≥ 30).
Presencia de depresión: A través del puntaje total del Inventario de Depresión de Beck (IDB) ≥ 10 .
Severidad de la depresión: A través del puntaje total del IDB se describen los rangos de depresión: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (≥ 30).
- Satisfacción de pareja (Escala de satisfacción marital-ESM): A través del puntaje medio de los 24 ítems del cuestionario, distribuidos a través de tres factores: *Factor 1*. Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (10 reactivos). *Factor 2*. Satisfacción con la interacción conyugal (5 reactivos). *Factor 3*. Satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge (9 reactivos). A mayor valor indica mayor satisfacción marital donde la escala varía de 1 a 3.
- Función sexual: Se considerará la valoración de la FS global y por dominios sexuales, y la presencia de deterioro de la FS global y por dominios sexuales.
Presencia de dificultades sexuales: Cuando el puntaje total es < 26.55 en el IFSF y < 53 en el IIFE.
Presencia de dificultades sexuales por dominios sexuales: Cuando el puntaje es < 3.9 en cada uno de los dominios sexuales del IFSF, y < 6 en el deseo sexual, la función orgásmica y la satisfacción sexual global, < 9 en la satisfacción coital, y < 26 en la función eréctil para el IIFE.
- Malestar sexual: Los malestares sexuales son expresiones de la sexualidad, que aunque no constituyen una disfunción sexual de acuerdo a criterios clínicos, tienen un efecto deletéreo en el bienestar sexual de acuerdo con la valoración subjetiva del individuo.

Ubicación temporal y espacial

La población de estudio estará formada por pacientes mujeres y varones atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva de INCMNSZ que habían recibido atención desde el inicio de la pandemia del COVID-19 (marzo 2020 a marzo del 2021) y pacientes atendidos al menos una vez durante los tres años previos al inicio de la pandemia del COVID-19 (2017-2019).

El estudio se realizará con pacientes reclutados a partir del mes de agosto de 2021, en espacios del INCMNSZ que garantizaron la privacidad necesaria para la recogida de la información.

Criterios de selección

Inclusión:

1. Pacientes que asistan de forma presencial a la Clínica de Salud Reproductiva.
2. Pacientes que reciban asistencia de la Clínica de Salud Reproductiva a través de Teleconsulta.
3. Pacientes que acepten participar y otorguen consentimiento informado.

Exclusión:

1. Presencia actual de trastorno o enfermedad psiquiátrica descontrolada que limite los procesos de comunicación, comprensión y lectura necesarios para completar los instrumentos de recolección de la información.
2. Presencia actual de trastornos neurocognitivos severos que limiten los procesos de comunicación, comprensión y lectura necesarios para completar los instrumentos de recolección de la información.
3. Presencia de trastornos neuroevolutivos que limiten los procesos de comunicación, comprensión y lectura necesarios para completar los instrumentos de recolección de la información.
4. Presencia de graves déficits sensoriales (pérdida de visión, habla y/o audición) que impidan la administración individual y recogida de información a través de los instrumentos auto-administrados e interactivos planificados en el estudio.
5. Consumo actual de sustancias psicoactivas que alteren de forma significativa el estado de conciencia, el rendimiento cognitivo y limiten los procesos de comunicación, comprensión y lectura necesarios para completar los instrumentos de recolección de la información.
6. Presencia de otras condiciones personales que explícitamente dificulten la interacción, comunicación, comprensión, y el completamiento administración de los instrumentos planificados (Por ejemplo: trastornos de personalidad descompensados, reacciones situacionales con manifestaciones neuropsicológicas y psico-afectivas severas, entre otros).

Eliminación

1. Pacientes que decidan retirar su consentimiento.
2. Pacientes que no completen la evaluación a través de todos los instrumentos de recolección de la información.

Cálculo de la muestra

La muestra se conformará por 175 pacientes (155 mujeres y 20 varones) atendidos en la Clínica de Salud Reproductiva desde el inicio de la pandemia del COVID-19 (marzo de 2020 a marzo de 2021), y que deseen participar en el estudio. El cálculo del tamaño de muestra se realizó como se describe a continuación:

Debido a que la mayor parte de los pacientes que acuden a las consultas del Departamento de Biología de la Reproducción Humana son mujeres, se escogió al puntaje del IFSF como desenlace primario de este estudio.

