



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES
NEUROENDOCRINAS**

TESIS

Que para obtener el título de
**ESPECIALISTA EN BIOLOGÍA DE LA
REPRODUCCIÓN HUMANA**

PRESENTA
CINTHIA IVETTE BOTELLO MENDOZA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. LORAINE LEDÓN LLANES

Departamento de Biología de la Reproducción Humana,
Dr. Carlos Gual Castro

Ciudad de México, México 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

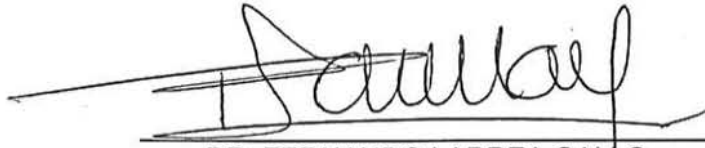
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
México, D.F.



DR. FERNANDO LARREA GALLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA DE LA
REPRODUCCIÓN DR. CARLOS GUAL CASTRO



DRA. LORRAINE LEDÓN LLANES
DOCTORA EN CIENCIAS PSICOLÓGICAS ADJUNTA AL DEPARTAMENTO DE
BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN DR. CARLOS GUAL CASTRO Y ASESORA DE TESIS



DRA. MARTA MARGARITA DURAND CARBAJAL
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION HUMANA
Y ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS.

TÍTULO DE TESIS: ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD, LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROENDOCRINAS.

ÍNDICE

1. TÍTULO	1
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	1
3. MARCO TEÓRICO	1
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
6. OBJETIVOS	6
6.1 OBJETIVO PRINCIPAL	6
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
7. HIPÓTESIS	6
8. METODOLOGÍA	7
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	7
8.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO	7
8.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	7
8.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	7
8.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	9
8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
8.4 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO	9
8.5 INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	9
8.5 VARIABLES OPERACIONALES	14
8.6 PROCESAMIENTO LA INFORMACIÓN	16
9. ASPECTOS ÉTICOS	16
10. ORGANISMOS PATROCINADORES	17
11. RESULTADOS	18
12. DISCUSIÓN	30
13. CONCLUSIONES	36
14. AGRADECIMIENTOS	38
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
16. ANEXOS	43

1. TÍTULO

Aspectos de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva de personas con enfermedades neuroendocrinas.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades endocrinas, por su carácter crónico, comprometen la funcionalidad de diversos órganos y sistemas, afectando aspectos de la salud sexual y reproductiva de los sujetos que las padecen.

El objetivo del presente trabajo es caracterizar las experiencias sexuales y reproductivas de los sujetos que viven con dichas enfermedades, tomando en cuenta algunos aspectos psicosociales vinculados con sus procesos de salud. Para ello se identificará la presencia de malestares y disfunciones sexuales, y se describirán aspectos relacionados con el estado neurocognitivo, psicoafectivo, de pareja y de salud.

3. MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas (EC) representan un importante problema de salud tanto por su complejidad como por el incremento sustantivo de su incidencia y prevalencia en edades cada vez más tempranas. Dichas enfermedades impactan múltiples aristas de la existencia humana: neuropsicológica, psicosocial, sanitaria, económica, y la sexualidad y la salud sexual y reproductiva (SSR); y causan efectos deletéreos en la calidad de vida.¹

Las alteraciones en el área de la sexualidad en sujetos con enfermedades neuroendocrinas son un ejemplo claro de la estrecha vinculación existente entre los sistemas psico-neuro-inmuno-endocrino. Las enfermedades neuroendocrinas se consideran EC debido a que son resultado de trastornos orgánicos y funcionales que demandan modificaciones en hábitos y modos de vida del sujeto como parte de su manejo y control.² Estos padecimientos requieren de recursos físicos, psicológicos y sociales que abarcan la vida cotidiana del sujeto.^{3,4} El hecho de que estas enfermedades tengan carácter crónico, persistan por tiempo prolongado, y produzcan limitaciones importantes en el estado funcional del sujeto, hace que se generen importantes desafíos en su diagnóstico, evolución y control. Estas enfermedades generan un impacto profundo sobre el cuerpo, la psiquis y la sexualidad, y representan una carga social.²

La concepción de la salud en su definición más amplia expresa la integración de los aspectos biopsicosociales, e incluye a la SSR. La salud sexual y la salud reproductiva son conceptos inseparables. La sexualidad no constituye un componente de la salud reproductiva ni un agregado a ella, sino que es un área de vida, de expresión y proyección de gran importancia, en cualquier circunstancia y a lo largo de toda la existencia humana.⁵ Constituye una dimensión que satisface necesidades, involucra aspectos físicos, biológicos, afectivos y emocionales, y que está muy relacionada con conceptos como la intimidad, el amor y el cuidado, enriquecedores de la identidad personal, y que dan sentido a la vida.⁶ Muchas de sus aristas permanecen en constante discusión y están sujetas a revisiones sistemáticas para incorporar perspectivas más coherentes con su complejidad y marcos conceptuales dinámicos que respondan a las particularidades del momento histórico.⁷ La sexualidad, junto a temáticas como la SSR y la perspectiva de género, son temas cruciales desde el campo de la salud,⁸ en especial para poblaciones vulnerables por su condición etaria, de género, sexual y/o sanitaria.⁹

En personas con enfermedades neuroendocrinas pueden aparecer trastornos en la esfera sexual y malestares en relación a la SSR, con efectos deletéreos sobre las diferentes áreas de vida y los procesos de salud. La estrecha integración entre los sistemas psico-neuro-inmuno-endocrino permite comprender el por qué dichas enfermedades generan cambios sistémicos, con impacto a nivel de funcionamiento físico, neuropsicológico y psicosocial, que median el ejercicio sexual.

En los procesos de atención de salud se tiende a priorizar el restablecimiento de los niveles normales de funcionamiento neuroendocrino, a través del seguimiento evolutivo, de estudios prolongados, y de propuestas terapéuticas que incluyen la farmacoterapia y tratamientos invasivos como la neurocirugía. Los temas relativos a los procesos de vida, aspectos psicosociales y psicosexuales, al ejercicio de la sexualidad y la SSR, suelen quedar marginados.¹⁰

Los estudios en estas áreas también son limitados: la caracterización y la relevancia de la respuesta neuroendocrina, así como el control del sistema nervioso central (SNC) respecto a la actividad sexual humana han recibido escasa atención científica,^{11,12} si bien ya ha sido acuñado el tema de la “neurosexología” como área de estudio que conecta la neurología y la

sexualidad.¹³ Esta realidad profundiza las vulnerabilidades psicosociales y sanitarias en estas poblaciones, perpetúa malestares, y limita la aprehensión de la sexualidad y la SSR como vías para promover salud, adhesión al tratamiento, y bienestar.

El campo de la neuroendocrinología se ha expandido desde su foco original del control del eje hipotálamo – hipófisis – gónada, y a sus efectos en las áreas reproductiva, de crecimiento, desarrollo, balance de fluidos y respuesta al estrés (reconocido desde hace más de un siglo); a conceptos relativamente más recientes que incluyen las múltiples interacciones recíprocas entre el SNC y sistemas endocrinos en la regulación de la homeostasis y de las respuestas fisiológicas a estímulos medioambientales.¹⁴

Una buena salud sexual se asocia con buena salud física, buena salud mental, así como con buena calidad de la relación de pareja¹¹ y calidad de vida.¹³ La salud sexual requiere de un complejo y coordinado vínculo de funcionamiento entre estructuras y funciones sanas (receptores y nervios periféricos, columna vertebral, funcionalmente interrelacionados con las estructuras cerebrales).¹³ El funcionamiento de estas estructuras en la sexualidad sana está también influido por los patrones de secreción de sustancias como: hormonas esteroideas, neurotransmisores, hormonas neuroendocrinas (oxitocina, prolactina, hormonas liberadoras de gonadotropinas), por lo cual el daño en alguna de estas estructuras neuroendocrinas involucradas en la sexualidad puede conducir a disfunciones sexuales.¹³

La regulación precisa de los complejos circuitos neurales en el hipotálamo gobierna procesos autonómicos esenciales y las conductas asociadas, entre ellas la reproducción y la conducta social y sexual.¹⁵ La estimulación neuroendocrina del eje reproductivo se inicia durante el desarrollo de la vida fetal, disminuye durante el período postnatal en relación con la disminución de la estimulación de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) sobre el eje reproductivo, y posteriormente, durante la pubertad hay un despertar del eje reproductivo relacionado igualmente con el aumento de los factores estimuladores del sistema neuronal GnRH.¹⁴

El sistema neuroendocrino igualmente regula la actividad cíclica en el ovario a través de una estrecha interacción entre las hormonas esteroideas producidas en el propio ovario y los componentes neuroendocrinos hipotálamo-pituitarios del eje reproductivo.¹³ Existe una relación entre la función reproductiva y diferentes formas de estrés físico y psicológico, que

pueden suprimir la actividad del eje reproductivo, al parecer, porque disminuyen la conducción del sistema neuronal de GnRH.¹³

Las alteraciones neuroendocrinas incluyen alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis- gónada (hipogonadismo secundario, hipopituitarismo, panhipopituitarismo), en el eje hipotálamo-hipófisis – tiroides (hipotiroidismo hipotalámico), craneofaringeomas, alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal (enfermedad de Cushing, hipersecreción o déficit de ACTH provocadas por tumor hipotalámico), alteraciones de la hormona del crecimiento humana (hGH) (déficit de hGH, hipersecreción de la misma o acromegalia), alteraciones de la prolactina (PRL) (hiperprolactinemia, prolactinomas) y alteraciones de la vasopresina u hormona antidiurética (ADH) (diabetes insípida).¹⁶

En el presente trabajo se considerarán aquellas alteraciones neuroendocrinas que se presentan de forma secundaria, en la edad adulta, de instalación y evolución crónicas, y no relacionadas con factores ambientales (tales como: traumas craneoencefálicos, secuelas de neurocirugía, radioterapia, quimioterapia) o hemorrágicas (subaracnoidea). Aquellas que quedan fuera de estos recortes, integran particularidades y otras connotaciones muy específicas dentro de los procesos de vida y de salud, la dinámica familiar y la evolución y manejo desde el punto de vista psicosocial, psicosexual y de salud.

Dentro de las alteraciones en el área sexual y reproductiva en personas con enfermedades neuroendocrinas se refieren: ausencia, detención o regresión de los caracteres sexuales secundarios, disfunción gonadal, trastornos menstruales, descensos o incrementos del deseo sexual, disfunción eréctil, problemas de imagen corporal, galactorrea, infertilidad, reducciones pronunciadas de los parámetros de la conducta sexual (por ejemplo, de la excitación sexual) y de las funciones gonadales.^{16,17,18,19,20}

Dichas alteraciones se relacionan con las características propias de la enfermedad, con la presencia de comorbilidades, y también con la presencia de manifestaciones no endocrinas tales como: trastornos psicológicos, dificultades en los patrones de sueño y la alimentación, en el balance energético homeostático, en la regulación térmica (hipertermia, hipotermia, fluctuaciones en la temperatura corporal, poiquilothermia), entre otros.¹⁴ Se describe aumento

de la incidencia de sintomatología psíquica, ^{21,22,23} que pueden persistir a largo plazo incluso luego del tratamiento médico exitoso.²⁴

Los estudios (cualitativos) previamente realizados por la asesora de tesis y colaboradores en personas con enfermedades crónicas endocrinas y neuroendocrinas (acromegalia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, hipotiroidismo, obesidad, hiperplasia adrenal congénita de inicio tardío), han encontrado que, desde los discursos y representaciones de dichos sujetos, la enfermedad genera impactos profundos sobre el cuerpo (en sus aristas estética y funcional), las representaciones de género (en términos de roles y aspectos básicos en los que se ancla su identidad), y sobre los significados construidos acerca de sus procesos de salud.^{7,9,10,25,26,27,28,30,31} La enfermedad se construye como un hito a partir de la cual comienzan a manejarse y cuestionarse nuevos significados que conducirán a un proceso de reconstrucción de su propia identidad, para muchos con significado estigmatizante. Dicho impacto se transfiere al área de pareja y sexualidad, respecto a la cual los sujetos refieren múltiples malestares: en especial, respecto a la función eréctil en los varones, y a la dinámica de los deseos en las mujeres. Todo ello se profundiza por la dinámica psicoemocional caracterizada por malestares (ansiedad, depresión e irritabilidad) y por los cambios en los roles sociales asignados y asimilados, debido a las limitaciones que la enfermedad produce. En resumen, los sujetos construyen su experiencia global de salud, y cada una de sus aristas en particular, como un proceso difícil, complejo y estigmatizante.^{7,9,10,25,26,27,28,30,31}

4. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades neuroendocrinas comparten varios atributos que las hacen de interés para su estudio compartido como son: su origen neuroendocrino (muchas veces tumoral), su carácter crónico, la generación de efectos multi-sistémicos en la salud física y mental, su impacto sobre la calidad de vida, sobre la apariencia física, la sexualidad y la SSR.

