



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPRESIÓN Y EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS EN LA UMF No. 16 IMSS QUERÉTARO”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Lorena Córdoba Urtiz

Dirigido por:

Maestro en Geriátria Rubén de León Arcila

SINODALES

M en G Rubén de León Arcila

Presidente

M.I.M.E.M Lilia Susana Gallardo Vidal

Secretario

Dra. C.S. Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara

Vocal



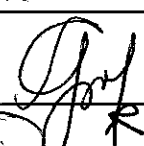
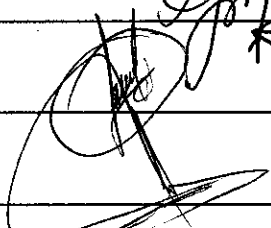
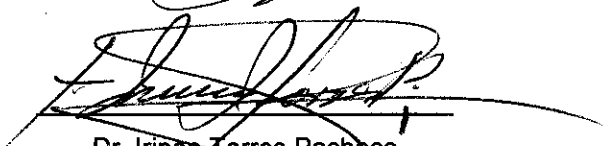
Dr. Hebert Luis Hernández Montiel

Suplente

Dr. José Trinidad López Vázquez

Suplente


Méd. Esp. Enrique A. López Arvizu
Director de la Facultad de Medicina






Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2012
México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual en mujeres mayores de sesenta años en la UMF No.16.de octubre 2009 a enero 2011. Metodología: Se realizó un estudio correlacional en mujeres, de 60 o más años de edad, que supieran leer y escribir, que aceptaran participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado y que obtuvieran más de 15 puntos durante la aplicación del mini-mental de Folstein. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la fórmula para estudios correlacionales, con un n de 85. Se muestreo de forma probabilística, aleatorio simple. Se recabaron variables sociodemográficas, se aplicó el mini examen-mental de Folstein, la escala de Yesavage y el Índice de función sexual femenino (IFSF). Se analizó con promedios, frecuencias y se correlacionó con la prueba de Spearman, con un nivel de confianza del 99%. Resultados: Se estudiaron 98 mujeres, entre 60 a 69 años de edad el 67.3%, con escolaridad primaria 35.7%, casadas 82.7%, con disfunción sexual 58.2%, con deterioro cognitivo leve 24.5%, depresión leve 27.5% y depresión establecida 9.1%. Se encontró correlación negativa entre depresión y la y la disfunción sexual -0.655 con una $p=0.000$. Conclusiones: La depresión es una condición frecuente en los adultos mayores que influye de manera negativa en la función sexual.

(**Palabras clave:** Correlación, depresión, Índice de Función Sexual.)

SUMMARY

Objective: To determine the correlation between the degree of depression and the Sexual Function Index in women over 60 at the UMF No. 16 from October 2009 to January 2011. Methodology: A correlational study was done of women 60 years of age or more who knew how to read and write, accepted to participate in the study, previous informed signed consent and who obtained more than 15 point on the Folstein mini-mental test. The estimate for the size of the sampling was carried out with the formula for correlational studies, with an n of 85. Sampling was of the probabilistic, simple aleatory type. Socio-demographic variables were obtained; a Folstein mini-mental exam was given, Yesavage scale and the Female Sexual Function Index (IFSF). Analyses were carried out with averages and frequencies and correlated with the Spearman test, with a confidence level of 99%. Results: 98 women were studied between 60 and 69 years of age 67.3%, elementary school education 35.7%, married 82.7%, with sexual dysfunction 58.2%, with slight cognitive deterioration 24.5%, slight depression 27.5% and diagnosed depression 9.1%. A negative correlation was found between depression and sexual dysfunction -0.655 with $p=0.000$. Conclusions: Depression is a frequent condition among older adults which has a negative influence on sexual function.

(Key words: Correlation, Depression, Sexual Function Index)

DEDICATORIA

A mi amado esposo

A mis hijas Paulina y Valentina

A mis papás

Todo por ellos y para ellos

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar gracias a Dios por un logro más obtenido, porque siempre me ha ayudado a lograr mis sueños.

A mis padres, por acompañarme en este largo camino, por el apoyo incondicional, por el amor, porque sé que mis logros son suyos también.

A mi esposo, por la paciencia que me ha tenido desde que inicie este nuevo sueño, por apoyarme y comprender esta carrera tan ajena a él.

A Pau, que ha sido estudiante de medicina, interna, pasante y residente conmigo, por todas esas horas que no hemos ido al parque ni a la biblioteca.

A Valentina que aprendió a decir tarea al mismo tiempo que mamá y papá.

A mis hermanas y hermano, por el apoyo en todos estos años.

Al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco, maestro y amigo, por todo lo que he aprendido de él desde la carrera, por todo el apoyo en la residencia.

Al Dr. Rubén de León Arcila, por su apoyo en la realización de esta tesis, por todos esos conocimientos transmitidos.

A la Dra. Lety Martínez, porque siempre está ahí para apoyarnos, enseñarnos, corregirnos y ayudarnos a ser mejores, siempre con la mejor sonrisa.

A cada uno de los Médicos Familiares y No Familiares que me enseñaron a amar esta Especialidad.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. Introducción	1
I.1 Objetivo General	4
I.1.1 Objetivos específicos	4
I.2 Hipótesis	4
II. Revisión de la literatura	5
II.1 Definición de adulto mayor	5
II.2 Sexualidad en el adulto mayor	5
II.3 Disfunción sexual	9
II.4 Depresión	12
III. Metodología	15
III.1 Diseño de la investigación	15
III.2 Análisis estadístico	18
III.3 Consideraciones éticas	18
IV. Resultados	20
V. Discusión	35
VI. Conclusiones	40
VII. Propuestas	41
VII. Literatura citada	42
VIII. Anexos	48

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Título	Página
IV.1	Frecuencia según intervalo de edad en mujeres mayores de sesenta años.	22
IV.2	Frecuencia de escolaridad en mujeres mayores de sesenta años.	23
IV.3	Frecuencia del estado civil en mujeres mayores de sesenta años.	24
IV.4	Evaluación de la función sexual mediante el Índice de Función Sexual de Rosen.	25
IV.5	Evaluación del estado mental mediante el mini examen del estado mental de Folstein.	26
IV.6	Evaluación de la depresión de acuerdo a la escala abreviada de Yesavage para depresión en el paciente geriátrico.	27
IV.7	Grados de escolaridad por grupos de edad en mujeres mayores de sesenta años.	28
IV.8	Estado civil por grupo de edad.	29
IV.9	Estado de salud mental por grupo de edad.	30
IV.10	Escala de depresión por grupo de edad.	31
IV.11	Función sexual por grupo de edad.	32
IV.12	Correlación de Spearman entre grado de depresión e Índice de Función Sexual de Rosen en mujeres mayores de sesenta años.	33
IV.13	Correlación de Spearman entre depresión y función sexual en mujeres mayores de sesenta años con depresión.	34

I. INTRODUCCIÓN

La demografía actual en la mayoría de los países tiene la tendencia a cambiar, las pirámides poblacionales, que anteriormente eran pirámides se vuelven rectangulares, lo que muestra que la población se encuentra en fase de envejecimiento (Cutipa, 2005).