El puntaje esperado de IFSF es distinto para cada década de la vida y alcanza su puntaje más alto entre los 35 y los 40 años de edad. Diversos estudios en Estados Unidos (11) Europa (12) y Latinoamérica (13, 14, 15) han reportado consistentemente que el puntaje de IFSF en mujeres control de entre 35 y 40 años es de 30 +/-5 y que la diferencia media entre las distintas décadas de la vida y los pacientes control y quienes sufren de DS es de 5 puntos. Por lo tanto, se consideró una diferencia de 5 puntos como una diferencia clínicamente significativa.

Tomando en cuenta que la distribución de resultados del IFSF no es Gaussiana y utilizando el programa G*Power, versión 3.1., se calculó que para detectar una diferencia de 5 puntos con una prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney con un poder estadístico de 0.8 y un alpha de 0.05, se necesitan 35 pacientes.

De acuerdo con los registros del departamento Biología de la Reproducción Humana, 3065 pacientes (2830 mujeres y 235 varones) recibieron atención al menos una vez durante los tres años previos al inicio de la pandemia del COVID-19 (2017-2019). Con el propósito de obtener una distribución de mujeres y varones similar a la de los pacientes atendidos en las consultas de la Clínica de Salud Reproductiva en dicho período de tiempo, y de reclutar un total de 35 participantes en cada una de dichas consultas, se obtuvo la siguiente distribución y total de la muestra de pacientes a participar en el presente estudio:

Consultas	Mujeres (n/%)	Varones (n/%)	Total
Prevención de cáncer cérvico-uterino	35 (100)	0 (0)	35
Endocrinología del desarrollo	23 (65)	12 (35)	35
Endocrinología reproductiva	30 (87)	5 (13)	35
Planificación familiar	35 (100)	0 (0)	35
Infertilidad	32 (92)	3 (8)	35
Total	155 (89)	20 (11)	175

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado, considerando las 5 consultas de la Clínica de Salud Reproductiva (Prevención de cáncer cérvico-uterino, Endocrinología del desarrollo, Endocrinología reproductiva, planificación familiar e infertilidad) y el sexo (mujeres y varones).

Reclutamiento y procesamiento

Se revisó cada día de consulta de la Clínica de Salud reproductiva la agenda de los pacientes programados tanto presenciales como telefónicos, se revisó que cumplieran los criterios de selección muestral, y se realizó el muestreo probabilístico a través de la herramienta en línea <https://www.random.org/>.

Una vez identificados los pacientes que cumplan los criterios de sección y sean elegidos según el muestreo antes descrito se le invitaron a participar en el estudio. Se continuará este procedimiento hasta que se cumpla la cuota muestral (175), atendiendo a consulta y sexo. En el siguiente trabajo se muestran los resultados preliminares de 40 pacientes.

Se identificarán mediante el expediente clínico electrónico a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Se les invitó a participar el día que reciban atención en la Clínica de Salud Reproductiva, ya sea de forma presencial o a través de Teleconsulta, y se les solicitó su consentimiento informado de forma escrita. Los participantes que recibieron atención en la Clínica de forma presencial y que brindaron su consentimiento para participar en el estudio debían portar cubrebocas al momento de la visita.

A los voluntarios que otorgaron su consentimiento, se les realizó una entrevista semiestructurada y se aplicaron los cuestionarios en condiciones que garantizaron privacidad.

Se utilizó una Planilla de Datos Generales (PDG) dirigida a recolectar datos sociodemográficos, datos de salud (física y mental) y datos de SSR (descritos arriba). Se utilizaron cuestionarios auto-administrados para recolectar información sobre presencia y severidad de ansiedad (IAB), presencia y severidad de depresión (IDB), calidad de vida (SF-36), satisfacción de pareja (ESM), FS y presencia de DS (IFSF e IIFE).