La atención y comprensión de aspectos de la sexualidad y la SSR en estas poblaciones resulta de gran importancia porque la SSR integra los procesos de salud general, se vincula estrechamente con el ejercicio de los derechos y la ciudadanía, y es depositaria de significados y dimensiones socioculturales.

Los estudios nacionales e internacionales dirigidos a explorar la sexualidad de personas con enfermedades neuroendocrinas son escasos, más aun desde aproximaciones metodológicas

que incluyan algunos aspectos psicosociales que hacen parte de sus fundamentos: desde el punto de vista neuropsicológico, psicoafectivo y psicodinámico. Considerar estos aspectos resulta congruente con el enfoque de la sexualidad y la SSR como temáticas sociales y de salud de gran significación,^{4,32} y con la validación del enfoque social en salud y de sus determinantes sociales.³³

5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 ¿Qué caracteriza las sexualidades y la SSR de personas con enfermedades neuroendocrinas?

5.2 ¿Cuáles son las experiencias sexuales, y los malestares y trastornos sexuales y de SSR de personas con enfermedades neuroendocrinas?

5.3 ¿Qué aspectos del estado neuropsicológico, psicoafectivo y psicosexual pudieran vincularse con la expresión sexual y aspectos de la SSR de las personas con estas enfermedades?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo principal

Caracterizar algunos aspectos relacionados con la sexualidad y la SSR de personas con enfermedades neuroendocrinas.

6.2 Objetivos Específicos

- Describir las experiencias sexuales de personas con enfermedades neuroendocrinas.
- Identificar la presencia de trastornos sexuales y malestares de SSR a partir de la enfermedad.
- Describir aspectos neuropsicológicos, psicoafectivos y psicosexuales que pudieran vincularse con la expresión sexual y aspectos de la SSR de sujetos con enfermedades neuroendocrinas.

7. HIPÓTESIS

Las personas con enfermedades neuroendocrinas mostrarán indicadores negativos respecto a su salud sexual, que se expresarán en términos de malestares, dificultades y trastornos en las esferas sexual, reproductiva y de la pareja.

Dichos indicadores negativos respecto a la vivencia de su sexualidad posiblemente se relacionarán con la presencia de indicadores negativos en el estado neuropsicológico, psicoafectivo y psicosexual.

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño del estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

8.2 Población del estudio

Sujetos mujeres y varones con diagnóstico de enfermedades neuroendocrinas de carácter crónico, endógeno (no ambiental) de inicio en la edad adulta. La selección de los sujetos se realizará previa consulta con el especialista responsable de su atención y seguimiento según los siguientes criterios de inclusión:

8.2.1 Criterios de inclusión

- Presencia de alteraciones en el eje gonadal, tiroideo, suprarrenal, de la hGH, PRL y de la ADH, como consecuencia de alteraciones en la región hipotálamo-hipofisaria relacionadas con tumores o granulomas (no de causa ambiental o hemorrágica).
- Atención y seguimiento en los servicios de consulta externa u hospitalización de la Clínica del INCMNSZ, durante los períodos de estudio: de agosto a noviembre de 2016 y de diciembre 2018 a junio 2019.
- Personas adultas, entre 20 y 59 años de edad (ambas edades incluidas).
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio.

8.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con ooforectomía bilateral, o con histerectomía total o subtotal realizadas a través de cualquier técnica quirúrgica (laparoscopia, vía vaginal u abdominal).
- Varones con antecedentes de orquidectomía bilateral y/o de prostatectomía radical, realizada a través de cualquier procedimiento invasivo.
- Antecedentes de otras enfermedades del sistema nervioso central (SNC) (además del adenoma hipofisario) que causen posibles déficits neuropsicológicos, o alteraciones neuroendocrinas (accidentes cerebrovasculares, hemorragia subaracnoidea, epilepsia,

malformación arteriovenosa, esclerosis múltiple, procesos neoplásicos, traumatismo craneal severo, parálisis cerebral).

- Antecedentes de tratamiento neuroquirúrgico, radioterapia o quimioterapia por tumores del SNC, exceptuando si la indicación de dicho tratamiento se ha relacionado con el manejo del adenoma hipofisario.
- Historia de abuso de alcohol u otras sustancias psicotrópicas (drogas ilegales, uso abusivo de psicofármacos sin prescripción médica).
- Presencia de enfermedades sistémicas activas o en descontrol, no neuroendocrinas, asociadas con presencia actual de deterioro cognitivo en el paciente (por ejemplo: diabetes mellitus, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, otros desórdenes metabólicos), comprobable al momento de su participación en el estudio a través de la evaluación neurocognitiva.
- Presencia actual de trastorno o enfermedad psiquiátrica, relacionada o no con los efectos temporales de la enfermedad, que impidan la comunicación, comprensión y las posibilidades de interpretación, imprescindibles para evaluar y explorar las dimensiones propuestas en el estudio (por ejemplo: depresión, estado de excitación o manía, psicosis).
- Presencia actual de trastornos neurocognitivos que impidan la comunicación, comprensión y las posibilidades de interpretación, imprescindibles para evaluar y explorar las dimensiones propuestas en el estudio (por ejemplo: deterioro neurocognitivo severo o mayor).
- Antecedentes de problemas de aprendizaje, moderados o severos, o evidencia de incapacidad intelectual, que aludan a trastornos neuroevolutivos.
- Presencia de graves deterioros sensoriales (pérdida de visión, habla y/o audición) que impidan la administración y/o la posibilidad de obtener información a través de los instrumentos autoadministrados e interactivos planificados en el estudio.
- Consumo actual de psicofármacos o cualquier otro medicamento que altere de forma significativa el rendimiento cognitivo.
- Poseer otras condiciones personales que explícitamente dificulten la interacción, comunicación, comprensión, y o la capacidad de completar los instrumentos planificados (por ejemplo: trastornos de personalidad descompensados, reacciones situacionales con manifestaciones neuropsicológicas y psicoemocionales severas, entre otros).

8.2.3 Criterios de eliminación

- Sujetos que no terminen sus evaluaciones.

8.3 Tamaño de la muestra

Las enfermedades neuroendocrinas en general presentan muy baja incidencia y prevalencia, por lo que son consideradas enfermedades “raras”. Los estudios sobre sexualidad y SSR realizados en estas poblaciones son extremadamente limitados. Por estas razones, para la definición del tamaño de la muestra se consideraron los tamaños de muestra obtenidos en dos estudios previos realizados por asesora de tesis y colaboradores, los cuales se dirigieron a explorar (entre otros) aspectos relativos a la sexualidad. Sobre estas bases se estableció un tamaño de muestra por conveniencia de 64 sujetos.

8.4 Descripción del método

La información de salud de los sujetos y su cumplimiento de los criterios de inclusión de la muestra fueron obtenidos a través de los especialistas encargados de su asistencia de salud. Una vez identificados los sujetos que cumplieron con dichos criterios se accedió a ellos durante su proceso de atención de salud (consulta externa) o por vía telefónica, para informarles de los aspectos relacionados con el estudio y solicitar su consentimiento para participar.

Si el sujeto expresó voluntariamente su consentimiento para participar en el estudio (luego de explicársele verbalmente y por escrito en qué consiste el mismo, las razones de haber sido seleccionado y en especial, sus derechos), se desarrolló la primera etapa de la investigación (tamizaje). Inmediatamente después, de no identificarse la presencia de deterioro cognitivo severo, se llevó a cabo la aplicación de las técnicas e instrumentos concebidos para la segunda etapa del estudio (profundización).

8.5 Instrumentos de recolección de la información:

8.5.1 Evaluación neurocognitiva:

Exámen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) (Anexo 1): Con el objetivo de brindar información de utilidad, rápida, válida y confiable respecto a los procesos neurocognitivos de los sujetos. Es especialmente útil para confirmar la presencia de alteraciones cognitivas severas en participantes con más de 5 años de estudios en cuyo caso,⁴² la persona culminará

su participación en la investigación, considerando la complejidad de los temas y aspectos a explorar a través de los restantes instrumentos:

Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) (Anexo 2): Es uno de los instrumentos breves de evaluación cognitiva global más frecuentemente usados en la evaluación del estado mental tanto en la práctica como en la investigación.³⁴ Se ha utilizado en la evaluación cognitiva de población general y clínica, y varios estudios reportan que esta escala puede ser útil para detectar deterioro cognitivo.³⁵ Evalúa 8 dominios cognitivos a través de ítems cortos y simples, lo que permite una evaluación rápida global. Las habilidades cognitivas a evaluar incluyen: funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, nominación, recuperación de memoria o memoria diferida, atención, dígitos, lenguaje, razonamiento abstracto, y orientación.^{34,36} La escala suma hasta 30 puntos y requiere alrededor de 10 minutos de aplicación. El MoCA se ha traducido al español, se ha evaluado su utilidad en estudios transculturales, y se ha validado en población mexicana.³⁷ El instrumento arroja una puntuación total, a partir de la suma de los puntajes alcanzados en cada una de las áreas evaluadas, y ello permite identificar la presencia de deterioro neurocognitivo: el puntaje máximo es 30, de 26-30 es normal, por debajo de lo cual indica la presencia de deterioro neurocognitivo.³⁹

8.5.2 Datos contextuales

Planilla de Datos Generales (Anexo 3): Instrumento diseñado por la asesora de tesis.²⁵ utilizado en estudios previos con personas con enfermedades endocrinas^{26,28,29,30} ajustado a la población y objetivo de estudio actual. A través de una entrevista semi-estructurada individual permite recoger datos sociodemográficos, de salud y de SSR, relevantes para el análisis de la información y del tema, y de este modo realizar una descripción de la muestra. Al final se organiza un espacio abierto para comentarios, si así es deseado por el sujeto.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 4): Cuestionario auto-administrado de amplio uso a nivel internacional, especialmente en el campo de la neuropsicología clínica. Tiene como objetivo discriminar los síntomas derivados de la ansiedad. La escala consiste de 21 reactivos, cada uno describe un síntoma común de ansiedad. El sujeto debe calificar el grado en que se ha sido afectado por cada síntoma durante la semana anterior a la evaluación, en una escala de 4 puntos que va de 0 a 3. El tiempo de administración es de aproximadamente 5 minutos,

y para su calificación los reactivos se suman para obtener un resultado total entre 0 y 63. De acuerdo con la versión estandarizada en población mexicana,³⁸ un resultado entre 0-5 es normal, de 6 a 15 es ansiedad leve, de 16 a 30 es ansiedad moderada, y de 31 a 63 es ansiedad severa.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 5): Cuestionario auto-administrado creado con el fin de realizar una evaluación objetiva y rápida de la presencia, profundidad y manifestaciones de la depresión en adultos.^{39,40} Su uso es amplio a nivel internacional, tanto en la asistencia como en la investigación de diferentes procesos de salud. Es uno de los instrumentos recomendados para la evaluación de los aspectos psicoafectivos (en este caso, la depresión) como parte de la evaluación neuropsicológica.⁴⁰ Consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, en un formato de opción múltiple (con 4 o 5 afirmaciones), y cada una refleja un grado creciente de profundidad de la depresión.