En México existen 8.65 millones de personas de 60 años y más, de los cuales 4.46 millones son mujeres y 4.19 millones son hombres. Así mismo en Querétaro la población de 60 años y más es de 300 000 hombres y 350 000 mujeres (INEGI, 2009). En la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del IMSS Querétaro, existen 9,278 mujeres mayores de 60 años (SIMO, 2010).

Para 1930 la esperanza de vida en México para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33 años. Gracias a los avances de la tecnología y el acceso a la atención médica en el 2009 la tendencia cambió a 77.4 y 72.6 años, respectivamente. En Querétaro, la esperanza de vida es mayor que la media nacional, incrementándose a 72.8 años en los hombres y 77.8 años en mujeres (INEGI 2009; Martín et al., 2009). El Consejo Nacional de Población, estimó que la cantidad de adultos mayores se duplicará en el año 2025, y para 2050, representará la cuarta parte de la población mexicana (Aguilar-Navarro et al., 2007; Martín et al., 2009).

Según Arena (2006), a mayor edad de la persona, la función sexual disminuye lentamente. En las mujeres mayores de 60 años, la sexualidad depende de varios factores; biológicos, económicos, religiosos, culturales y afectivos como depresión o abandono. La sexualidad en la vejez debe ser enmarcada en relación a aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que los cambios fisiológicos en el anciano no son barreras para tener relaciones sexuales y que a pesar de las limitaciones, se puede tener satisfacción sexual en la vejez (Martín et al., 2009).

Del 30% al 50% de las mujeres en la menopausia puede presentar disfunción sexual, por lo que hay mujeres que en esta etapa presentan

sentimientos negativos, de baja autoestima, de deterioro físico, pérdida de juventud, todo esto secundario a endocrinopatía climatérica, que viene acompañada de diferentes grados de depresión (Arena, 2006; Manolis y Doumas, 2008).

En la valoración integral del anciano es importante descartar depresión, ya que esta puede hacer mejorar o empeorar la calidad de vida de la persona, sobre todo en el ámbito sexual. Así como la capacidad de expresar los deseos sexuales propios los cuales no se afectan con la edad.

Una mujer con adecuada salud mental, psicológicamente apta, independientemente de su edad, gozará de una placentera, libre y plena sexualidad. El climaterio no es una excepción y difícilmente un factor biológico puro pueda interponerse a una mujer psicológicamente sana y dispuesta a disfrutar su sexualidad (Heiman, 2007).

Las disfunciones sexuales suponen, por su magnitud y repercusiones, un auténtico problema de salud pública. Éstas repercuten en la calidad de vida de quienes la presentan y hay una significativamente menor satisfacción en sus relaciones íntimas así como peores indicadores de calidad de vida (Ortega, 2008).

Asumir esta etapa de la vida como cambio fisiológico en la mujer, conociendo los cambios físicos y proporcionándoles las herramientas terapéuticas, higiénico-dietéticas y farmacológicas para ayudar a mejorar la autoimagen corporal de las mujeres, mejorará la autoestima y potenciará el desarrollo sexual y personal (Arena, 2006).

La población en general no relaciona los trastornos sexuales con enfermedades que presentan, esto implica un agravamiento de enfermedades, un empeoramiento del estado psíquico. Una vida sexual activa y sana es un magnífico antídoto contra los problemas mentales y existe evidencia científica de estrecha relación entre disfunciones sexuales y estados depresivos o viceversa.

(Ortega, 2008). Incluso Huang-Kuang (2007) encontró que a mayor actividad sexual hay menor mortalidad.

Los profesionales de salud tienen dificultad en considerar la vida sexual del anciano como una realidad, no incorporan esa realidad en la agenda de trabajo (Olivi et al., 2008). La dificultad del interrogatorio de la salud sexual exige capacidad de observación para detectar entre líneas de la sintomatología de la paciente, a lo que se le agrega la dificultad para interrogarla por el pudor de la paciente en contestar algunas preguntas (Arena, 2006).

Los problemas sexuales no diagnosticados o no tratados pueden provocar una depresión o el aislamiento social (Lindau, 2007).

La paciente con trastornos en su sexualidad tiene derecho a recibir una atención médica adecuada, debido a la repercusión de las disfunciones sexuales en el estado general de salud (Ortega, 2008).

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre el grado de depresión y el índice de función sexual en mujeres mayores de sesenta años en la UMF No. 16.

I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En mujeres de 60 y más años de edad, de la UMF 16:

1. Determinar las variables sociodemográficas
2. Determinar el estado mental
3. Determinar el grado de depresión
4. Determinar el índice de función sexual.

1.2 HIPÓTESIS

Ha. La depresión se correlaciona con el índice de función sexual en mujeres de sesenta años y más.

Ho: La depresión no se correlaciona con el índice de función sexual en mujeres de sesenta años y más.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 Definición de adulto mayor

Desde 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala como adulto mayor a la persona de 60 años o más de edad.

El envejecimiento es un fenómeno bio-psico-social, que se lleva a lo largo de toda la vida y no es sinónimo de enfermedad (Terrés-Speziale, 2005).

II.2 Sexualidad en el adulto mayor

La OMS define la Salud Sexual como la “integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Y define también a la “salud sexual” como un derecho básico del ser humano (Tomás et al., 2007).

Por lo tanto, la salud sexual geriátrica es la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor y placer, con o sin coito (Nieva, 2010). La sexualidad geriátrica es un área especialmente maltratada, poco conocida y entendida por la sociedad, por los ancianos y también por los médicos (Alonso et al., 2004).

La sexualidad más que aprendida es construida, es decir, las manifestaciones que uno tiene de su sexualidad se van construyendo a lo largo de la vida. En todas las etapas de la vida del individuo, las manifestaciones son distintas; se busca siempre el placer y la reproducción como prolongación de la especie; en el anciano declina la actividad sexual pero no desaparece (Nieva et al., 2010).

El modelo tradicional de la DSM-IV describe la fase inicial del deseo sexual, lo que lleva a la excitación, a continuación orgasmo y resolución. El deseo

involucra componentes fisiológicos, cognitivos y de conducta y se manifiesta por congestión pélvica, congestión y lubricación vaginal. El orgasmo es el resultado de la estimulación física máxima señales apropiadas de acondicionamiento psíquico, del cerebro que culmina en la medula espinal reflejo mediante las contracciones rítmicas de los órganos sexuales y los cambios asociados cardiovasculares y respiratorios. Este modelo funciona bien para los hombres, un concepto alternativo sostiene que entre las mujeres mayores con relaciones sexuales la respuesta sexual no es lineal sino una respuesta compleja y mezclada. La conciencia de deseo sexual por sí sola no es a menudo una razón para iniciar la actividad sexual. A partir de un estado mental sexual las mujeres eligen tener o no relaciones sexuales (Muniyapa et al., 2005).

Nuestra cultura se asienta en una tradición sexofóbica, en que la sexualidad es vista como peligrosa, vil y sucia. En esta cultura se han socializado nuestros adultos mayores (López-Sánchez, 2005).