Cada uno de los instrumentos que se utilizaron explora diferentes aspectos relacionados con los objetivos del estudio. La justificación del uso de la PDG se fundamenta en su utilidad para caracterizar diferentes variables (sociodemográficas, de salud física y mental y de SSR) asociadas con la SSR, que puedan servir como controles de las variables dependientes. El instrumento también permite identificar los cambios percibidos por los pacientes en su SSR durante la pandemia del COVID-19, que constituye el propósito central del estudio. La elección de los cuestionarios auto-administrados en relación al estado psico-afectivo (ansiedad y depresión), la calidad de vida y la satisfacción de pareja se justifica en las ventajas que brindan para evaluar y describir en la actualidad otro grupo de variables estrechamente relacionadas con la SSR de los pacientes. El uso de los índices de función sexual femenina (IFSF) y masculina (IIFS) se justifica en que constituyen una medida actualizada de evaluación de la función sexual de los pacientes, que permite además la determinación de la presencia de DS (global y por dominios sexuales), que forman parte de los aspectos más relevantes de la SSR. El número de instrumentos auto-administrados (5 para mujeres y 5 para varones) se justifica en su valor para evaluar en la actualidad diferentes variables independientes (psicosociales y de salud) y dependientes (función sexual, disfunciones sexuales) relacionadas con la SSR, en el reconocimiento nacional e internacional de dichos cuestionarios como instrumentos válidos y confiables para acceder a la información diana, y en su factibilidad para ser utilizados en la investigación.

Se complementó la información brindada por las/los pacientes (especialmente de salud y de SSR) con información de sus registros médicos.

ANALISIS ESTADISTICO

Para proporcionar información sobre las características basales de la población se realizó un análisis descriptivo de las variables principales de interés utilizando frecuencias y porcentajes para variables no continuas y medias \pm desviaciones estándar o medianas (Q25- Q75) para variables continuas con distribución normal o anormal, respectivamente.

Las prevalencias de alteración en la función sexual, en la población de pacientes se e expresaron con frecuencias relativas, las cuales se compararán con X^2 y se usaron para estimar la razón de prevalencias.

Las características de las/los pacientes con y sin alteración en la función sexual se contrastaron con la prueba de comparación X^2 en el caso de variables categóricas, t-Student para variables continuas y distribución normal y Mann Whitney U para variables continuas con distribución anormal.

Para identificar factores asociados a dificultades sexuales, se realizó una regresión logística multivariada ajustada por las posibles variables confusoras.

Se considerarán estadísticamente significativos los valores de $P < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo antes descrito fue sometido al comité de Ética e Investigación de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con registro de aprobación BRE-3739-21-22-1.

La participación en este estudio fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los participantes. Previo al inicio de la participación de estudio a los candidatos se les permitió leer, analizar y aclarar dudas, para posteriormente firmar el consentimiento informado. Se realizó la entrevista semiestructurada en un ambiente apropiado para la recogida de información, de modo que la entrevista fuera cómoda y garantizara la privacidad de los voluntarios.

El estudio no implicó ningún procedimiento invasivo de intervención. Sin embargo, los temas tratados en la entrevista semi-estructurada y cuestionarios pueden resultar sensibles y causar cierta incomodidad al paciente, en particular aquellos que implican evidenciar algún problema con la salud sexual y reproductiva (presencia de disfunción sexual, de ITS/VIH-sida, de infertilidad, evidencia de conflictos en el área de pareja, experiencia de violencia). Por estas razones, las entrevistas se realizaron por un investigador con entrenamiento en la exploración y manejo de estos temas.

En caso de detectar eventualidades como la necesidad de atención de salud y orientación en salud sexual y reproductiva se canalizó a los servicios apropiados.

ORGANIZACIONES PATROCINADORAS

La primera etapa del estudio ha sido apoyada por la Universidad Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), a través del Premio-Cátedra Salvador Zubirán. El Departamento de Biología de la Reproducción Dr. Carlos Gual Castro del INCMNSZ ha sostenido un apoyo sistemático para el desarrollo de la presente investigación.

RESULTADOS

A continuación se presentaran los resultados preliminares de los primeros 41 pacientes reclutados en el protocolo antes descrito, los cuales corresponden a 39 mujeres y 2 hombres que se reclutaron del periodo de agosto del 2021 a mayo del 2022.