El instrumento se califica sumando las anotaciones alcanzadas en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total de 0 a 63, lo que permite determinar el grado de la depresión según los siguientes intervalos: normal o no depresión (0-9), depresión leve (10-16), depresión moderada (17-29) y depresión severa (30-56). Existe una versión estandarizada en población mexicana.⁴¹

Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (Anexo 6): Desarrollado por Rosen y cols.⁴³ en cumplimiento de la clasificación del *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*, es un instrumento auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Sus autores demostraron su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.^{43,44} El cuestionario consta de 19 preguntas e incluye los seis dominios de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El instrumento enfatiza en el dominio de trastorno de la excitación sexual, al dividirlo en dos dominios separados (lubricación y excitación), lo cual permite evaluar tanto los componentes periféricos (lubricación) como centrales (deseo y excitación subjetiva) de la excitación sexual. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor

sexualidad. Su versión en español ha sido utilizada en mujeres latinoamericanas, mostrando que es un instrumento sencillo de aplicar, que tiene propiedades psicométricas adecuadas, que permite evaluar la sexualidad de la mujer en diferentes etapas de la vida, y que es un instrumento útil y confiable para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos y para medir en trabajos clínicos la respuesta a diferentes terapias.^{44,45} Para los fines del presente estudio, y considerando los criterios de salud sexual y los criterios clínicos de presencia de disfunción sexual femenina referidos en el DSM5, se estructuró una propuesta de valoración global de la función sexual femenina para las mujeres que completaron el cuestionario (aquellas con actividad sexual en pareja en el último mes). Dicha propuesta consistió en considerar: estado sub-óptimo de la función sexual global (puntaje entre 2 y 13.3), estado de la función sexual global con elementos óptimos y sub-óptimos (puntaje entre 13.4 y 24.7), y estado óptimo de la función sexual global (puntaje entre 24.8 y 36).

Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) (Anexo 7): Instrumento auto-administrado y multidimensional, ampliamente utilizado para la evaluación de la función sexual masculina.⁴³ Ha sido recomendado como el instrumento estándar de oro para evaluar eficazmente la disfunción eréctil en los ensayos clínicos y en el campo de la medicina sexual masculina.⁴⁴ Fue desarrollado y validado en 1996-1997, adjunto al programa de ensayo clínico del sildenafil.⁴³ Ha sido validado lingüísticamente en 32 idiomas, incluido el castellano, para múltiples culturas, cumple con los criterios de confiabilidad y validez, tiene un alto grado de sensibilidad, especificidad y replicabilidad, y correlaciona con otras medidas de resultados de tratamiento.^{43,46}

El instrumento es ampliamente aceptado tanto por las agencias regulatorias como por las revistas científicas, como una medida válida y confiable del funcionamiento sexual en los hombres. Su confiabilidad y fortaleza como instrumento se expresa en su uso en diferentes poblaciones geográficas, en diferentes subgrupos etiológicos, y con diferentes agentes de tratamiento y diseños de investigación.⁴³ El cuestionario está compuesto por 15 ítems divididos en 5 dominios de la función sexual y cuyo valor va de 0 a 5: función eréctil (6 ítems: puntaje máximo 30), función orgásmica (2 ítems: puntaje máximo 10), deseo sexual (2 ítems: puntaje máximo 10), satisfacción con la relación sexual (3 ítems: puntaje máximo 15), y satisfacción global (2 ítems: puntaje máximo 10). Dos de los ítems (preguntas 3 y 4) del

dominio función eréctil fueron específicamente diseñados para evaluar componentes clave de la DE (pregunta 3: habilidad para lograr la penetración, y pregunta 4: habilidad para mantener al erección suficiente para el desempeño sexual satisfactorio).

Para los fines del presente estudio, y considerando los criterios de salud sexual y los criterios clínicos de presencia de disfunción sexual masculina referidos en el DSM5, se estructuró una propuesta de valoración global de la función sexual masculina para los varones que completaron el cuestionario (aquellos con actividad sexual en pareja en el último mes). Dicha propuesta consistió en considerar: estado sub-óptimo de la función sexual global (puntaje entre 11 y 32), estado de la función sexual global con elementos óptimos y sub-óptimos (puntaje entre 33 y 53), y estado óptimo de la función sexual global (puntaje entre 54 y 75).

A pesar de las bondades y fortalezas de ambos instrumentos (IFSF e IIEF), se les señala como limitaciones: la focalización sobre las fases de la respuesta sexual, en particular para determinar o diagnosticar la presencia de disfunciones sexuales, y en el caso del IIEF, la focalización sobre la función eréctil del varón.⁴³ También se le cuestiona la no exploración de la relación de pareja ni del vínculo sexual en pareja, así como tampoco de otros aspectos relacionados con el ejercicio sexual, su calidad y satisfacción, entre otros aspectos.⁴³

Cuestionario de Pareja y Sexualidad, versión para mujeres y varones, Ledón L y Fabré B (Anexos 8 y 9): Cuestionario auto-administrado dirigido a explorar aspectos de la dinámica de pareja, de la vivencia de la sexualidad en pareja, de la respuesta sexual en la actualidad, la satisfacción sexual y de pareja, y otros aspectos relacionados. El diseño del cuestionario se realizó tomando como base algunos instrumentos que exploran aspectos específicos de la sexualidad (Cuestionario de disfunciones sexuales, C.T. García, Cuestionario de sexualidad para hombres mayores de edad, G. Monteagudo, G. Ovies, L. Ledón y Cuestionarios de Aspectos del Erotismo, F. Cabello), fue originalmente diseñado para el estudio de aspectos de la sexualidad, la respuesta sexual y la dinámica de pareja en parejas con infertilidad,²⁹ y sometido a criterio de expertos y pilotaje para garantizar validez de contenido.

El Cuestionario presenta dos versiones: una para mujeres (35 ítems) y otra para varones (38 ítems), con un espacio final para expresar comentarios. Los ítems de ambos cuestionarios son idénticos hasta la pregunta 27: en el caso del Cuestionario para mujeres inquiriere sobre lubricación (ítems 27-29), mientras el Cuestionario para varones inquiriere sobre erección (ítems 27-29) y eyaculación (ítems 30-32). Posteriormente ambos cuestionarios se igualan

respecto a los ítems incluidos, aunque con diferencia de la numeración referenciada para las preguntas al haber incluido 3 preguntas más en el caso de los varones (sobre eyaculación).

Los cuestionarios incluyen preguntas cerradas, semi-cerradas (integran opciones de respuestas específicas y una opción final abierta), y la pregunta final es abierta y opcional. Las dimensiones que integra son: relación de pareja, sexualidad en pareja y respuesta sexual. El análisis del Cuestionario de Pareja y Sexualidad (versiones para mujeres y varones) se realiza de forma descriptiva en relación a cada uno de los aspectos y dimensiones incluidas. No tiene fines diagnósticos, aunque la información colectada puede referir a la presencia de malestares, dificultades y posibles trastornos en el área sexual y de pareja.

8.6 Variables operacionales

- Deterioro neurocognitivo: Obtener un puntaje menor a 20 puntos en el test MoCA o 19 en el MMSE.
- Datos sociodemográficos: edad, género, nivel escolar terminado, ocupación actual, estado de residencia, tenencia de pareja, tiempo de relación de pareja, creencias religiosas, tipo(s) de creencias religiosas. Datos obtenidos a partir de la aplicación de la Planilla de Datos Generales.
- Datos de salud: diagnóstico neuroendocrino, tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina, tratamientos previo y actual para enfermedad neuroendocrina, padecimientos endocrino-metabólicos actuales. Datos obtenidos a partir de la aplicación de la Planilla de Datos Generales.
- Datos de salud sexual y reproductiva: orientación sexo-erótica, actividad sexual coital en la actualidad, actividad sexual auto erótica en la actualidad, historia de uso de métodos de planificación familiar, tenencia y cantidad de hijo/a(s), historia de infecciones de transmisión actual (ITS), tipo de ITS contraída, presencia de ITS actual, tipo de ITS contraída, historia de infertilidad, si se sostiene el proyecto reproductivo en la actualidad. Datos obtenidos a partir de la aplicación de la Planilla de Datos Generales.
- Ansiedad: Puntuación obtenida de 6 puntos en adelante (hasta 63) en el BAI: de 6 a 15 puntos es ansiedad leve, de 16 a 30 puntos es ansiedad moderada, y de 31 a 63 puntos es ansiedad severa.

- Depresión: Puntuación obtenida de 10 puntos en adelante (hasta 63) en el BDI: depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos) y depresión severa (30-56 puntos).
- Función sexual femenina: La puntuación global del IFSF es obtenida a partir de la suma de los resultados de cada dominio (deseo sexual femenino, excitación femenina, lubricación, orgasmo femenino, satisfacción sexual femenina, y dolor sexual femenino). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. El rango mínimo es 2 y el máximo es 36. A mayor puntaje mejor función sexual. Para el estudio se consideró: estado sub-óptimo de la función sexual global (puntaje entre 2 y 13.3), estado de la función sexual global con elementos óptimos y sub-óptimos (puntaje entre 13.4 y 24.7), y estado óptimo de la función sexual global (puntaje entre 24.8 y 36).
- Función sexual masculina: La puntuación global del IIFE es obtenida a partir de la suma de los resultados de cada dominio (función eréctil, función orgásmica masculina, deseo sexual masculino, satisfacción masculina con el coito, y satisfacción sexual global masculina). El resultado final es la suma aritmética de los dominios. El rango mínimo es 1 y el máximo es 75. A mayor puntaje mejor función sexual. Para el estudio se consideró: estado sub-óptimo de la función sexual global (puntaje entre 11 y 32), estado de la función sexual global con elementos óptimos y sub-óptimos (puntaje entre 33 y 53), y estado óptimo de la función sexual global (puntaje entre 54 y 75).
- Relación de Pareja: A partir del Cuestionario de Pareja y Sexualidad, versiones femenina y masculina, integra la valoración cualitativa de los aspectos: Valoración general de la relación de pareja (ítem 1), determinantes del estado actual de la relación de pareja (ítem 2), deseo de modificar la relación y aspectos que desea modificar (ítems 3 y 4), condiciones de privacidad para el ejercicio sexual (ítem 6), disfrute de juegos sexuales, afectividad, y molestias durante el coito.
- Satisfacción global con la vida sexual con la pareja (ítems 35 y 38, para las versiones femenina y masculina, respectivamente): Incluye las opciones: satisfacción alta (muy satisfecha/o ó satisfecha/o), satisfacción media (ni satisfecha/o ni insatisfecha/o) y satisfacción baja (muy insatisfecha/o ó insatisfecha/o).
- Respuesta sexual: A partir del Cuestionario de Pareja y Sexualidad, versiones femenina y masculina, integra la valoración cualitativa de los aspectos: Frecuencia de relaciones

sexuales (ítems 17-19), deseo sexual (ítems 20-23), excitación sexual (ítems 24-26), lubricación vaginal (ítems 27-29 del Cuestionario para mujeres), erección (ítems 27-29 del Cuestionario para varones), eyaculación (ítems 30-32 del Cuestionario para varones) y orgasmo (ítems 30-32 del Cuestionario para mujeres, y 33-35 del Cuestionario para mujeres). De cada uno de los aspectos de la respuesta sexual se explora: la presencia de cambio(s), el/los, tipo(s) de cambio(s), y la satisfacción con cada uno de ellos.

8.7 Procesamiento de la información

Cada uno de los instrumentos utilizados (MMSE-MoCA, BAI, BDI, IFSF, IIFSE) se calificó e interpretó según las normas originales de la prueba. La información recolectada a través de la Planilla de Datos Generales y el Cuestionario de Pareja y Sexualidad, en sus versiones femenina y masculina, se procesaron descriptivamente.

Se creó una base de datos para la captura de la información recabada por cada uno de los instrumentos, a través del programa estadístico SPSS.16. Dicha información fue sometida a procesamiento estadístico descriptivo y se realizaron cruces entre las diferentes variables, para profundizar la descripción y caracterización de los aspectos evaluados.

Para las variables cuantitativas se aplicó la prueba t- student, teniendo en cuenta que los datos cumplieran con la normalidad y homogeneidad de varianza.

Para las variables cualitativas se aplicó la prueba de Chi – cuadrado de Pearson.

En ambos casos se consideró un valor de $p= 0.05$ como significativo.

Posterior al análisis y procesamiento de la información, se conformó el presente informe de investigación. En él se pretende describir la muestra estudiada y presentar los resultados obtenidos con el propósito de dar respuesta a las preguntas de investigación, y en congruencia con los objetivos propuestos.