Si bien la fisiología sexual sufre cambios en el envejecimiento, el deseo de vivir conscientemente la sexualidad persiste en gran número de adultos mayores. Sin embargo, su sexualidad es objeto de prejuicios, se piensa que se pierde todo interés sexual cuando se envejece. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte, aún cuando sea alterado por los cambios del envejecimiento. La problemática de la expresión sexual en el anciano se agrava, entre otros factores, por la tendencia a ignorar sus capacidades, deseos y necesidades en la esfera sexual, la falta de pareja por viudez, divorcio o abandono, falta de apoyo familiar y presencia de enfermedades mentales y físicas. Sin embargo, en el caso de los viudos las probabilidades de mantener relaciones sexuales con otra pareja son mayores que en las viudas, al considerar en este último grupo la influencia de factores familiares, sociales y religiosos (Arena, 2006).

Esta tendencia de viudez mayor en las mujeres puede hacer desaparecer la sexualidad en la mujer ya que la sociedad no aprueba que busquen una nueva

pareja, por lo tanto renuncian a la sexualidad (Cutipa y Schneider, 2005). Envejecer resulta más complicado para las mujeres por el gran peso cultural que se le da a la juventud y a la maternidad (Ortiz y García, 2002).

Resulta un tópico decir que la sexualidad en los ancianos no existe. Negar dicha existencia es tan incorrecto como ridiculizarla ya que la sexualidad es una constante vital que se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas y acompaña a los humanos hasta su muerte (Prieto, 2006).

Un 60% de las personas de la tercera edad hablan de su sexualidad; con su pareja, familiares o amigos, siendo mayor esta comunicación en el varón, probablemente influenciado por aspectos educativos, culturales y sociales. El 90% de las mujeres perimenopausicas reportan una o más preocupaciones sexuales. El 50% de esas mujeres buscan discutir sus preocupaciones con su médico, quien en contraparte, sólo en un 19% buscan iniciar el tema de la sexualidad con sus pacientes geriátricos (Novi y Book, 2009).

El rechazo a la sexualidad geriátrica parece formar parte de un estereotipo cultural muy difundido y que pretende que a las personas de la tercera edad se les considere, débiles y ausentes de interés sexual; además ésta también es vista como un tabú. Son las actitudes culturales que denigran a la vejez y reservan la sexualidad para la juventud, las que más dañan al adulto mayor. Por eso, muchos ancianos piensan que no deben mostrar sus necesidades sexuales (Prieto, 2006).

En la vida diaria, la familia y la sociedad no están preparadas para preservar un espacio destinado a la expresión de la sexualidad, ya que el solo hecho de hacer una manifestación pública de afecto como, abrazar, besar, expresar deseos de pretender o tener una pareja, son motivos para juzgar y ridiculizar, lo que conlleva a señalar que las manifestaciones sexuales equivalen a desviaciones o perversiones (Tomás et al., 2007).

Estos factores son mayores en las mujeres, quien a cierta edad, se ve influenciada negativamente en el desarrollo sexual por la familia, las creencias religiosas y los mitos (Prieto, 2006).

Los cambios fisiológicos de las personas de la tercera edad son principalmente: en la mujer, disminución progresiva del ritmo de ovulación, pérdida progresiva de la función de los ovarios, modificaciones en la figura corporal, disminución gradual el tejido graso pubiano, disminución en la lubricación vaginal, atrofia de vejiga, adelgazamiento de la mucosa vaginal, disminución del tamaño del útero, trompas de Falopio y ovarios (Mayer et al.,2007; Nieva, 2010; Prieto, 2006).

En general los principales cambios en la respuesta sexual en la mujer adulto mayor son: menor lubricación vaginal, mayor tiempo de estimulación para alcanzar una lubricación vaginal adecuada, disminución de la elasticidad vaginal, micciones postcoito abrasivas, persistencia de la capacidad multiorgásmica, aumento del tamaño del clítoris (Manolis-Doumas, 2008; Prieto, 2006).

La vejez no implica pérdida de la capacidad sexual a pesar de los cambios. La molestia para mostrarse desnudo frente al compañero, es mayor en la mujer que en el hombre. Para los adultos mayores, la falta de contacto físico puede generar sentimientos de aislamiento y soledad. La mayoría de ellos creen que las caricias íntimas, pero no necesariamente las sexuales, favorecen las sensaciones de bienestar y felicidad. Los gestos físicos, tales como caricias con las manos, labios y lengua, adquieren mayor importancia, ya que las practican en promedio 65% de las personas, aunque hay algunos que lo hacen esporádicamente (Prieto, 2006).

La perimenopausia es un periodo en que las mujeres experimentan una serie de cambios en la vida y cambios también en las preocupaciones sobre su salud sexual, entre ellas sobre la falta de interés sexual, aversión sexual y la dificultad para lograr un orgasmo (Novi, 2009).

Los cambios más bruscos acontecen en la vagina, manifestado como degeneración del epitelio y del musculo liso, como consecuencia de la disminución de estrógenos (Mayer et al., 2007).

Masters y Jhonson refieren que en la perimenopausia hay disminución dramática de estrógenos y el estrógeno es vital para mantener los tejidos relacionados con la salud sexual. Las mujeres con disminución estrogénica prolongada tienen atrofia vaginal y genital, la contracción del clítoris y la disminución de estrógenos provoca un aumento en la dispareunia, resequedad, irritación vaginal y quemazón con el coito y sangrado postcoital. Seis meses antes de la menopausia los estrógenos disminuyen en un 90% (Novi-Book, 2009)

Los cambios en la sexualidad del adulto mayor especialmente en la mujer están muy vinculados a la influencia del entorno psicosocial, el primero es la visión negativa de la persona mayor que tiene interés sexual (Baeza, 2007).

El comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero sano, personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, etc. Las patologías como enfermedades mentales y físicas es un factor que puede influir negativamente en la sexualidad (Cutipa y Schenider, 2005).

Por eso, en relación con una persona joven, es aceptado en el anciano, algunas modificaciones en el patrón sexual como: disminución del número de coitos y el aumento de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, momentos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones (Herrera, 2005).

II.3 Disfunción sexual

La función sexual de la mujer cambia a través de los años, estos cambios incluyen cambios psicológicos, cambios en las relaciones y capacidad sexual de

sus parejas (Novi y Book, 2009). A pesar de los cambios fisiológicos, el interés y el atractivo sexual se mantienen aproximadamente entre 74% para las mujeres (Nieva et al., 2010).

La Organización Mundial de la Salud define a la disfunción sexual como “las diversas formas en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como desea”. La disfunción sexual femenina se caracteriza por problemas con el deseo sexual, excitación, orgasmo, o dispareunia (Pauls et al., 2005).

Addis et al (2006) definen la disfunción sexual como la disminución del interés en el sexo, dificultad para lograr un orgasmo, ardor en la relación sexual, no sentir placer, presencia de ansiedad y problemas para la lubricación. Manolis-Doumas en 2008 la definen como persistencia o recurrencia de disminución del deseo sexual o la excitación o dificultad o inhabilidad para alcanzar el orgasmo o sentir dolor durante el acto sexual.

Ortega y Gutiérrez (2008) por su parte definen la disfunción sexual como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que impide al individuo o la pareja el disfrute de la actividad sexual.

La disfunción sexual es una situación médica multidimensional determinada por factores orgánicos, psicológicos y sociales (Mayer et al., 2007).

La prevalencia de disfunción sexual en mujeres es del 25% al 63% y en la etapa postmenopausica varía del 68 al 86.5%. En Estados Unidos la National Health and Social Live Survey refiere que la disfunción sexual tiene mayor prevalencia en mujeres con una 43% que en hombres con un 31% (Addis et al., 2006; Manolis-Doumas, 2008).