Las **características sociodemográficas** se presentan en la **tabla 1**. La mayoría de los pacientes fueron mujeres con una mediana de edad de 39 años. Los pacientes entre 20-39 años representaban el 53% de la muestra, mientras que los pacientes de 40 a 59 años representaban el 47%. Por otra parte, tenían grado de estudio por encima de la media nacional con una mediana de 17 años de estudio, el 51.7% de los participantes tenían licenciatura o posgrado. Por otra parte la mayoría tenía pareja y eran residentes de la Ciudad de México.

Tabla 1: Datos sociodemográficos

Variable	Pacientes n= 41
Edad ^a	39 (23-57)
Mujeres ^b	37 (95.1)
Años de estudios ^a	17 (3-22)
Con pareja ^b	29 (70.7)
Ciudad de México ^b	27 (65.8)

a (mediana; mínimo- máximo)

b (n, %)

Por las características de nuestra población el 100% de los participantes tenían alguna comorbilidad, el tipo de comorbilidad más frecuente fue enfermedades endocrino-metabólicas, seguida por enfermedades reumatológicas. **Tabla 2**. El 29% de los entrevistados presentaron algún episodio de infección por SARS COV2.

Tabla 2: Datos de salud

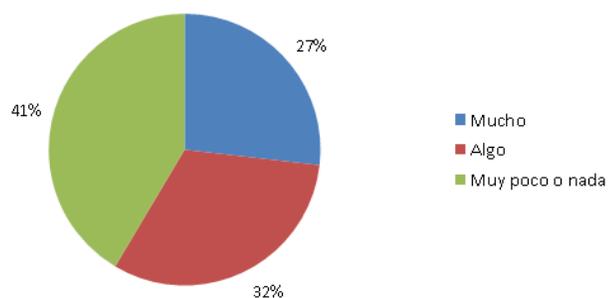
Variable	Pacientes n= 41
Número de comorbilidades ^a	2 (1-8)
Enfermedades endocrino-metabólicas ^b	31 (75.6)
Enfermedades reumatológicas ^b	19 (46.3)
Enfermedades gastrointestinales ^b	10 (24.3)
Enfermedades del sistema reproductivo ^b	8 (19.5)
Enfermedades del sistema renal ^b	7 (17)
Otros ^b	38 (92.6)
Contagio de infección por SARS COV2 ^b	12 (29.3)

a (mediana; mínimo- máximo)

b (n, %)

Al interrogar la percepción subjetiva de afección de su salud mental el 59% reportaron presentar algún grado de afectación, como se muestra en la **figura 1**.

Figura 1: Percepción de afectación de la salud mental durante pandemia

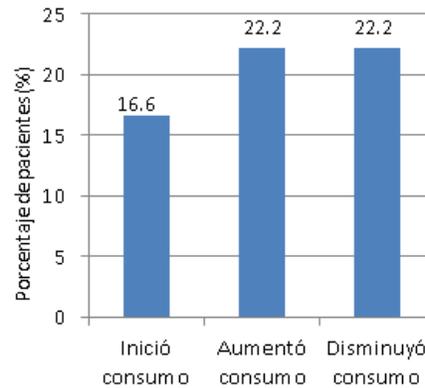


El 43.9% de los entrevistados reportó consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, la más frecuente fue alcohol como lo reporta la **tabla 3**. Al interrogar la percepción de la variación de consumo de estas sustancias durante la pandemia el 44% reportó alguna variación en el consumo. En la **figura 2** se muestra el tipo de variación en el consumo que fue reportado por los entrevistados.

Tabla 3. Tipo de sustancias psicoactivas que consume

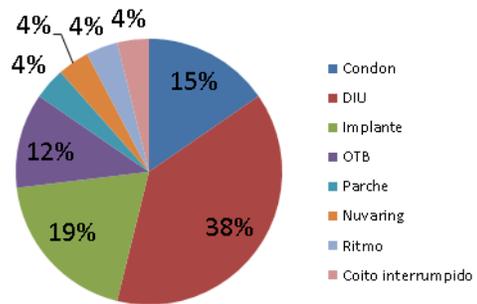
Tipo de sustancias	Pacientes (%)
Alcohol	83.3
Cigarro	27.8
Otras drogas	11.1

Figura 2. Tipo de variación en el consumo de sustancias psicoactivas



El 56.1% de los pacientes entrevistados usaban algún método anticonceptivo. La **figura 3** representa la distribución de estos métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos de acción prolongada (LAR) representaban el 57% de los métodos utilizados. Entre los métodos LAR y definitivos se abarcaba el 69% de los pacientes con métodos anticonceptivos.