9. ASPECTOS ÉTICOS

Todo el proceso de recolección de datos y entrevistas de los sujetos, se desarrolló en condiciones que garantizaran la privacidad necesaria para que el sujeto expresara e

intercambiara la información solicitada. La entrevista y el completamiento de los cuestionarios se realizaron en un espacio físico en el que solo el sujeto de investigación y la asesora de tesis. Dicho espacio contó con las condiciones de confort necesarias para realizar estas actividades (iluminación, tamaño, mueblería), y al mismo no accedieron otras personas durante el proceso de recolección de la información. Dichos espacios fueron: las áreas de investigación clínica (6to piso de la UPA), los consultorios del área de asistencia ambulatoria y el salón de reuniones del Departamento de Biología de la Reproducción-INCMNSZ. El trabajo de recolección de la información y participación del sujeto en el estudio tuvo una duración como promedio de una hora y media, aunque el mismo dependió en última instancia del desempeño de cada sujeto.

La privacidad del participante y la confidencialidad de la información brindada fueron protegidas de la siguiente manera: no se recabaron datos de identidad personal durante la fase de obtención de la información, los datos personales con que se contó (extraídos de los registros médicos) nunca se vincularon con la información brindada por los sujetos acerca del tema investigado, dichos datos personales solo fueron conocidos por la investigadora a cargo de la revisión de los registros, mientras los datos personales y de salud provenientes de los mismos y necesarios a considerar para definir los criterios de selección de la muestra, se manejaron entre las dos investigadoras del proyecto presentes en el INCMNSZ durante la etapa de reclutamiento, solo con fines de dicho proceso de selección muestral. La asesora de la investigación y la investigadora a cargo de la revisión de los registros médicos se pusieron en contacto por vía telefónica y/o personal con los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

Toda la información recabada a partir de la participación del sujeto, se manejó a través de códigos numéricos: desde la etapa de calificación e interpretación de la información, pasando por su procesamiento estadístico, y hasta la conformación del reporte de investigación. Todos los cuestionarios y entrevistas fueron aplicados a los sujetos, calificados e interpretados, por una sola investigadora.

El presente proyecto fue aprobado por los Comité de Ética y de Investigación del INCMNSZ.

10. ORGANISMOS PATROCINADORES

Programa Latinoamericano de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva (PLISSER). El Programa financió la beca de estancia de la investigadora principal y asesora del presente

trabajo (extranjera) durante la primera etapa del estudio (agosto a diciembre de 2016). El resto de los costos fueron cubiertos en esa etapa con presupuesto del Departamento de Biología de la Reproducción Dr. Carlos Gual Castro. Para el desarrollo de la actual etapa de investigación (octubre 2018 – Junio 2019) , en términos de estancia de la asesora de tesis y costos de la investigación, se cuenta con el apoyo de la Universidad Autónoma de México (UNAM) y del INCMNSZ, a través del Premio-Cátedra Salvador Zubirán.

11. RESULTADOS

11.1 Datos contextuales

11.1.1 Datos sociodemográficos

Sesenta y cuatro sujetos con diagnóstico de adenoma hipofisario fueron reclutados para el presente estudio durante los períodos comprendidos entre agosto - diciembre 2016 y noviembre 2018 - junio 2019. La distribución de la población con respecto al género fue 44 mujeres (68.75%), y 20 hombres (31.25%).

La media de edad para la población total se situó en 40 años, con diferencias por subgrupos: para las mujeres la media se situó en 37 años y para los hombres 46.4 años con una diferencia significativa ($p= 0.0006$). Para fines de la investigación se sub-dividió la muestra por grupos de edad, considerando adultos jóvenes entre 20 y 39 años, y edad mediana 40-59 años. Al primer grupo correspondieron 31 sujetos (48.44%) y al segundo 33 sujetos (51.5%).

El grado de escolaridad más prevalente fue nivel superior (que incluye estudios de licenciatura y posgrado) representado por 31 sujetos (48.44%). Cincuenta y cinco sujetos refirieron tener una ocupación remunerada en el momento de la evaluación habiendo diferencia significativa respecto a la ocupación remunerada dependiendo del género ($p=0.04$): es decir, que comparativamente más varones (19: 95%) que mujeres (32: 72.73%) se encontraban vinculados a una ocupación remunerada al momento del estudio.

Treinta y un sujetos (48.44%) refirieron como lugar de residencia actual la Ciudad de México, 20 (31.25%) el Estado de México, 6 (9.38%) Hidalgo, y el resto se distribuyó en porcentajes

menores entre Guerrero, Zacatecas, Jalisco, Michoacán y los Estados Unidos de Norteamérica.

Con respecto al estatus de pareja actual, 43 sujetos (67.19%) se encontraban en una relación estable de pareja. La media de tiempo en años de relación de pareja fue mayor para el subgrupo de hombres 19.01 años, vs 10.63 años en las mujeres ($p=0.017$).

Cincuenta y cinco sujetos (85.94%) refirieron ser adeptos a alguna creencia religiosa: 51 (71.69%) a la religión católica, 1 (1.56%) protestante y 3 (4.69%) a otras (Ver Anexo 10).

11.1.2 Datos de Salud

Se clasificó la condición neuroendocrina de los sujetos relacionando con las variables género, adenomas productores o no productores, y micro o macro adenomas obteniendo como resultado: 18 sujetos (28.3%) con adenomas no productores y 46 sujetos (71.88%) con adenomas productores, clasificado como se observa en la Figura 1.

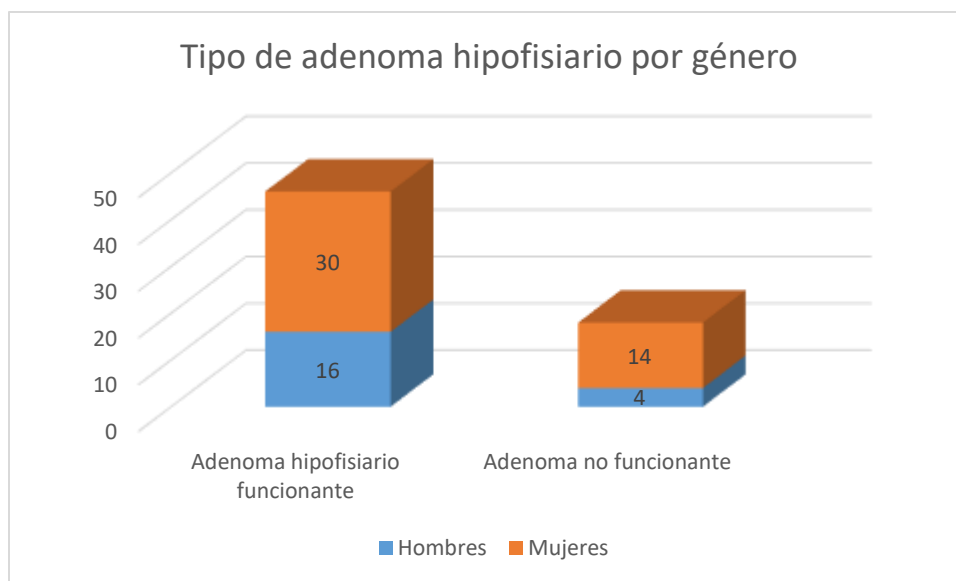


Figura 1. Clasificación de adenomas según su capacidad de producir hormonas (funcionante - no funcionante) y según género.

De los 46 individuos con adenomas productores, 15 (32.60%) fueron productores de PRL, 14 (30.43%) productores de hGH, 13 (28.26%) productores de ACTH y 4 (8.69%) productores de hGH y PRL, como se observa en la Figura 2.

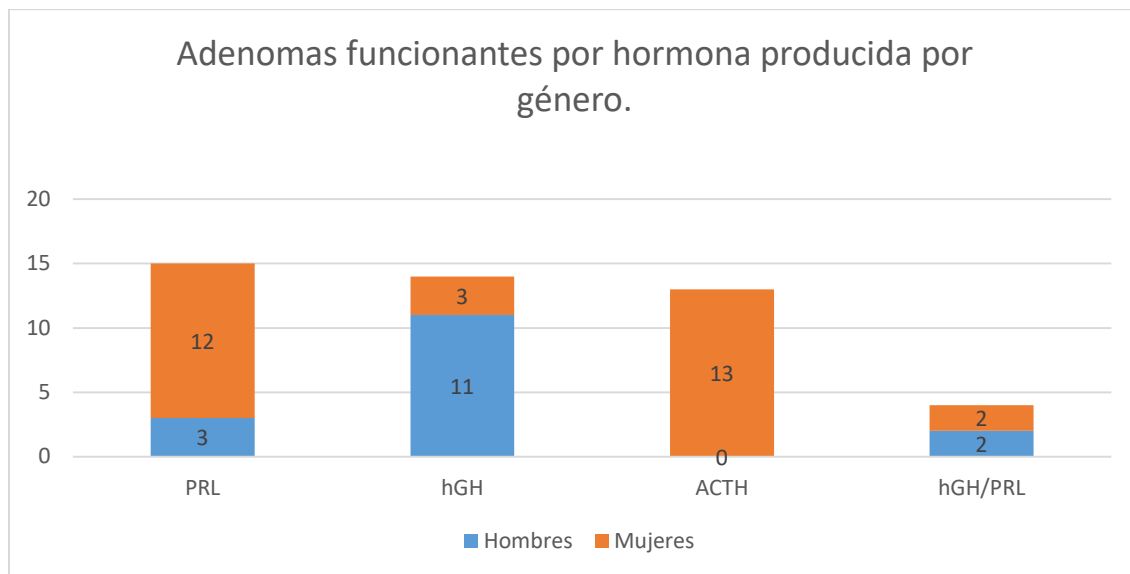


Figura 2. Clasificación de adenomas funcionantes según hormona producida y según su género. PRL: Prolactina, GH: Hormona del crecimiento, ACTH: Hormona adenocorticotropa.

También se clasificó a los adenomas con base a su tamaño: 33 sujetos (51.56%) presentaron macroadenomas y 31 (48.43%) microadenomas, como se muestra en la Figura 3.

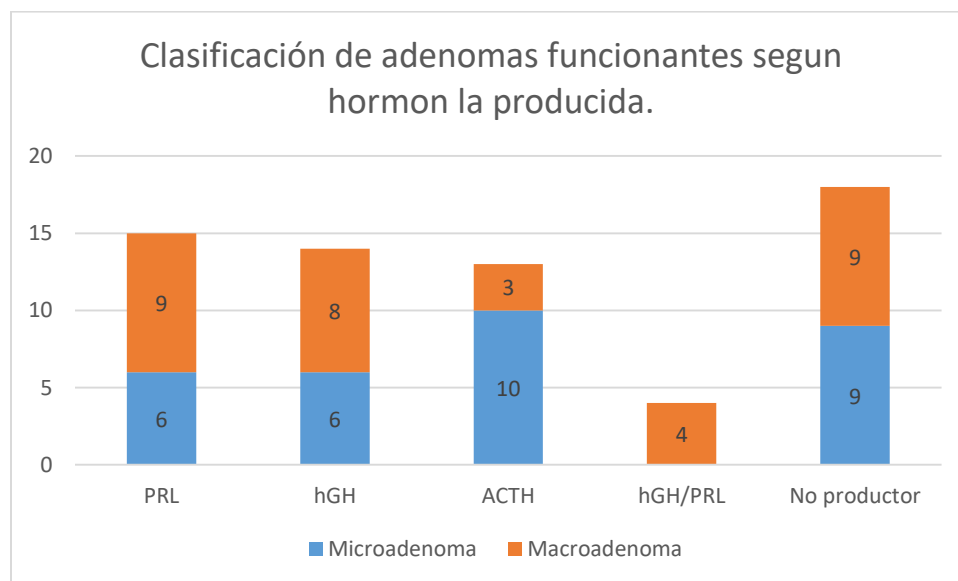


Figura 3. Clasificación de adenomas funcionantes según hormona producida y según género. PRL: Prolactina, hGH: Hormona del crecimiento, ACTH: Hormona adenocorticotropa.

La media de tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina fue de 8 años (intervalo 0.1 – 30) con un comportamiento similar en los subgrupos de mujeres y varones.

En cuanto a los tratamientos previos recibidos para la enfermedad neuroendocrina (Figura 4) la mayoría de los sujetos 39 (60.94%) tienen el antecedente de haber sido sometidos a tratamiento farmacológico, 13 (20.31%) recibieron tratamiento únicamente quirúrgico, 5 (7.81%) recibieron radioterapia a SNC, 5 (25%) recibieron tratamiento mixto quirúrgico y con radioterapia, 3 (4.69%) recibieron tratamiento mixto farmacológico, quirúrgico y con radioterapia, y 11 (25%) tenían antecedente de no haber recibido algún tipo de tratamiento. Para el tratamiento actual para la enfermedad neuroendocrina refirieron 37 sujetos (57.81%) encontrarse en tratamiento farmacológico, y 27 (42.19%) sin tratamiento. La media tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina fue de 8 años (0.1 – 30) con comportamiento similar para los subgrupos de mujeres y varones.