La disfunción sexual incrementa con la edad, cerca de tres cuartas partes de las mujeres mayores de 60 años, reportan inactividad sexual, dificultad con las relaciones sexuales o dispareunia (Novi y Book, 2009).

Además la disfunción sexual es considerada como un serio problema de salud relacionada con la calidad de vida, con un gran impacto en la vida sexual de los pacientes y sus parejas (Manolis y Doumas, 2008)

Clasificación de la DSM-IV de las disfunciones sexuales (Novi y Book, 2009; Ortega y Gutiérrez, 2008).

1. Según su naturaleza temporal
 - a) Primaria o de toda la vida
 - b) Secundaria o adquirida
2. Según el contexto en que aparecen
 - a) General
 - b) Situacional
3. Según factores etiológicos
 - a) Debida a factores psicológicos
 - b) Debida a factores combinados
4. Según la parcela de la sexualidad implicada
 - a) Trastornos del ciclo de la respuesta sexual
 - b) Trastornos relacionados con dolor durante la actividad coital
 - c) Trastornos relacionados con la identidad sexual
 - d) Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.

La Asociación Psiquiátrica Americana, ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: trastornos del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual (Blümel, 2004).

Con esta clasificación se encontró que el 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual (Laumann, 1999).

Rosen (2000), desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina" y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. La propone como un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina. Está basada en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Blümel, 2004).

II.4 Depresión

La depresión es uno de los padecimientos psicogeriatricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayor parte de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma, o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal. En el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste, se acentúan los síntomas de otras concomitantes (Alberdi, 2006).

El DSM-IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La encontramos en dos categorías: como episodio y como trastorno.

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor.

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1. Estado de ánimo deprimido o 2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La depresión en el anciano es uno de los máximos componentes de la enfermedad psiquiátrica entendida bajo un paradigma teórico bio-psico-social, requiriendo un abordaje terapéutico en los tres ejes de actuación. En relación con la presentación clínica del anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales como la pérdida de apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad (Alberdi, 2006).

El trastorno depresivo mayor en el adulto mayor puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, dificultad en el pensamiento y capacidad de concentración, y reducción de la capacidad intelectual. Además, se encuentra alta frecuencia de falla cognitiva. Es interesante observar cómo puede ser la relación entre depresión y enfermedad física y orgánica, son muchas las posibilidades entre ellas, que no solamente son teóricas sino que se ven en la práctica clínica, particularmente en los pacientes adultos mayores (Capuñay et al., 2006).

Mujeres que viven su menopausia con ansiedad, estrés o depresión serán protagonistas de un deterioro de su sexualidad que los llevará a una disfunción sexual mayor (Arena, 2006).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un diseño correlacional con individuos del sexo femenino de 60 años y más, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar 16, del IMSS, Delegación Querétaro.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios correlacionales, $n = 3+K / C^2$, donde:

n = tamaño de la muestra

$$K = (Z\alpha + Z\beta)^2 = (1.96 + .84)^2$$

$$C = 0.5 \ln = (1+r) / (1-r) = (1+ .3) / (1- .3)$$

r = coeficiente de correlación esperado = .3

$n=85$ pacientes.

El muestreo fue probabilístico, mediante una tabla de números aleatorios, se obtuvieron los adultos femeninos de 60 años y más seleccionados de los 16 consultorios, del turno matutino y vespertino, es decir, 32 consultorios, del 1 al 16 son del turno matutino y del 17 al 32 son los consultorios del turno vespertino (17 corresponderá a 1, 18 a 2 y así sucesivamente). Se solicitó la autorización a la dirección de la Unidad de Medicina Familiar 16 para llevar a cabo el procedimiento de la investigación. Se acudió a la consulta externa de la UMF 16 de Querétaro, a partir del 1° de diciembre del 2010, con la asistente médica de cada consultorio médico, y de ambos turnos, esto representa 32 consultorios en total.

Se aleatorizaron los consultorios, se determinó la muestra de 85 individuos, se eligieron aquellos números que contenía el listado, para cada consultorio, posteriormente se incluyó al primer adulto mayor citado que acudió a consulta

hasta cumplir la cuota de la muestra mediante el cuadro de números aleatorios. Cuando el primero no aceptó se escogió al siguiente en la lista de citados. Diariamente se seleccionaron seis consultorios.

Se incluyeron individuos del sexo femenino de 60 años y más, que supieran leer y escribir, que aceptaron participar en la investigación, previa firma de consentimiento informado, con un puntaje mayor de 15 puntos del mini examen del estado mental de Folstein. Se eliminaron los que no contestaron al 100% los cuestionarios.

Tabla de números aleatorios

Día	Consultorio						Total
L	3	13	31(15V)	6	27(11V)	2	6
M	18(2V)	30(14V)	27(11V)	14	5	2	12
M	7	28(12V)	13	31(15V)	25(9V)	3	18
J	4	20(4V)	8	31(15V)	32(16V)	18(2V)	24
V	23(7V)	13	1	25(9V)	3	24(8V)	30
L	6	22(6V)	13	31(15V)	14	7	36
M	10	3	27(11V)	18(2V)	4	31(15V)	42
M	8	24(8V)	16	12	21(5V)	22(6V)	48
J	13	3	28(12V)	26(10V)	23(7V)	14	54
V	2	7	13	2	26(10V)	21(5V)	60
L	19(3V)	6	10	17(1V)	25(9V)	23(7V)	66
M	26(10V)	14	9	13	2	8	72
M	29(13V)	30(14V)	16	15	17(1V)	22(6V)	78
J	26(10V)	11	10	4	6	14	84
V	25(9V)	8	9	3	30(14V)	29(13V)	90
L	4	16	31(5V)	13	18(2V)	3	95
M	8	6	24(8V)	3	1	20(4V)	100

Se aplicó un cuestionario para obtener las variables socio demográficas (edad, escolaridad y estado civil), así como la Escala abreviada de depresión Geriátrica de Yesavage (EDG, anexo III) y por último el índice de función sexual femenina de Rosen (FSFI, anexo IV).

La Escala Abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) es una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para pacientes geriátricos. Sheikh y Yesavage en 1986, propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de cinco a siete minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad (Martinez, 2002).

Martínez en 2002 hace la validación de la GDS al español. La fiabilidad intraobservador es del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos.

La función sexual, se midió con el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen que consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. Un puntaje menor de 25 muestra disfunción sexual, un puntaje mayor a 26 no presenta disfunción sexual (Blümel, 2004).

La validación “Índice de Función Sexual Femenina” establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español lo que se conoce como backward-translate technique. Se aplicó la prueba alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios

del test; se obtuvieron valores que señalan una buena (>0,70) y muy buena correlación (0,82) (Rosen, 2000).

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los resultados obtenidos de los 6 dominios. Un resultado de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Resultado mínimo	Resultado 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

Los valores obtenidos fueron 25 o menos en pacientes con disfunción sexual versus 26 y más en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$ (Blümel, 2004).

III.2 Análisis estadístico

Se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para medir la correlación se aplicó la prueba de Spearman con un nivel de confianza del 95%. Los datos se muestran en cuadros. El procesamiento de la información se realizó con el programa SPSS V15.