Figura 3. Uso de métodos anticonceptivos (MAC) n=23 (56.1%)



El 30.4% de los participantes percibió alguna dificultad con el uso de su método anticonceptivo durante la pandemia de COVID-19. El tipo de dificultad más frecuente fueron efectos secundarios del método. De los pacientes que presentaron dificultades en el uso del método anticonceptivo solo el 28.5% busco atención por esta dificultad.

Tabla 4.

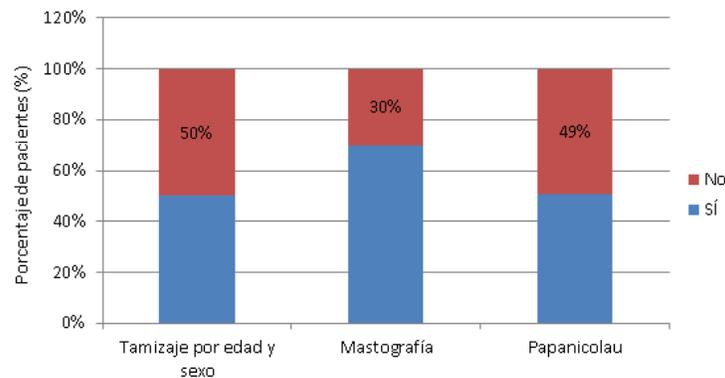
Tabla 4. Tipo de dificultades percibidas con uso de MAC durante la pandemia

Tipo de dificultad	Pacientes (%) n=7
Efectos secundarios	71.4
Acceso a método	28.5
Cambio de método	14.2
Buscó atención por dificultad con uso del método	28.5

Respecto a los tamizajes de órganos sexuales se excluyeron los dos pacientes hombres porque por su edad no eran candidatos a ningún tamizaje. Por su parte de las pacientes que requerían tamizaje ajustado a edad y sexo solo el 50% continuó realizándose los mismos. El 30% de las

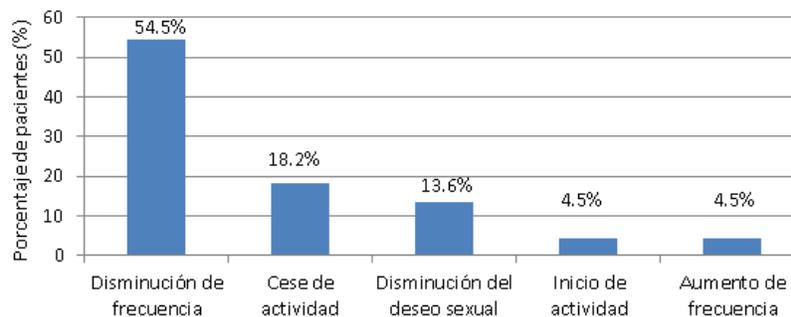
pacientes que requerían mastografía no se la realizaron durante la pandemia y el 49% de las pacientes que requerían papanicolau. **Figura 4.**

Figura 4. Proporción de pacientes con continuidad en tamizajes de cáncer de mama y cérvico-uterino durante la pandemia