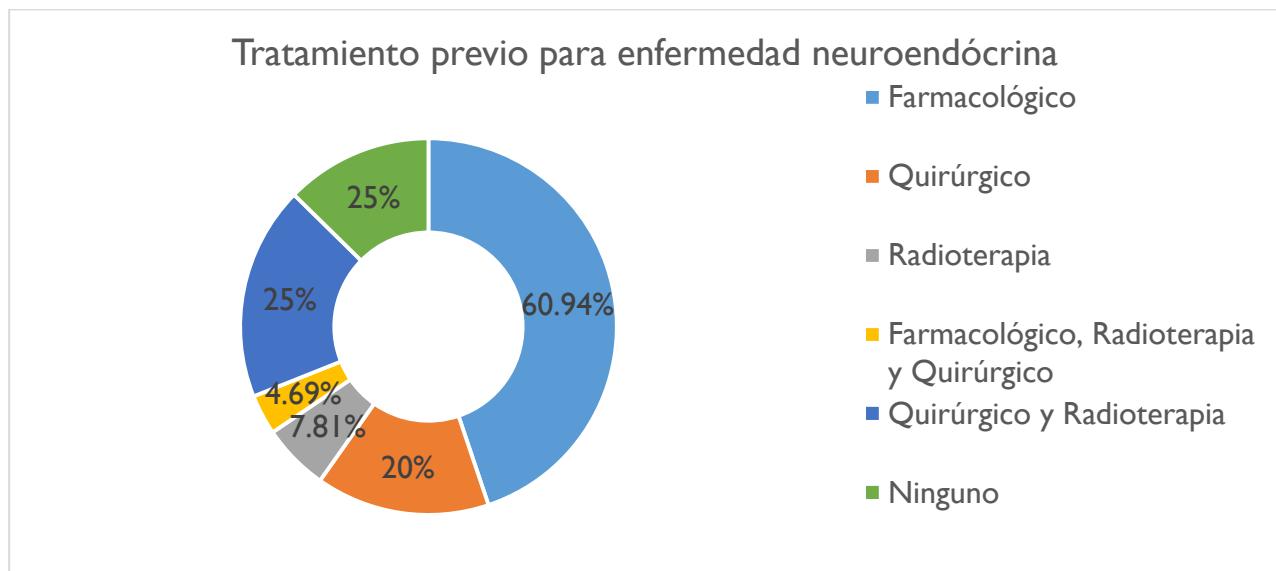


Figura 4. Historia de tratamientos recibidos para enfermedad neuroendocrina.

Como consecuencia de dichas intervenciones, la mayor parte de la población estudiada (41 individuos, 64.06%) se encontraba al momento de la evaluación en adecuado control de la patología neuroendocrina.

Además, se detectaron hasta 28 comorbilidades endocrino – metabólicas en la población, con un promedio de 3.61 comorbilidades por sujeto estudiado con un intervalo entre 0 y 8 enfermedades concomitantes. Las 5 enfermedades endocrino-metabólicas de mayor prevalencia fueron: la dislipidemia, la deficiencia de vitamina D, la resistencia a la insulina, la obesidad, el sobrepeso y la diabetes mellitus tipo 2 (Figura 5).

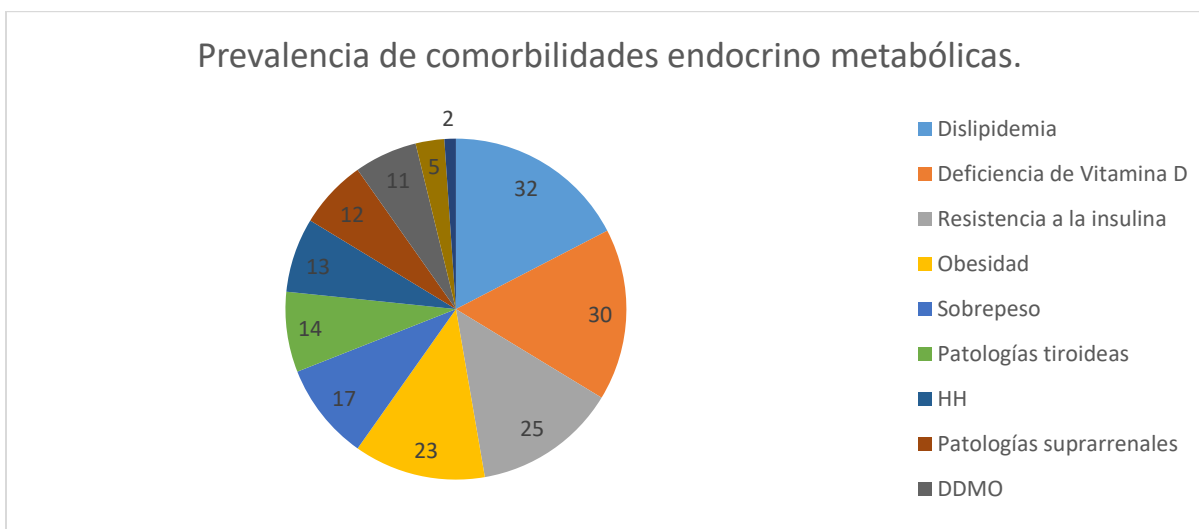


Figura 5. Comorbilidades endocrino metabólicas más prevalentes en sujetos con adenomas hipofisarios. Los resultados mostrados en el gráfico están expresados en la n total de sujetos con cada uno de los diagnósticos. DDMO: Disminución de la densidad mineral ósea; HH: Hipogonadismo hipogonadotrópico.

Se encontró una alta frecuencia de descontrol de las enfermedades endocrino-metabólicas (Figura 6). De 32 sujetos con diagnóstico de dislipidemia, 29 (90.62%) se consideraron descontrolados al momento de la evaluación, la misma situación se encontró con 24 (80%) sujetos con diagnóstico de deficiencia de vitamina D, 15 (60%) sujetos con resistencia a la insulina, 100% de los sujetos con antecedente de obesidad (23 sujetos) y sobrepeso (17 sujetos), 7 (53%) sujetos con hipogonadismo hipogonadotrópico y 6 (21.43%) de los sujetos con patologías tiroideas.

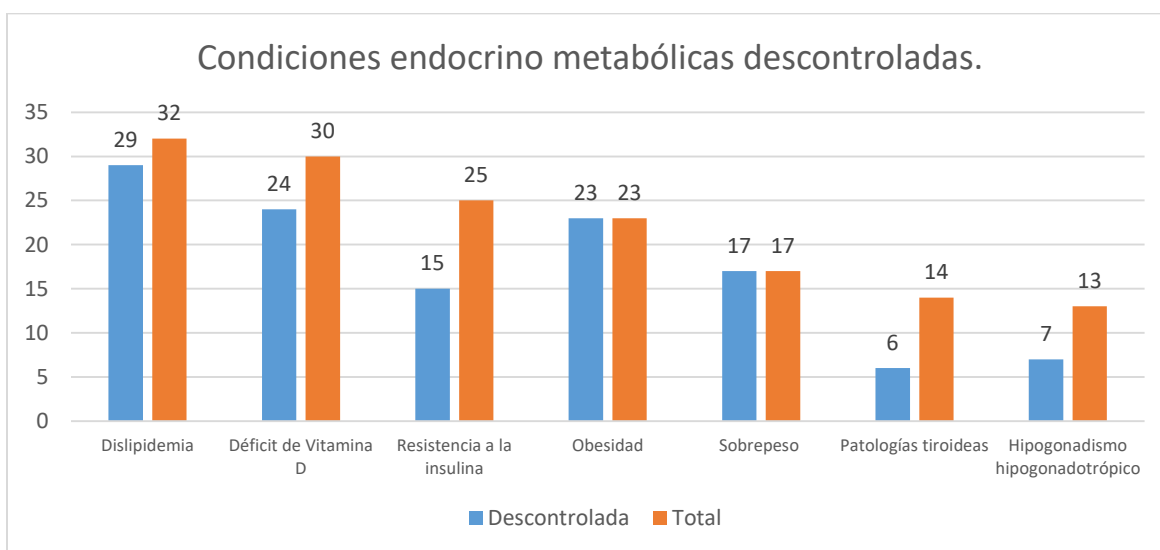


Figura 6. Prevalencia de descontrol de otras condiciones endocrino metabólicas.

11.1.3 Datos de Salud sexual y Reproductiva

Cincuenta y nueve sujetos (92.19%) refirieron orientación sexo erótica heterosexual, 4 (6.25%) homosexual y 1 (1.56%) bisexual.

Cuarenta y dos sujetos (66.67%) refirieron actividad sexual coital en la actualidad; 27 mujeres y 15 varones, y 25 sujetos refirieron actividad autoerótica en la actualidad, 16 mujeres y 9 varones. (Ver Anexos 11 y 12).

En el subgrupo de mujeres (44) se encontró diagnóstico de hipogonadismo en 11 sujetos (25%) ya fuera por cambios fisiológicos propios de la edad o como consecuencia de condiciones patológicas que derivaron en disfunción ovárica. La prevalencia de diagnóstico de hipogonadismo con respecto a los subgrupos de edad (adulta joven – adulta de mediana edad) fue mayor en el grupo de adultas de la mediana edad ($p=0.49$).

Con respecto a la fertilidad, para la muestra general, 12 sujetos (19.05%) refirieron diagnóstico establecido de infertilidad. El comportamiento de esta variable fue similar en los subgrupos de varones 3 (15%) y mujeres 9 (20.93%). La media de hijos en la actualidad por sujeto en la muestra total fue de 0.98 (± 1.14). Veinte sujetos (31.75%) refirieron mantener proyecto reproductivo en la actualidad. La proporción de mujeres que refirieron mantener proyecto reproductivo (9, 20.93%) fue mayor a la proporción de varones (3, 15%). Hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al proyecto reproductivo actual en función de los grupos de edad ($p = 0.00045$), más no respecto a género ($p=0.17$).

En la muestra total, 26 sujetos (41.27 %) refirieron uso de algún método anticonceptivo. Dieciséis sujetos (25%) refirieron el antecedente de ITS. En esta subpoblación ($n=16$), las tres infecciones de mayor prevalencia fueron: la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en 8 sujetos (50%), las infecciones fúngicas en 6 sujetos (42.85%), y la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) en 3 sujetos (18.75%). Un porcentaje menor tuvo el antecedente de otras infecciones como sífilis 1 (1.59%), gonorrea 1 (1.59%), trichomoniasis 1 (1.59%) y herpes 2 (3.17%). Persistió infección activa únicamente en los 3 sujetos con diagnóstico de infección por VIH, los que al momento de la evaluación se encontraron en

tratamiento para dicha condición y dentro de las metas terapéuticas establecidas para dicha patología.

11.2 Evaluaciones realizadas

11.2.1 Estado neuropsicológico

La evaluación del estado neuropsicológico se realizó con el objetivo de discriminar la presencia de deterioro neurocognitivo (siendo este un criterio de exclusión para el estudio). Se encontró que 49 sujetos (76.56%) calificaron para estado neurocognitivo global normal, y 15 sujetos (23.44%) tuvieron una calificación limítrofe, descartando deterioro neurocognitivo en el total de la población (Ver Tabla 1). Se utilizó el término “limítrofe” para referirse al resultado de los instrumentos MMSE y MoCA menores al puntaje mínimo considerado “normal” (24 y 26 puntos, respectivamente), pero sin expresar deterioro neurocognitivo franco. La proporción de varones con estado neurocognitivo limítrofe (6, 30%) fue proporcionalmente mayor que en el subgrupo de mujeres (20.45%), aunque sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Género	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Deterioro n (%)
Mujeres	35 (79.55)	9 (20.45)	0
Hombres	14 (70)	6 (30)	0
Total	49 (76.56)	15 (23.44)	0

Tabla 1. Estado neurocognitivo global.