III.3 Aspectos éticos

Se consideró la declaración de Helsinki y las declaraciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18ª Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964, revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en 1975 en Tokio.

El presente estudio, conforme a la Norma Oficial de Investigación, se sujetó a su reglamentación ética, se requirió el consentimiento informado en forma clara y veraz de los pacientes encuestados, donde se explicó que el objetivo de la investigación era evaluar la relación que existe entre el grado de depresión y la función sexual femenina en mujeres mayores de 60 años. Además se les informó de la posibilidad de no participar en el mismo, sin tener ninguna consecuencia.

Se garantizó la confiabilidad de los resultados, no se violaron los aspectos éticos ni se expuso su integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos del estudio.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 100 mujeres de las cuales se eliminaron 2 por no presentar los instrumentos de recolección de datos completamente contestados. De las 98 mujeres restantes, el 67.3% de la mujeres correspondió a una edad de 60 a 69 años, el 26.5% a mujeres de 70 a 79 años y el 6.1% a mujeres mayores de 80 años (Cuadro IV.1).

La escolaridad se presentó de la siguiente manera: el 7.1% sólo sabía leer y escribir, predominó en 35.7% la escolaridad primaria, el 25.5% estudió secundaria, el 15.3% tenía carrera técnica, el 6.1% estudió preparatoria y el 10.2% tenía estudios profesionales (Cuadro IV.2).

El estado civil predominante fue el de casada en 82.7%, seguido de unión libre en 9.2%, divorciada 5.1% y viuda en 3.1% (Cuadro IV.3).

El 58.2% de las mujeres estudiadas presentó disfunción sexual de acuerdo al Índice de Función Sexual de Rosen, contra el 41.8% que no presentó disfunción sexual (Cuadro IV.4).

El 75.5% de las mujeres estudiadas no presentaron deterioro cognitivo, de la restantes, 24.5% resultó con deterioro cognitivo leve, según el mini examen mental de Folstein (Cuadro IV.5).

El 63.2% de las mujeres no presentaron depresión, 17.3% se presentó con depresión leve y el 6.1% con depresión establecida (Cuadro IV.6).

Por grupos de edad, la primaria en el grupo de 60-69 años fue el predominante lo que corresponde al 32.6% (Cuadro IV.7)

Predominó el estado civil casado en el grupo de edad de 60-69 años con un 55.1%. (Cuadro IV.8).

El deterioro cognitivo leve se presentó mayormente en el grupo de 80 y más ya que se encuentre presente en 3 de 6 mujeres, lo que corresponde al 50% de las mujeres de ese grupo de edad (Cuadro IV.9)

La depresión está presente en 31% de las mujeres de 60 a 69 años, por lo que predomina este grupo de edad (Cuadro IV.10). La disfunción sexual predominó igualmente en el grupo de 60-69 años donde más de la mitad la presentaron (Cuadro IV.11)

La correlación entre el grado de depresión y la disfunción sexual en la población estudiada se determinó mediante la correlación de Spearman con un coeficiente de correlación de 0.17 y una p de .09 (Cuadro IV.12).

Del grupo de las pacientes con depresión leve y establecida se encontró que la correlación entre las pacientes con depresión y la disfunción sexual fue de -.655 con una p de .00 (Cuadro IV.13)

Cuadro IV.1 Frecuencia según intervalo de edad de mujeres mayores de sesenta años.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-69 Años	66	67.3
70-79 Años	26	26.5
80 y más	6	6.1
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV. 2 Frecuencia de escolaridad en mujeres mayores de sesenta años.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sabe leer y escribir	7	7.1
Primaria	35	35.7
Secundaria	25	25.5
Técnico	14	15.3
Preparatoria	6	6.1
Profesional	10	10.2
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV. 3 Frecuencia del estado civil en mujeres mayores de sesenta años

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	81	82.7
Viuda	3	3.1
Divorciada	5	5.1
Unión libre	9	9.2
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.4 Evaluación de la función sexual mediante el Índice de función sexual de Rosen (IFSR) en mujeres mayores de sesenta años.

Función sexual	Frecuencia	Porcentaje
Sin disfunción	41	41.8
Con disfunción	57	58.2
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.5 Evaluación del estado mental mediante el mini examen del estado mental de Folstein en mujeres mayores de sesenta años.

Estado mental	Frecuencia	Porcentaje
Sin deterioro cognitivo	74	75.5
Con deterioro leve	24	24.5
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.6 Grado de depresión en mujeres mayores de sesenta años de acuerdo a la escala abreviada de Yesavage.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	62	63.2
Depresión leve	27	27.5
Depresión establecida	9	9.1
Total	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.7 Grado de escolaridad por grupo de edad en mujeres mayores de sesenta años.

Edad	Sabe leer y escribir	Primaria	Secundaria	Técnico	Preparatoria	Profesional	Total
60-69 años	2	32	13	10	3	6	66
70-79 años	5	3	9	4	3	2	26
80 y más años	0	0	3	1	0	2	6
Total	7	35	25	15	6	10	98

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.8 Estado civil por grupo de edad, en mujeres mayores de sesenta años.

Edad	Casada	Viuda	Divorciada	Unión libre	Total
60-69 años	54	3	5	4	66
70-79 años	22	0	0	4	26
80 y más años	5	0	0	1	6
Total	81	3	5	9	98

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.9 Estado de salud mental por grupo de edad, en mujeres mayores de sesenta años.

Edad	Sin deterioro cognitivo	Deterioro leve	Total
60-69 años	55	11	66
70-79 años	16	10	26
80 y más años	3	3	6
Total	74	24	98

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.10 Escala de depresión por grupo de edad, en mujeres mayores de sesenta años.

Edad (años)	Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	Total
60-69	45	19	2	66
70-79	12	8	6	26
80 y más	5	0	1	6
Total	62	27	9	98

Fuente: Hoja de recolección de datos “Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.11 Función sexual por grupo de edad en mujeres mayores de sesenta años.

Edad	Sin disfunción	Con disfunción	Total
60-69 años	30	36	66
70-79 años	8	18	26
80 y más años	3	3	6
Total	41	57	98

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.12 Correlación de Spearman entre grado de depresión e Índice de Función sexual de Rosen en mujeres mayores de sesenta años.

Spearman	FSFI
Depresión Coeficiente de correlación	.171
Sig. (bilateral)	.093
n	98

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

Cuadro IV.13 Correlación de Spearman entre depresión y función sexual, en mujeres mayores de sesenta años con depresión.

Spearman	IFSF
Depresión Coeficiente de Correlación	-.655
Sig. (Bilateral)	.000
n	36

Fuente: Hoja de recolección de datos "Correlación entre el grado de depresión y el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen (IFSF), en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en diciembre del 2010.