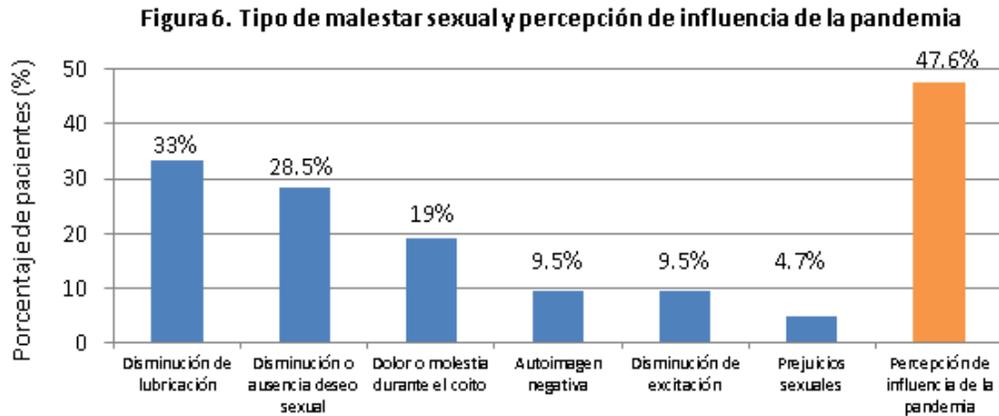


Por otra parte, en el área de salud sexual el 53.7% de los pacientes reportó alguna modificación en su actividad coital durante la pandemia. El 86% con una modificación percibida como negativa en la actividad coital, siendo lo más frecuente la disminución de la frecuencia de la actividad coital con un 54.5% de los entrevistados. **Figura 5.**

Figura 5. Tipo de modificación en actividad coital



Además el 51.2% de los pacientes reportó algún malestar sexual durante la pandemia. El más frecuente fue disminución de la lubricación seguido de disminución o ausencia del deseo sexual, como se observa en la **figura 6.** El 47.6% de los pacientes que reportó algún malestar sexual consideraron que estos fueron influenciados por la experiencia vivida durante la pandemia de COVID-19.



Al interrogar si esta experiencia vivida durante la pandemia había influido en su relación de pareja el 61% de los entrevistados consideraba que esta había influido en la misma. De estos pacientes el 59% consideró que esta influencia fue negativa para la relación. **Figura 7.**

De los participantes del estudio el 26.8% refirió haber vivido algún episodio de violencia durante la pandemia. Los tipos de violencia que se presentaron más frecuentemente fue violencia psicológica y emocional con 81.8% y 63.6% respectivamente. Cabe destacar que el 36.3% experimentó violencia física y 9.5% violencia sexual, como se describe en la **tabla 5**. El lugar más frecuente donde se produjo el evento de violencia fue en el hogar, seguido del trabajo. El perpetrador más frecuente fue la pareja. **Figura 8.** A la pregunta de si consideraban que la vivencia de la pandemia de COVID-19 había influido sobre la experiencia de violencia, el 82% tenía la perspectiva de que si había influido, la mayoría de ellos atribuían esa influencia al aumento del estrés en el perpetrador de violencia.

Figura 7. Tipo de influencia en la relación de pareja n=22

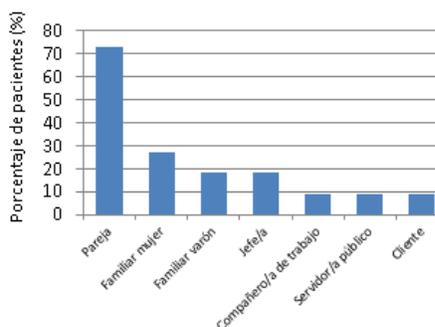


De los entrevistados que habían experimentado algún episodio de violencia el 55% no busco ayuda ante esta experiencia. El 33% consideró que no debía hablar de lo ocurrido, 17% no buscó ayuda por miedo a contagiarse de COVID, 17% pensó que sería transitorio, 17% no lo consideró necesario y 16% desconocía que podía pedir ayuda.

Tabla 5. Experiencia de violencia durante la pandemia

Variable	Pacientes (n,%)
Experiencia de violencia	11 (26.8)
Tipo de violencia	
Emocional	9 (81.8)
Psicológica	7 (63.6)
Física	4 (36.3)
Sexual	2 (9.5)
De género	2 (9.5)
Económica	2 (9.5)
Verbal	1 (4.7)

Figura 8. Perpetrador/a de violencia



DISCUSIÓN

Los resultados presentados en este estudio son los datos preliminares de la evaluación del impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en pacientes atendidos en la clínica de salud reproductiva del INCMNSZ.

Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura. Respecto al acceso a métodos anticonceptivos, en 2022 McCool-Myers y colaboradores reportó en usuarios de Georgina Estados Unidos que el 27% tuvo dificultades para el acceso a los mismos. Resultado muy similar a lo reportado en nuestro estudio donde el 30.4% percibió alguna dificultad en el uso de métodos anticonceptivos.