Las herramientas utilizadas para valorar el estado neurocognitivo actual de los sujetos, permitieron poner en evidencia los dominios neurocognitivos en los que la población presentó algún tipo de dificultad (siendo posible presentar dificultades en más de un dominio por sujeto). El resultado de dicha evaluación arrojó que la prevalencia de dificultades en orden de mayor a menor fueron: 37 sujetos (57.81%) en recuerdo diferido, 33 (51.56%) en atención, 23 (35.94%) en lenguaje, 19 (26.69%) en funciones ejecutivas y 11 (17.19%) en orientación.

11.2.2 Estado psicoafectivo

11.2.2.1 Estado de Ansiedad

Los resultados obtenidos mediante el BAI fueron: 47 sujetos (73.44%) tuvieron algún nivel de ansiedad. De esta submuestra (n= 47), 30 sujetos (63.83%) se clasificaron como ansiedad leve, 11 (23.40%) como ansiedad moderada y 6 (12.77%) como ansiedad severa.

Para el subgrupo de mujeres (n= 44), 37 sujetos (84.09%) tuvieron algún nivel de ansiedad vs en el subgrupo de hombres (n=20), 10 (50%) tuvieron algún nivel de ansiedad, con diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.014$) (Ver Tabla 2).

Género	No ansiedad n (%)	Ansiedad leve n (%)	Ansiedad moderada n (%)	Ansiedad severa n (%)
Mujeres	7 (15.91)	24 (54.55)	7 (15.90)	6 (13.64)
Varones	10 (50)	6 (30)	4 (20)	0 (0)
Total	18 (26.56)	30 (46.88)	11 (17.9)	6 (9.38)

Tabla 2. Nivel global de ansiedad. Muestra la distribución de sujetos atendiendo a las variables Género y nivel global de ansiedad al momento de la evaluación.

El BAI permitió evaluar las áreas de expresión de ansiedad en los sujetos evaluados, pudiendo expresar más de un nivel por individuo siendo los resultados de esta evaluación los siguientes: 55 sujetos (85.94%) presentaron alguna manifestación neurofisiológica, 53 (82.81%) autonómica, 43 (67.19%) de pánico y 39 (60.94%) subjetivas.

11.2.2.2 Estado de Depresión

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del BDI fueron: de la muestra total se encontró algún nivel de depresión en 27 sujetos (42.19%). El estado de depresión en submuestra con algún nivel de depresión (n=27) se clasificó en: depresión leve 12 (44.44%), depresión moderada 11 (40.74%) y depresión severa 4 (14.81%).

Al igual que en el estado de ansiedad, el estado de depresión (algún nivel de depresión) fue mayor en el subgrupo de mujeres (22, 50%) que en el subgrupo de varones (5, 25%). Sin

embargo para esta variable la diferencia no resultó estadísticamente significativa (Ver Tabla 3).

El BDI permite discriminar las áreas de expresión de depresión en la muestra estudiada. Tomando en consideración que son posibles la expresión de manifestaciones de depresión en más de un área por sujeto, y que los sujetos podían puntuar en diferentes ítems y áreas, aun cuando el puntaje final de dicha evaluación no clasificara al individuo en la categoría “algún nivel de depresión”, se encontró en la muestra global que 58 sujetos (90.63%) expresaron alguna manifestación de depresión en el área afectivo – cognoscitiva y 56 (87.5%) en el área vegetativa - somática.

Género	No Depresión n (%)	Depresión leve n (%)	Depresión moderada n (%)	Depresión severa n (%)
Mujeres	22 (50.0)	11 (25)	8 (18.18)	3 (6.82)
Varones	15 (75)	1 (5)	3 (15)	1 (5)
Total	37 (57.81)	12 (18.7)	11 (17.19)	4 (6.35)

Tabla 3. Nivel global de depresión. Muestra la distribución de sujetos atendiendo a las variables Género y nivel global de depresión al momento de la evaluación.

11.2.3 Pareja y sexualidad

11.2.3.1 Relación de pareja

Si bien en la descripción sociodemográfica de la población se hace referencia a 43 sujetos (67.19%) que refirieron tener una relación de pareja estable al momento de la evaluación, el Cuestionario de Pareja y Sexualidad recogió información “en los últimos tiempos” respecto a todos los ítems evaluados, momento en el cual algunos sujetos que al momento de la evaluación refirieron no tener pareja, pudieron haberla tenido. Esto se manifiesta en que el número de individuos que brindaron información con respecto a relación de pareja, fue 46 y no 43.

Para la variable satisfacción en la relación de pareja, 19 sujetos (29.69%) la refirieron baja, 9(14.06%) media, 18 (28.13%) alta, y el resto de la población se consideró no evaluable por no tener pareja. De los 15 sujetos del subgrupo de varones que fueron evaluados para esta variable, 7 (46.66%) refirieron una satisfacción baja, 3 (20%) media y 5 (33.33%) alta; mientras

que las 31 mujeres que cumplieron condiciones para ser evaluadas en esta variable 12 (38.71%) refirieron satisfacción alta, 6 (19.35%) media y 13 (41.93%) baja. Estas diferencias no tuvieron un valor estadísticamente significativo.

Se exploró en los sujetos sobre el deseo de modificar algún aspecto en la relación de pareja: 39 (60.94%) dieron una respuesta afirmativa a esta interrogante. Los aspectos que desean modificar más referidos (con la posibilidad de señalar más de uno por sujeto) fueron: la comunicación (33%), la sexualidad (33%), los intereses de ambos (28.21%), la economía (28.21%), y la manera en que resuelven los problemas (23.08%).

La evaluación de aspectos que influyen en el ejercicio sexual en pareja reveló con respecto a la privacidad, que 36 sujetos (56.25%) de la muestra cuentan con adecuadas condiciones de privacidad con su pareja. Veintidós sujetos (47.83%) refirieron alta frecuencia de juegos sexuales, 16 (34.78%) media y 10 (21.74%) baja. La afectividad en pareja fue alta en 34 sujetos (73.91%), moderada en 8 (17.39%) y baja en 4 (8.71%), y en cuanto a la frecuencia de dolor o molestia con las relaciones sexuales 35 sujetos (76.09%) refirieron baja frecuencia.

11.2.3.2 Estado global de la función sexual

La evaluación del estado global de la función sexual puso de manifiesto que en 32 individuos (50%) se encontró un estado óptimo, en 9 (14.06%) un estado intermedio que combinaba aspectos óptimos y sub óptimos, y en 1 sujeto (1.56%) se encontró un estado sub óptimo. Dieciséis 16 sujetos fueron no evaluables para esta variable porque eran sujetos sin pareja ni actividad sexual coital al momento de la evaluación, o sujetos con pareja pero sin actividad sexual coital en la actualidad. (Ver Anexo13).

Con respecto a la frecuencia sexual, 16 sujetos (25%) se consideraron no evaluables, del resto (n=48), 45 (93.75%) refirieron presentar algún tipo de cambio, y 3 (6.25%) lo negaron. Para el subgrupo de mujeres (n=44), 16 (36.26%) se consideraron no evaluables; al resto se le interrogó el tipo de cambio experimentado (con posibilidad de elegir más de una opción por individuo) refiriendo: 6 (13.64%) aumento de la frecuencia sexual, 19 (43.18%) disminución y 4 (9.09%) ausencia. Para el subgrupo de varones: 3 (15%) se consideraron no evaluables, 3 (15%) refirieron aumento en la frecuencia sexual, 13 (65%) disminución y 4 (20%) ausencia. En cuanto a la satisfacción con la frecuencia coital en la muestra global, 15 sujetos (23.44%)

se consideraron no evaluables, 26(40.63%) consideraron satisfacción alta, 14 (21.88%) media y 9 (14.06%) baja. El 36% de las mujeres y 50% de los hombres refirieron satisfacción alta con su frecuencia coital en los últimos tiempos.

Cuarenta y seis sujetos (71.88%) refirieron presentar un cambio en el deseo sexual. Los tipos de cambio más referidos (tomando en cuenta la posibilidad de presentar más de un tipo de cambio por sujeto) fueron: 12 (18.75%) aumento en el deseo sexual, 28 (43.75%) disminución y 10 (15.63%) pérdida del deseo sexual. A pesar de estos resultados, 30 sujetos (46.88%) se refirieron con satisfacción sexual alta, 18 (28.13%) media y 12 (18.75%) baja; 4 sujetos (6.25%) refirieron desconocer su estado de satisfacción con el deseo sexual. Del subgrupo de mujeres, 11 (25%) refirió satisfacción media, 10 (22.73%) baja y 19 (20.45%) alta. Esta distribución no fue similar al grupo de varones en donde 11 (55%) refirieron satisfacción alta, 7 (35%) media y 2 (10%) baja. Aunque se aprecian diferencias respecto a los subgrupos varón y mujer, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Treinta y ocho sujetos (59.38%) refirieron algún cambio en la excitación sexual, 14 (21.88%) lo negaron, 1 (1.56%) refirió desconocer si había cambios en la excitación sexual y 10 (15.63%) fueron no evaluables para esta variable. Los tipos de cambio más frecuentes con respecto a la excitación sexual (existiendo la posibilidad de más de un cambio referido por cada sujeto) fueron: en 25 sujetos (39.06%) disminución, 14 (21.88%) aumento, 1 (1.56%) no logra excitación. A pesar de presentar cambios con tendencia desfavorable, 35 sujetos (54.69%) refirieron satisfacción con la excitación sexual, 12 (18.75%) media y únicamente 5 (7.63%) baja. Doce sujetos (18.79%) refirieron desconocer o no poder evaluar su nivel de satisfacción con la excitación sexual.

Del subgrupo de mujeres con actividad sexual coital al momento de su participación en el estudio, conformado por 32 sujetos, 22 (50%) refirieron cambios en la lubricación, mientras 10 (22.73%) lo negaron. El cambio más frecuente (existiendo la posibilidad de referir más de un cambio por sujeto) fue la lubricación demorada en 10 mujeres (22.75%) seguido de disminución en la lubricación en 6 (13.63%), 4 (9.09%) lubricación rápida y 2 (4.55%) ausencia de lubricación. A pesar de estos cambios desfavorables en la lubricación, 17 mujeres (38.64%)

refirieron satisfacción alta con la lubricación, 8 (18.18%) media y 7 (15.92% baja); doce mujeres se consideraron no evaluables para esta variable.

Catorce sujetos del subgrupo de varones (70%) refirieron cambios en la erección, 2 (25%) lo negaron y un sujeto (5%) se consideró no evaluable para esta área. Los cambios más frecuentes referidos respecto a la erección (existiendo posibilidad de referir más de un tipo de cambio por sujeto) fueron: peor calidad en 5 sujetos (25%), mejor calidad en 4 sujetos (20%), 3 (15%) con disminución del tiempo de resolución entre una y otra erección, y 2 (10%) varones refirieron aumento del tiempo de resolución. A pesar de estos cambios, 14 sujetos (70%) refirieron satisfacción alta con la erección, 2 (10%) media, 2 (10%) baja, y 2 sujetos (10%) no desearon responder.

Al igual que el dominio anterior, la mayoría de los varones 12 (60%) refirieron experimentar cambios en la eyaculación, 6 (30%) lo negaron y 2 (10%) fueron no evaluables. Los tipos de cambio referidos fueron: eyaculación rápida 4 (20%) rápida y 5 (25%) demorada, 2 (10%) aumento del volumen de semen eyaculado, 3 (15%) disminución del volumen de semen eyaculado, 3 (15%) ausencia eyaculado. A pesar de estos cambios, 14 sujetos (70%) refirieron satisfacción alta con respecto a la eyaculación, 2 (10%) media y 2 (10% baja), mientras 2 (10%) no desearon responder.

Treinta y un sujetos (48.44%) refirieron cambios en el orgasmo, 19 (29.69%) lo negaron y 14 sujetos (21.88%) se consideraron no evaluables. Los tipos de cambio experimentados fueron: en 12 sujetos (18.75%) disminución en la frecuencia de orgasmos, 6 (9.38%) aumento en la intensidad, 6 (9.38%) dificultades para alcanzar el orgasmo, 5 (7.81%) aumento en la frecuencia, 2 (3.13%) ausencia. De los sujetos evaluables 32 (64%) refirieron satisfacción alta con el orgasmo, 12 (24%) media, 5 (10) baja y de 1 sujeto (2%) no se obtuvo información.

La satisfacción sexual global fue alta en 34 sujetos (53.13%), media en 19 (29.69%) y baja en 9 (14.06%). Dos sujetos (3.13%) refirieron desconocer su estado de satisfacción sexual. (Ver Anexo 14).