V. DISCUSIÓN

La valoración de la sexualidad en la etapa geriátrica tiene que ser integral, ya que incluye un enfoque múltiple, la actividad en esta etapa depende de características físicas, psicológicas y biográficas de cada individuo, de la presencia o ausencia de pareja, y sobre todo del contexto sociocultural en que se encuentra. Está documentado que la causa más frecuente de disfunción sexual de origen psicógeno es la depresión (Alonso, 2004)

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de depresión en la edad geriátrica oscila entre 6 y 20%, en América latina, específicamente en Perú, va del 7 al 17%, y en Italia se eleva hasta 40% (Capuñay, 2006; Aguilar-Navarro, 2007; Tomás, 2007). A diferencia de Reyes-Ortega que encontró en 2003 que el 9% de las mujeres mayores de 60 años presentaban probable episodio depresivo y 13% presentaba síntomas clínicos de depresión mayor. En el presente estudio se encontró una prevalencia del 27.5% de mujeres con depresión leve y 9.1% como depresión establecida. Lo cual en suma representa mayor porcentaje a lo reportado en la literatura y más parecido a lo encontrado en Italia. Esto puede deberse a que las mujeres entrevistadas se eligieron entre las pacientes que acuden a consulta en su mayoría por padecimientos crónico-degenerativos, es decir, con patologías concomitantes que puedan influir a presencia de depresión.

Villagorda en 2007, en su estudio con población encontró que entre los 75 y 80 años había mayor presencia de depresión. En el presente estudio se encontró que la mayor presentación de depresión es en el rango de edad de los 60 a 69 años, la diferencia puede estar relacionada a que el porcentaje de mujeres mayores de 75 años estudiadas es muy bajo

Alonso en 2004 encontró que el 30% de las mujeres de 80 a 102 años son sexualmente activas, de estas el 30% presentaba disfunción sexual. Diferente de éste estudio en donde se encontró que el 50% de las mujeres mayores de 80 años presentaban disfunción sexual. La diferencia puede deberse a diferentes

causas entre ellas las patologías de la pareja, o por las mismas patologías concomitantes de las mujeres.

En Estados Unidos, país donde se ha estudiado más la sexualidad, se encontró en un estudio con 1,493 mujeres una prevalencia de disfunción sexual de 32.6%, en países asiáticos la prevalencia de disfunción sexual es de 29.6%, muy por debajo de lo que encontramos con este estudio. La alta prevalencia de disfunción sexual en nuestro país probablemente está influida por nuestro tipo de cultura y de educación sexual.

Además encontraron que la disfunción sexual estaba relacionado con mayor edad, estado objetivo y subjetivo de salud, estado civil casada y raza no blanca, así como bajo nivel educacional, estrés psicológico y pérdida de la salud de la pareja, variables como la edad, estado civil y educación valoradas en este estudio y de resultados similares (Addis et al., 2006; Nicolosi et al., 2005).

Ortega en 2008, refirió que del 24 al 43% de las mujeres presentan falta de deseo sexual, mismo que puede ser tratada de manera eficaz, con fármacos o terapias de apoyo sexual. Potter en su estudio de 2007, reportó que el 45% de las mujeres presentaban disminución del deseo sexual, 37% no presentaban cambios y 10% incluso, presentan un incremento del deseo. En el presente estudio se encontró que el 58.2% de las mujeres mayores de 60 años, presentaban disfunción sexual de acuerdo al IFSF de Rosen mismo que valora varios dominios como son el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. Aunque no se valoraron por separado, la mayoría de las mujeres estudiadas presentaba mayor afectación en el deseo y la lubricación.

Tomás y cols. en el 2007, en su estudio sobre disfunciones sexuales en atención primaria en España, reportó que el 59.6% de la población de su estudio no muestra interés por mantener relaciones sexuales y 43% de su población presento falta de deseo sexual. Lo cual corresponde a este estudio con resultados similares ya que en la población estudiada se presento disfunción en 58.2% y

corresponde ya que el estudio se realizó en población de similares características al de nuestro país, únicamente el grado de educación es ligeramente diferente.

Silva y Ramírez en su estudio sobre el comportamiento sexual en la población mayor de 70 años realizado en Colombia en 2005, usando el IFSF, al igual que nuestro estudio encontró que el 71% tenía pareja estable, predominando el estado civil casada 32%, así como el deseo sexual intenso 34% y leve 55%, satisfacción sexual actual buena 58% y quienes deseaban tener mayor actividad 21%. Aunque no se valoró en nuestro estudio la satisfacción sexual, no coincide mucho ya que encontramos 58.2% de prevalencia de disfunción sexual. Esto puede deberse a las diferencias culturales o visión sobre la sexualidad, ya que Querétaro a diferencia incluso de estados del mismo país se conoce como un estado más tradicionalista y moralista, sobre todo en la época en que se desarrollaron las mujeres incluidas en este estudio.

Según Goldstein (2006), quien realizó estudios sobre disfunción sexual en Inglaterra, existen distintos factores que contribuyen a la disfunción sexual femenina entre ellos factores fisiológicos como el envejecimiento, cambios hormonales, enfermedades, lesiones o discapacidades, uso o abuso de sustancias. Factores psicológicos como baja autoestima, pobre imagen corporal, ansiedad, problemas mentales, abuso psicológico o sexual, inexperiencia sexual y estrés. Factores interpersonales como falta de pareja, poca atracción hacia la pareja, insatisfacción en aspectos no sexuales, conflictos no resueltos, deseo discrepante con la pareja, o mala técnica de estimulación, excesiva preocupación por lograr el orgasmo, pobre comunicación de necesidades y preferencias, problemas sexuales con la pareja, rutina sexual predecible o aburrida, poco tiempo para la privacidad. Factores socioculturales como educación inadecuada, conflictos religiosos o de valores familiares, tabús culturales. Todos estos factores no fueron analizados en el presente estudio, por lo que convendría realizar estudios posteriores que analizaran dichos factores.

En este estudio el instrumento de recolección se programó para ser un cuestionario auto contestado, la mayoría presentaba problemas como alteraciones de la vista o referían no traer sus lentes, a pesar de que se pensó en ello y se realizó con un tamaño de fuente grande, aun así pedían ayuda para contestarlo, y manifestaban sus dudas y problemas, entre ellos muchos de los factores antes mencionados. A diferencia de lo pronosticado, la mayoría de las mujeres pedían ayuda para contestar el cuestionario se ponían a platicar sus casos e incluso a pedir orientación o consejería, sin pena.

A pesar de que en todas las etapas del adulto mayor se reporta disminución en la actividad sexual, sólo el 22% ha hablado de sexo con su médico, y el 45% de las mujeres con disfunción sexual no buscarán ayuda profesional (Lindau, 2007; Nicolosi, 2005).

En España sólo el 18% de los españoles se atrevía a hablar de problemas sexuales con sus médicos de primer nivel, por el contrario, sólo el 6% de estos médicos cuestionaron a sus pacientes sobre su salud sexual. (Ortega, 2008).

Gott y Hinchliff en 2003 encontraron que las principales barreras para pedir ayuda profesional en atención primaria sobre problemas sexuales, fue asociar estos problemas con el envejecimiento normal, por vergüenza, miedo, percepción de que problemas sexuales como no graves y sobre todo falta de conocimiento acerca de los servicios adecuados. Muy similar a lo encontrado en la recolección de los datos, las mujeres preguntaban a donde podían acudir a solicitar ayuda y si a partir de este estudio se realizaría algún tipo de programa enfocado en las disfunciones.