Respecto al ámbito de salud sexual, en China Li y colaboradores en 2020 reportaron entre sus entrevistados una disminución de 22% en el deseo sexual, 41% disminución de la frecuencia de la actividad sexual y 31% deterioro de la relación de pareja. Por su parte McCool-Myers encontraron que 34% de sus participantes tuvieron disminución del deseo sexual y 18% aumento del mismo. En nuestro estudio hubo una mayor disminución de la frecuencia de actividad sexual en 72.7% de los entrevistados, 54.5% había tenido disminución de la frecuencia y 18.2% cese de la misma. Por su parte fue menor la disminución del deseo sexual que se presentó en 13.6% de los entrevistados, solo 4.5% presentaron aumento de la frecuencia. Respecto a la relación de pareja fue similar debido a que nuestros pacientes reportaron en 61% que hubo una influencia de la pandemia en la relación de pareja de los cuales el 59% fue una influencia negativa.

Un área preocupante que detectamos en nuestro estudio fue el referente a la experiencia de violencia durante la pandemia y que ya había sido reportado en otros estudios. Un estudio previo en nuestro país publicado en 2021 por Vázquez-Santiago que presentó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19 encontró una prevalencia de violencia en el hogar de 5.8%. De estos casos el 11-35% de presentó por primera vez durante la pandemia. Por nuestra parte encontramos que 26.8% de los entrevistados presentaron algún tipo de violencia, siendo el perpetrador más frecuente la pareja y el lugar donde se vivió la violencia más frecuente el hogar.

LÍMITES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio consiste en que se trata de resultados preliminares con una parte de la muestra total por lo que al momento solo pueden darnos idea de la tendencia de los resultados, aunque por el momento se comportan de forma similar a como se ha reportado en la literatura.

Por otra parte este protocolo evalúa la percepción subjetiva del impacto que ha tenido la pandemia en la salud sexual y reproductiva en los pacientes atendidos en la clínica de salud reproductiva del INCMNSZ, por lo que no es un estudio que pueda determinar causalidad.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones a las que podemos llegar al momento son las siguientes:

- Los pacientes estudiados de la Clínica de Salud Reproductiva del Departamento de Biología de la Reproducción perciben que la pandemia de la COVID-19 ha influido en el deterioro de su salud sexual y reproductiva.
- Dicha influencia se expresa fundamentalmente en la percepción de disminución de la actividad sexual, malestares sexuales, deterioro de la relación de pareja y experiencias de violencia en el contexto de la pareja.
- Los resultados apoyan la relevancia de continuar brindando atención sistemática a la salud sexual y reproductiva de pacientes con enfermedades crónicas del Instituto, desde una perspectiva de salud integral, de prevención y con enfoque de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio Auriolés E. Lo que todo clínico debe saber de sexología. 1st ed. Ciudad de México: Amssac asociación; 2015.
2. She J, Jiang J, Ye L, Hu L, Bai C, Song Y. 2019 novel coronavirus of pneumonia in Wuhan, China: emerging attack and management strategies. *Clinical and Translational Medicine*. 2020;9(1).
3. Lindberg L, Bell D, Kantor L. The Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young Adults During the COVID-19 Pandemic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2020;52(2):75-79.
4. McCool-Myers M, Kozłowski D, Jean V, Cordes S, Gold H, Goedken P. The COVID-19 pandemic's impact on sexual and reproductive health in Georgia, USA: An exploration of behaviors, contraceptive care, and partner abuse. *Contraception*. 2022;.
5. Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(8):e20961.
6. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020;288:112954.

7. Mazza M, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:594-600.
8. Steardo L, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1).
9. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
10. Mitchell K, Lewis R, O'Sullivan L, Fortenberry J. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health?. *The Lancet Public Health*. 2021;6(8):e608-e613.
11. Laumann E, Paik A, Glasser D, Kang J, Wang T, Levinson B et al. A Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being Among Older Women and Men: Findings From the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 2006;35(2):143-159.
12. Sansone A, Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Colonnello E, Vena W et al. Addressing male sexual and reproductive health in the wake of COVID-19 outbreak. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2020;44(2):223-231.
13. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez O, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:994. DOI: 13.3390/ijerph17030994.
14. Blümel J, Bravo F, Recavarren M, Sarrá S. Función sexual en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2003;131(11):1251-5.
15. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez O, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:994. DOI: 13.3390/ijerph17030994.
16. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav* 2017; 47:797–810. DOI 10.1007/s10508-017-0976-7.