11.3 Correlación de variables.

Se construyeron tablas de contingencia mediante las cuales se realizó correlación entre diferentes variables a través de la prueba de chi – cuadrado de Pearson.

Se obtuvo correlación estadísticamente significativa entre la variable satisfacción sexual global con las siguientes variables:

- Para los datos sociodemográficos la única variable con correlación significativa fue la escolaridad para $p=0.05$.
- Con respecto a los datos de salud, se obtuvo correlación con tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina para $p= 0.05$, con tratamientos previos para la enfermedad neuroendocrina para $p=0.02$, y con presencia de comorbilidades endocrino metabólicas $p=0.02$. y estatus de descontrol de comorbilidades endocrino – metabólicas $p=0.03$.

Se obtuvo correlación estadísticamente significativa entre la variable función sexual global con las siguientes variables:

- De los aspectos psicoafectivos, con el nivel de depresión global para $p= 0.05$.
- De la dinámica de pareja, con la satisfacción con la relación de pareja para $p= 0.05$, con la privacidad para el ejercicio sexual en pareja para $p=0.05$, y para la expresión de afectividad en el ejercicio sexual en pareja para $p=0.02$.
- De la respuesta sexual, con la frecuencia sexual para $p= 0.02$, y con la excitación sexual para $p=0.05$.

Finalmente, se encontró correlación estadísticamente significativa entre la función sexual global y la satisfacción sexual global para $p= 0.03$.

12. DISCUSIÓN

Los adenomas hipofisarios son una patología relativamente frecuente con una prevalencia del 10%,⁴⁷ siendo esta mayor en sujetos del género femenino y con un pico de mayor frecuencia entre los 20 y 45 años de edad. Consistente con este dato, la muestra evaluada en este estudio tuvo una representación de 61.36% mujeres entre los 20 y 39 años. Para los hombres se describe un pico de mayor prevalencia entre los 35 y 60 años⁴⁸ y este dato es similar a la descripción de nuestra población en donde el 80% de los sujetos varones se situaron entre los 40 y 59 años de edad.

En cuanto a la clasificación de los adenomas con respecto a su capacidad funcional, se reporta en la literatura que el 89.3% son funcionantes,⁴⁹ siendo el subtipo de adenoma hipofisario funcionante más frecuente el prolactinoma (85%) seguido de los adenomas productores de ACTH que representan el 10%.⁵⁰ En la población descrita en el presente estudio se halló una mayor prevalencia de adenomas funcionales vs no funcionales, representada por el 71.88% de los sujetos evaluados en el primer caso. Los adenomas de mayor prevalencia en nuestra población atendiendo al tipo de hormona secretada fueron también los prolactinomas, pero con una proporción menor a la reportada en la literatura⁵⁰ (32%), seguido por los adenomas productores de hormona del crecimiento y los productores de ACTH. No solo las causas más frecuentes como el hipogonadismo hipogonadotrópico pueden influir en la función sexual, otras condiciones endocrinas extra gonadales como lo es la pérdida de la regulación en la producción de hormonas como la PRL, hGH y ACTH como en el caso de estos pacientes, pueden alterar y deteriorar la calidad de la SSR así como las experiencias sexuales de las personas que las padecen.⁵¹

En general en los pacientes con adenomas hipofisarios con actividad prolongada de la enfermedad se observa un incremento en el riesgo de aparición de comorbilidades, por lo que el tratamiento multidisciplinario debe iniciarse a la brevedad con el objetivo de disminuir los efectos deletéreos en la calidad de vida del sujeto.⁵² Brue reporta tasas máximas informadas de comorbilidades más comunes en individuos con adenomas hipofisarios como se describe a continuación: patologías tiroideas hasta en 80%, obesidad y sobrepeso 80% respectivamente, disminución de la densidad mineral ósea 50%, dislipidemia 40%, hipogonadismo hipogonadotrópico 40%, diabetes mellitus tipo 2 35%, y resistencia a la insulina 35%.⁵² Dichas comorbilidades fueron las más frecuentes detectadas en la muestra estudiada. Es importante recalcar que la muestra estudiada presentó múltiples comorbilidades de manera simultánea (una media de 3 por sujeto), y que en su mayoría estas condiciones se encontraban descontroladas al momento de su participación en el estudio. Es conocido que la presencia de comorbilidades y el descontrol de EC, en particular de enfermedades endocrino-metabólicas, se asocia a disfunciones sexuales.⁵³ En la muestra estudiada se encontró una relación con valor estadísticamente significativa entre la calidad de la función sexual global y datos de salud como: el tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina, los tratamientos previos

recibidos para dicha condición, la frecuencia de comorbilidades endocrino metabólicas, y el estatus de descontrol de estas últimas.

Hirshfeld hace referencia la presencia de adenomas hipofisarios como factor de riesgo para infertilidad tanto por el tamaño del adenoma y su efecto compresivo en la glándula hipofisaria, como por las irregularidades hormonales que estos producen.⁵⁴ Hasta el 67.7% de los sujetos sometidos a tratamientos para adenomas hipofisarios, incluyendo los tratamientos farmacológicos, quirúrgicos y radioterapia, llegan a presentar hipogonadismo hipogonadotrópico.⁵⁴ La prevalencia de infertilidad detectada en la muestra del estudio fue menor al reportado en la literatura (19%). Sin embargo esto pudiera estar en relación con que la mayoría de los sujetos que expresaron dificultades para lograr embarazo no acudieron a solicitar valoración con fines reproductivos por lo que no se estableció el diagnóstico de infertilidad. Al interrogar los motivos por los cuales los sujetos decidieron no buscar atención médica para tratamiento de fertilidad, los sujetos refirieron principalmente: razones de salud (por falta de control de enfermedad neuroendocrina o comorbilidades), temor a transmitir su condición de salud a la descendencia, recomendación médica explícita de no desarrollar proyecto reproductivo por posibles daños a la salud, ruptura del vínculo de pareja, entre otras razones.

Se ha descrito una estrecha relación entre las enfermedades neuroendocrinas y el deterioro neurocognitivo. Condiciones de salud como la resistencia a la insulina, las dislipidemias, las patologías tiroideas y la deficiencia de vitamina D son incluso considerados factores de riesgo para progresión a estados de demencia.⁵⁵ Los adenomas hipofisarios también se relacionan con disfunción cognitiva, que puede persistir posterior a la remisión de las enfermedades que provocan (por ejemplo los adenomas hipofisarios secretores de ACTH y HC).⁵⁵ Pereira y cols. evaluaron el estado neurocognitivo de sujetos con remisión a largo plazo de enfermedad de Cushing, y detectaron alteraciones en la función cognitiva global, y específicamente en la memoria reflexiva y en las funciones ejecutivas.⁵⁶ En otros trabajos, el mismo autor hace referencia a que la mayoría de los estudios realizados para evaluar la función cognitiva de los sujetos con acromegalia o tumores no funcionantes, arrojan puntajes bajos en los dominios de memoria y funciones ejecutivas en comparación con población sana.⁵⁷

La muestra estudiada en este trabajo, en su mayoría calificó en estado neurocognitivo normal, un pequeño porcentaje 23.44 % presentó un puntaje limítrofe, pero sin alcanzar ninguno de ellos un estado de franco deterioro neurocognitivo.

Respecto a la evaluación de los dominios neurocognitivos en los que se presentaron dificultades, los trabajos publicados por Pereira son consistentes con los hallazgos del presente estudio, siendo los dominios de mayor frecuencia de dificultades en la muestra: el recuerdo diferido (57.81%), la atención (51.56%), el lenguaje (35.94%) y las funciones ejecutivas (29.69%).

Respecto al estado psicoafectivo de los sujetos con enfermedades neuroendocrinas, Biermasz reporta que el 36% de los pacientes que incluso se consideraron “curados” de acromegalia, muestran puntuaciones elevadas en las evaluaciones para ansiedad y depresión.⁵⁸ Esta condición es también similar a los hallazgos en la muestra del presente estudio en la cual se detectó en 70% de los sujetos algún nivel de ansiedad y en 40% algún nivel de depresión. Estudios sobre calidad de vida en individuos con adenomas hipofisarios (sobre todo secretores de ACTH) han propuesto estos indicadores como posibles predictores de su salud y calidad de vida de los pacientes, con valores predictivos incluso superiores al que ofrecen las concentraciones hormonales bioquímicas, por lo que proponen un escrutinio sistematizado de la condición psicopatológica del paciente para evaluar posibles efectos de la terapia en la mejora de calidad de vida.⁵⁸

La prevalencia de trastornos psiquiátricos o síndromes psicológicos subclínicos (trastorno de ansiedad generalizada, depresión, irritabilidad, desmoralización y somatización persistente) es común en sujetos con diversas enfermedades endocrinas.^{59, 60} Aunado a las condiciones clínicas ya discutidas, es sabido que las habilidades sexuales dependen también de factores psicológicos y emocionales,⁵¹ por lo que tanto la condición de salud como los estados psicoafectivos pueden determinar cambios en la dinámica de pareja y en la satisfacción sexual global. Ledón y cols. comentan que la pareja es esencial para atenuar el impacto corporal y psicoemocional de las enfermedades endocrinas.²⁵ Similar al hallazgo descrito en dicho estudio, donde se comenta que en general los varones no presentan tendencia a disolver su vínculo de pareja “por la posible asignación social tradicional del cuidado de las mujeres”, para

la muestra evaluada en este trabajo la proporción de varones en una relación estable al momento de la evaluación fue mayor al de las mujeres (70% vs 65.9%). También el tiempo de relación en años fue mayor para el subgrupo de varones (19.77 años vs 10.63 para el grupo de mujeres), encontrando una diferencia estadísticamente significativa en dichos resultados. Consistente con lo antes descrito, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el estado de salud global y la satisfacción con la relación de pareja, y entre la función sexual global y las variables privacidad para el ejercicio sexual y afectividad en el ejercicio sexual. Esto pone de manifiesto el impacto que tiene tanto el tener una relación de pareja como la calidad de dicha relación en los aspectos de sexualidad y SSR en los sujetos con enfermedades neuroendocrinas.

Existe poca información en la literatura acerca del estado de la función sexual global de sujetos con adenomas hipofisarios, pero de manera general es aceptado que la presencia de variaciones en los patrones de secreción hormonales regulados por la hipófisis alteran las funciones sexuales del individuo.⁶¹ Dichas alteraciones hormonales pueden derivar en deterioro de la función sexual manifestada en deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil, disminución en la lubricación y dificultades para el orgasmo.⁶² McCool y cols. reportan en un metanálisis que evalúa la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres premenopáusicas una prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres sanas de 41%, con una estimación de prevalencia de deseo sexual hipoactivo en 26%, disminución de la excitación 23%, dificultades para la lubricación 21%, dificultades en el orgasmo 25%.⁶² Hulter reporta en una población de 53 mujeres con diagnóstico de adenomas hipofisarios de diversas estirpes histológicas disminución de deseo sexual (en tumores de expansión extraselar $p < 0.01$), disminución de la lubricación (en tumores de expansión extraselar $p < 0.05$) y dificultad para el orgasmo (en pacientes con tumores de expansión extraselar $p < 0.05$).⁶⁴ Los hallazgos en la muestra del presente estudio fueron diferentes a lo comentado previamente. Con respecto a la satisfacción sexual global, únicamente el 13.64% de las mujeres refirieron una satisfacción baja. En comparación con la población sana descrita por McCool y cols., una proporción mayor de mujeres refirieron cambios en el deseo sexual disminución en 43.18% y pérdida en el 20.45%, 36.36% refirió disminución en la excitación (mayor a lo referido por Hulter y cols.) y 22.73% refirieron disminución en la lubricación, similar a lo reportado en los trabajos arriba comentados.

Para la población masculina, Zhou y cols. reportan una prevalencia de adenomas hipofisarios en 1 – 5% de los sujetos que cursan con disfunción sexual. En una población china de 254 sujetos con microadenomas la prevalencia de disfunción sexual fue de 62.6%, siendo la magnitud de las manifestaciones directamente proporcional al tamaño del adenoma hipofisario, con significancia estadística para disfunción eréctil ($p= 0.004$), deseo sexual hipoactivo ($p= 0.021$) y disfunción eyaculatoria ($p= 0.01$).⁶⁵ Los resultados obtenidos en el presente estudio reportan que para la subpoblación masculina el estado global de la función sexual se presentó en una clasificación óptima en la mayoría de los sujetos evaluables, con una satisfacción sexual global alta en el 55.00% de individuos.