En general, la prevalencia de depresión es ligeramente mayor a lo encontrado en diversos estudios de varias partes del mundo, no así la disfunción sexual, que en nuestra población estudiada es muy por arriba a la prevalencia de países Estados Unidos o Colombia y esto puede ser por muchos factores, ya que como se explicó la sexualidad depende de varios factores tanto sociales,

culturales, etc. Recordemos que vivimos en un país con una cultura más bien machista, y que las mujeres estudiadas les toco aún más este problema, aunado a que las mujeres no estudiaban, y sobre todo no tenían derecho al placer, la sexualidad era principalmente con fines de procreación.

No se encontró información que correlacione específicamente la depresión con la función sexual, más bien estudios que incluyen varios factores, mencionando entre ellos la depresión. En el presente estudio correlación negativa entre la depresión y la función sexual.

Una limitación de nuestro estudio es precisamente que solo se estudio la variable depresión para correlacionarla con la disfunción sexual, no toda la amplia gama de factores que influyen en la salud sexual, aún así se demostró que la depresión influye negativamente en la función sexual, además se seleccionaron pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar, es decir, la mayor parte acuden a control de enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión, etc, o en muchos de los casos acompañando a sus esposos los cuales iban a control de estas mismas enfermedades, factores que por sí mismos se consideran de riesgo para presentar disfunción sexual. El estado de salud del cónyuge no fue considerado dentro de las variables, aunque está relacionado como factor para disfunción sexual.

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia de edad de mujeres estudiadas fue de 60 a 69 años con un 67.3%.

Predominó la escolaridad primaria en 35.7%.

El estado civil predominante fue casada en 82.7%.

La disfunción sexual se presentó en 58.2% de la población estudiada.

La depresión leve se presentó en 17.3% de las mujeres y 6.1% en depresión establecida.

El 24.5 % presentó deterioro cognitivo leve.

Existe correlación negativa significativa entre la depresión y la función sexual, es decir, a mayor grado de depresión, la función sexual disminuye.

VII. PROPUESTAS

Promocionar la salud sexual en primer nivel de atención, es decir, darle la posibilidad a las personas que acuden a consulta de primer nivel que puedan expresar sus dudas, miedos, insatisfacciones en el ámbito sexual, esto debe ser un objetivo básico de todo médico familiar, como primer contacto de los pacientes, y derivarlo de manera oportuna a otra especialidad si es necesario, como ginecología, psicología, psiquiatría, o urología en caso de los hombres.

Proporcionar a los pacientes de primer nivel, atención integral, mejorando la relación médico-paciente en cuanto a salud sexual, misma que se dificulta por barreras culturales, sociales o religiosas tanto del paciente como del mismo médico.

Concientizar a los médicos de primer nivel de atención sobre la importancia que tiene la salud sexual y de la repercusión que implica una disfunción sexual, la presencia de depresión sobre el estado de salud en general del adulto mayor.

Continuar estudios posteriores que abarquen ampliamente todos los factores que influyen en la disfunción sexual en la población mexicana, cosa que no se ha hecho, e implementar programas en los que se de difusión de la problemática y apoyo a las pacientes con disfunción, propuesta solicitada por las mismas mujeres que participaron en el estudio.

VII. LITERATURA CITADA

- Addis I, Van Den S, Wassel-Fyr C, Vittinghoff E, Brown J, Thom D, et al. 2006. Sexual Activity and function in Middle-Aged and Older Women. *Obst Gynecol.* 107(4):755-764
- Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes J, García-Mayo E. 2007. Validez y confiabilidad del cuestionario de la ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública Méx.* 49:256-262.
- Alberdi J, Taboada O. Castro C, Vázquez C. 2006. Depresión, Guías Clínicas 2006. Disponible en: <http://scamfyc.org/documentos/depresion%20fisterra.pdf>. Consultado 23 de octubre de 2010.
- Alonso J, Martínez B, Díaz M, Calvo F. 2004. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos *Rev Mult Gerontol.* 14(3):150-157
- Arena O. 2006. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 71(2):141-152
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. 2003. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagno_psiq_gladp/pdf consultado el 17 de octubre de 2009.
- Baeza J. 2007. Cambios físicos que modifican la respuesta sexual. *Medwave* VII(6). <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatria/5/2747> consultado el 25 de marzo de 2010.

- Basson R. 2007. Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis, and treatment. JAMA. 297(8):895-897
- Blümel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna S. 2002. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Méd Chile. 130:1131-1138.
- Blümel J, Binfa L, Cataldo R, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrás S. 2004. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol. 69(2):118-125.
- Bohórquez J. 2008. Sexualidad y Senectud. Hacia la promoción de la salud. 13:13-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a01.pdf> consultado el 12 de septiembre de 2009.
- Capuñay J, Figueroa M, Varela L. 2006. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered. 7:172-177.
- Censo de Población y vivienda 2005. <http://www.inegi.org.mx> consultado el 25 de agosto de 2009.
- Cutipa F, Schneider E. Tipo, calidad y frecuencia en las relaciones sexuales en el adulto mayor. 2005. Revista Psicología Científica.com. disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-194-1-tipo-calidad-y-frecuencia-de-las-relaciones-sexuales-en-el-a.html> consultado el 10 de septiembre de 2009.
- Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P et al. 2009. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. Diabetes Care. 32(5):780-785.
- Ginsberg T, Pomerantz S, Kramer-Feeley V. 2005. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. Age Ageing. 34:475-480.

- González R, Núñez L, Hernández O, Betancourt M. 2005. Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. Arch Med Camagüey. 9(4).
- Gott M, Hinchliff S. 2003. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Family practice. 20(6):690-695. Doi:10.1093/fampra/cm612
- Heiman J, Talley D, Bailen J, Rosenberg S, Pace C, Bavedam T. 2007. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 114; 437-441
- Herrera A, 2005. Sexualidad en la vejez: ¿Mito o realidad? Rev Chil Obstet Ginecol. 68(2): 150-162.
- Holden C, McLachlan R, Cumming R, Wittert G, Handelsman D, Kretser D, et al. 2005. Sexual activity, fertility and contraceptive use in middle-aged and older men: Men in Australia Telephone Survey (MATeS). Hum Reprod. 20(12):3429-3434.
- Huang-Kuang C, Chuen-Den T, Shwu-Chong W, Ti-Kai L, Hsiu-Hsi C. 2007. A prospective cohort study on the effect of sexual activity, libido and widowhood on mortality among the elderly people: 14-year follow-up of 2453 elderly Taiwanese. Int J Epidemiol. 36:1136-1142.
- Kaneshiro B, Jensen J, Carlson N, Harvey M, Nichols M, Edelman A. 2008. Body Mass Index and sexual Behavior. Obst Gynecol. 112(3):586-592.
- Katz A. 2009. When Worlds Collide: Urinary Incontinence and Female Sexuality. AJN. 109(3):59-63.
- Laumann E, Paik A, Rosen R. 1999. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA. 281(6):537-544.

- Lindau S, Schumm P, Laumann E, Levinson W, O'Muircheartaigh C, Waite L. 2007. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 357:762-774.
- López-Sánchez F. 2005. Experiencia amorosa en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 40(3):135-137
- Manolis A, Doumas M. 2008. Sexual dysfunction: the "prima ballerina" of hypertension-related quality-of-life complications. *Journal of Hypertension.* 26:2074-2084 Doi:10.1097/HJH.0b013e32820dd0c6
- Martín M, Rentería P, Sardiñas E. 2009. Estados clínicos y autopercepción de la sexualidad en ancianos con enfoque de género. *Rev Cub Enf.* 25(1-2):1-9
- Martínez J, Onis M, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. 2002. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM.* 12(10):620-630.http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000003&script=sci_arttext consultado el 20 de marzo de 2010.
- Mayer M, Bauer R, Schorsch I, Sonnenberg J, Stief C, Ükert S. 2007. Female sexual dysfunction: what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:536-540.
- Mejia-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutierrez-Robledo L. 2007. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, *Salud Pública Méx.* 49(4):S475-S481.
- Muniyapa R, Norton M, Dunn M, Baneji M, 2005. Diabetes and female sexual dysfunction: moving beyond "benign negled". *Curr Diab Rep* 5(3):230-236.
- Nicolosi A, Glasser D, Kim S, Marumo K, Laumann E. 2005. Sexual behaviour and dysfunction and hep-seeking patterns in adults aged 40-80% years in the urban population of Asian countries. *BJU International.* 95:609-614. Doi:10.1111/j,1464-410X-2005.05348.x

- Nieva R, Velasco J, Andrade H, Rodríguez P, González S, Mendoza M. 2010. Expresión de la conducta sexual en adultos mayores usuarios de una Unidad de Medicina Familiar *Aten Fam.* 17(1). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/raf/article/view/16366>, consultado el 18 noviembre de 2010.
- Novi J, Book N, Sexual dysfunction in perimenopause. 2009. *Obstetrical and Gynecological Survey.* 64(9):624-631.
- Olivi M, Getirana R, De Freitas T. 2008. Comportamiento, conocimiento y percepción de riesgo sobre enfermedades sexualmente transmisibles en un grupo de personas con 50 o más años de edad. *Rev Latino-am Enfermagem.* 16(4)
- Ortega A, Gutiérrez P. 2008. Disfunción sexual: repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria. *Rev Int Androl;* 6(2):121-126.
- Ortiz R, García J .2002 La influencia de la cultura en la satisfacción sexual del adulto maduro. <http://www.uaq/investigación/catalogo/2004/fps/inv3>. Consultado el 18 de noviembre de 2010.
- Potter J. 2007. A 60-year-old woman with sexual difficulties. *JAMA;* 14:620-634.
- Pauls R, Kleeman S, Karram M. 2005. Female Sexual Dysfunction: principles of Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol.* 60(3):196-205.
- Pérez V, Arcia N, Comportamiento de la sexualidad en ancianos del Policlínico "Ana Betancourt" *Rev. cuba. med. gen. integr* 2008;24(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125 consultado el 5 de marzo de 2010.

- Pérez V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. www://C:SciELO\serial\mgi\c24n\mgiv24n\mgi10108.htm consultado 5 de marzo de 2010.
- Prieto C. 2006. La sexualidad de las personas mayores. Madrid, Portal Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf> consultado el 14 de enero de 2010
- Reyes-Ortega M, Soto-Hernández A, Milla-Kegel J, García-Ramírez A, Hubbard-Vignau L, Mendoza-Sánchez H y cols. 2008. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*. 26(1):59-69.
- Robertson M. 2006. Disfunción sexual en personas con diabetes. *Diabetes voice*. 51(2):22-25
- Rodríguez D, Orozco D. 2006. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31480101> consulta el 10 de abril de 2010.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 26(2):191-208.
- Sánchez C, Trianes V, Blanca M. 2009. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 44(3);124-129.
- Sánchez P, Bote-Díaz M. 2005. Los mayores ante el nuevo matrimonio. El caso de España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 40(3):158-165

- Serretti A, Chiesa A. 2009. Treatment-Emergent sexual dysfunction related to antidepressants. A meta-analysis J Clin Psychopharmacol. 29:259-266
- Shifren J, Monz B, Russo P, Segreti A, Johannes C. 2008. Sexual problems and distress in United States women. Obstet Gynecol. 112(5):970-978.
- Silva J, Ramírez D. 2005. Comportamiento sexual en la población mayor de 70 años, Urología Colombiana 71-76.
- Terrés-Speziale A. 2005. Homo longevus: El paradigma del envejecimiento sano. Rev Mex Patol Clin 52(1):27-39
- Tomás R, Tárraga P, Álvarez M, Cerdán M, Celada A, Solera J. 2007, Disfunciones sexuales en Atención Primaria.: 13-23. Disponible en: http://www.medicinageneral.org/revista_92/pdf/13-23.pdf
- Villagordoa J, 2007. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Revista de Endocrinología y Nutrición 15(1):27-31.

IX. ANEXOS

Anexo I.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Correlación entre el grado de depresión con el índice de función sexual en mujeres mayores de sesenta años en la unidad de medicina familiar No. 16”**

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

El objetivo del estudio es: Determinar la correlación entre la depresión con el índice de función sexual en mujeres mayores de sesenta años en la UMF No. 16”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar 4 cuestionarios de manera anónima.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que toda la información que se obtenga será utilizada para fines académicos y se mantendrá en forma confidencial.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se 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 a 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 la seguridad de que no se me identificara 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.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable: Dra. LORENA CORDOBA URTIZ
Residente de segundo año de la especialidad en Medicina Familiar .Matrícula 99232820
Números telefónicos a los cuales pueda comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 44 23 77 32 34

Testigos _____

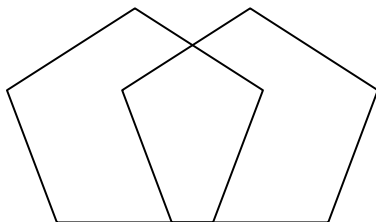
ANEXO II. MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|---|--------------------------------|
| 1.- ¿Cuál es | El año? _____ | 1 | 3.- Nombre tres objetos, |
| | La estación? _____ | 1 | en un segundo cada uno. Árbol- |
| Martillo-Perro _____ | 3 | | |
| | La fecha? _____ | 1 | |
| | El día? _____ | 1 | 4.- Sugiera al paciente que |
| cuenta de manera regresiva a partir | | | de 100, de 7 en 7. _____ |
| 5 | El mes? _____ | 1 | |
| 2.- ¿En donde | País _____ | 1 | 5.- Pregunte al paciente los |
| estamos? | Estado _____ | 1 | objetos mencionados en la |
| nombres de los tres | Ciudad _____ | 1 | |
| pregunta tres. _____ | 3 | | |
| | Casa _____ | 1 | |
| | Número _____ | 1 | |
-
- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.- Enseñe al paciente un lápiz y un reloj y pídale que nombre cada uno conforme se le muestran. _____ | 2 | 10.- Haga que el paciente escriba una oración de su elección. Debe contener un sujeto, un verbo y un complemento y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía. |
| 7.- Haga que el paciente repita: "No voy si tú no llegas temprano". _____ | 1 | 11.- Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dar un punto si aparecen todos los ángulos y lados, y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero. |
| 8.- Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente acción de tres etapas: "tome esta hoja de papel en su _____" | 1 | |

mano derecha, dóblela a la
mitad y póngala en el piso” _____ 3

9.- Solicite al paciente que
lea y lleve a cabo la siguiente
acción escrita: “CIERRE LOS
OJOS” (escrita con mayús-
culas). _____ 1

CIERRE LOS OJOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Anexo III. Hoja De Recolección De Datos

DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

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 cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió 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 cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
- No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

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

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