Hubo una prevalencia de 45% de disminución del deseo sexual, 39% de disminución de la excitación sexual, 25% refirieron peor calidad de las erecciones, 15% ausencia de erecciones, 35% demora de la eyaculación, 15% ausencia de la misma, 18.7% refirieron disminución en la frecuencia de orgasmos, 9.38% dificultades para alcanzarlo y 3% ausencia de los mismos.

Si bien en la muestra estudiada en este trabajo fue evidente la tendencia a respuestas afirmativas ante la interrogante de percibir cambios en los diversos dominios de expresión de la sexualidad, la calificación para satisfacción sexual global y por dominios fue predominantemente favorable.

13. CONCLUSIONES

1. Las experiencias sexuales y reproductivas de las personas estudiadas con enfermedades neuroendocrinas se caracterizaron por ser diversas, y por reflejar una tendencia a experimentar cambios mayoritariamente desfavorables vinculados a aspectos de la salud global, a pesar de lo cual refirieron satisfacción con la función sexual, en relación con la función sexual activa y la calidad del vínculo de pareja.
2. Las experiencias sexuales de las mujeres y varones estudiadas/os se expresaron mayoritariamente en el marco del vínculo estable de pareja, la orientación sexo-erótica heterosexual y la actividad coital en detrimento de la autoerótica.
3. Los trastornos y malestares identificados en el área sexual se expresaron fundamentalmente en:
 - La función sexual: En términos de disminución del deseo sexual, de la excitación, demora en la lubricación, dificultades con la erección, cambios en los tiempos de latencia eyaculatoria, y dificultades para alcanzar el orgasmo.
 - La pareja: Expresado en el deseo de modificar aspectos como la comunicación, la sexualidad, la economía, los intereses de ambos y la salud.
4. Se identificaron como aspectos desfavorecedores para la SSR de los sujetos estudiados:
 - La presencia de antecedentes de ITS (mayoritariamente remitidas en la actualidad).
 - La presencia de dificultades con la fertilidad (en mayor proporción en el subgrupo de mujeres), a la vez que mantienen el proyecto reproductivo insatisfecho.
 - La tendencia a estados de hipogonadismo, sobre todo en mujeres, relacionada con la etapa de vida y con efectos del estado de salud.
 - La ausencia de toda actividad sexual en un grupo de sujetos (mayoritariamente mujeres).

5. Varios aspectos de salud, del estado psicoafectivo, psicosexual y de pareja mostraron correlación con la función sexual y la satisfacción sexual globales en los sujetos estudiados. De ellos pudieran ser:
- Potencialmente favorecedores: la escolaridad, el haber recibido tratamientos previos para la enfermedad neuroendocrina, la satisfacción con la relación de pareja, la privacidad para el ejercicio sexual en pareja, la afectividad en el ejercicio sexual en pareja, y dominios de la función sexual como la frecuencia y la excitación sexual.
 - Potencialmente desfavorecedores: el tiempo de evolución de la enfermedad neuroendocrina, la frecuencia de comorbilidades, y la presencia de depresión.

14. AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración del grupo de investigadores relacionados con el presente proyecto.

Dra. Loraine Ledón Llanes, Dr. Fernando Larrea Gallo, Dra. Beatriz Torres Rodríguez, Dra. Marta Durand Carbajal, Dr. Daniel Cuevas Ramos, Dr. Carlos M. Acosta Rabassa y Dra. Silvia Elena Turcios Tristán.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledón L. Aproximação às experiências de vida e de saúde de pessoas com enfermidades crônicas: caso das síndromes falciformes. En: Evanilda Souza de Santana Carvalho, Aline Silva Gomes Xavier (organizadoras). Olhares sobre o adoecimento crônico: representações e práticas de cuidado às pessoas com doenças falciformes. Feira de Santana: UEFS Editora, 2017: pp.119-136.
2. Torres B, Gutiérrez C. Sexualidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Necesidad de un enfoque terapéutico desde una mirada integradora. Salud, malestares y problemas sexuales: textos y contextos. Vol I, SOCUMES, Editorial CENESEX 2013, La Habana. ISBN 978-959-7187-58-5:34-49.
3. Mochales S, Gutiérrez SM. Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social. Centro de Psicoterapia y Asesoramiento Psicológico. 2003. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm> Consultado: Abril 2, 2012.
4. Roca Perara MA. La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros (I). Salud para la Vida 2007.
5. Stewart P, Newell-Price J. Chapter 15. The Adrenal Cortex. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Williams Textbook of Endocrinology. 13th Edition. Elsevier, Inc. 2016, Philadelphia. ISBN: 978-0323-29738-7:490-555.
6. Lobato M, Boccara M, Germano D, Roberto P. Bariatric surgery: impact on sexuality of the obese person. Rev Col Bras Cir. 2014;41(6):412-20.
7. Ledón L. ¿Paradojas en la atención a la sexualidad de personas con enfermedades endocrinas? Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet] 2016[citado 22 de abril de 2016];27(1). Disponible en: <http://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/20/18>
8. Palomino N, Sala M. Introducción. En: Palomino N, Sala M (Editoras). CLaroscuros. Debates pendientes en sexualidad y reproducción. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2007, Lima: 5-7.
9. Agramonte A, Ledón L, González P. Salud y sexualidad en adolescentes con diabetes mellitus. En: Capítulo III. Actitudes y conductas de los adolescentes, del Libro "Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Gestión, promoción e investigación. Editorial Abril 2009, La Habana, Cuba: 109-126.
10. Ledón L, Fabrè B, García C, Mendoza M, Agramonte A, Hernández J. Sexualidad de personas con acromegalia y síndrome de Cushing, experiencias y aspectos psicosociales relacionados. Rev Cubana Endocrinol 2017;28(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2017/rce171d.pdf>.
11. Clayton AH. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. J Sex Med. 2007 Nov;4 Suppl 4:260-8
12. Krüger THC, Haake P, Haverkamp J, Krämer M, Exton MS, Saller B, Leygraf N, Hartmann U, Schedlowski M. Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males. Journal of Endocrinology 2003;179: 357–365.
13. Gyuris J. Sexological problems in neurological disorders: neurosexology]. Idegyogy Sz. 2009;62(9-10):292-7.
14. Low MJ. Chapter 7. Neuroendocrinology. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Williams Textbook of Endocrinology. 13th Edition. Elsevier, Inc. Philadelphia 2016 ISBN: 978-0-323-29738-7: 110-175.

15. Ganella D, Gundlach A. Relaxin-3/RXFP3 Signaling and Neuroendocrine Function – A Perspective on Extrinsic Hypothalamic Control. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2013; 4: 128.
16. Hung L. S. Cap. 16. Tumores hipotálamo-hipofisarios En: Hung S. *Endocrinología en ginecología*. Tomo II. Editorial Ciencias Médicas 2006, La Habana. ISBN 959-212-181-8
17. Stewart P, Newell-Price JDC. Chapter 15. The Adrenal Cortex. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th Edition. Elsevier, Inc. 2016, Philadelphia. ISBN: 978-0323-29738-7:490-555.
18. Crespo I, Santos A, Resmini E, Valassi E, Martínez-Momblán MA, Webb SM. Improving Quality of Life in Patients with Pituitary Tumours. *European Endocrinology* 2013;9(1):32-36.
19. Krüger T, Hartmann U, Schedlowski M. Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans. *World J Urol*. 2005 Jun;23(2):130-8.
20. Kolodny R, Masters W, Johnson V. Cap. 6. Factores endocrinos de las disfunciones sexuales. En: Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. *Tratado de medicina sexual*. Edición Revolucionaria, Ministerio de Cultura, Editorial Científico – Técnica 1988, La Habana:87-124.
21. Tiemensma J. General Introduction. En: Tiemensma J *Pituitary diseases. Long-term psychological consequences*. F&N Boekservice 2012, Ámsterdam. ISBN 978-90-9026603-9:7-22.
22. Melmed S, Kleinberg D. Chapter 9. Pituitary Masses and Tumors. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th Edition. Elsevier, Inc. 2016, Philadelphia. ISBN: 978-0323-29738-7: 232-299.
23. Sonino N, Fallo F, Fava GA. Psychosomatic aspects of Cushing's syndrome. *Medicine Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders* 2009;11(2):95-104.
24. Heald A, Parr C, Gibson C, O'Driscoll K, Fowler H. A Cross-Sectional Study to Investigate Long-Term Cognitive Function in People with Treated Pituitary Cushing's Disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2006;114(9):490-497.
25. Ledón L. Procesos de vida en personas con endocrinopatías que provocan transformaciones en la apariencia física. Tesis para optar por el Grado de Magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, 2004.
26. Ledón L, Chirinos C, Hernández Y, Fabrè B, Mendoza M. El Precio de la transformación: reflexiones desde la experiencia de personas viviendo con Endocrinopatías. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]*. 2004 Dic [citado 2011 Dic 21]; 15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000300004&Ing=es.
27. Ledón L, Agramonte A, Mendoza Trujillo M, Fabrè B, Hernández J, Chirinos J. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]*. 2007 Ago [citado 2011 Dic 21]; 18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200001&Ing=es.
28. Ledón L, Agramonte A, García CT, Mendoza M, Fabrè BL, Hernández J, Chirinos JL. Experiencias sexuales y corporales en personas con endocrinopatías: resultados de estudios en Cuba y Perú. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]*. 2008 Abr [citado 2011 Dic 21]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532008000100002&Ing=es.
29. Ledón L, Gómez M, García CT, Vázquez JC, Fabrè B, Alonso E, Sosa I, Fernández M, Meneses E. Estado clínico y psicosocial de parejas con infertilidad que requieren Reproducción Asistida de Alta Tecnología. Informe Final de Investigación 2013. Jornada Anual de Temas Terminados 2013, Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana, Cuba.
30. Ledón L, Agramonte A, Fabrè B, Hernández J. Impacto de la acromegalia y el síndrome de Cushing sobre la salud, una perspectiva vivencial. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la*

- Internet]. 2011 Ago [citado 2011 Dic 21]; 22(2): 144-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532011000200008&lng=es.
31. Ledón L, Torres B, Turcios S, Méndez N, García CT, Fabrè B, Mendoza M. Significados de salud, cuerpo y género como mediadores de las sexualidades. *Revista Sexología y Sociedad*. 2018; 24(1) 23-33. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/638/660>
32. Verschuren J, Enzlin P, Dijkstra P, Geertzen J, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *J Sex Res*. 2010;47(2):153-70.
33. Fleitas R. Introducción. En: Fleitas Ruiz R (Comp.). *Investigación socioantropológica en salud. Enfoque de género*. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana, 1ra Edición 2015: V-VII. ISBN: 978-9597005-86-5.
34. Lima L, Ansai J, Andrade L, Takahashi A. The relationship between dual-task and cognitive performance among elderly participants who exercise regularly. *Braz. J. Phys. Ther.* vol.19 no.2 São Carlos Mar./Apr. 2015 Epub Apr 27, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0082>
35. Sobreira E, Pena M, Eckeli A, Sobreira M, Chagas M, Foss M, Cholerton B, Zabetian C, Mata I, Tumas V. Screening of cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: diagnostic validity of the Brazilian versions of the Montreal Cognitive Assessment and the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.73 no.11 São Paulo Nov. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150156>
36. Cecato J, Montiel J, Bartholomeu D, Martinelli J. MoCa predictive power in neuropsychological assessment of patients with dementia. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.17 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>
37. Aguila S, Mimenza A, Palacios A, Samudio A, Gutiérrez L, Ávila J. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Rev Colomb Psiquiat.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>
38. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001;18: 211-218.
39. Alonso A. Cap. 32. Inventario de Beck. En: Alonso Álvarez A, Cairo Valcárcel E, Rojas Manresa R (Compiladores). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. Editorial Félix Varela 2005, La Habana: 393-399.
40. Ardila A, Ostrosky F. Capítulo 5: Pruebas Diagnósticas en Neuropsicología. En: Ardila A, Ostrosky F. *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida International University, Miami, Florida, EE.UU. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México 2012: 171-278.
41. Jurado S, Villegas E, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental* 1998;21(3):26-31.
42. Ostrosky F, Gómez M, Ardila A, Rosselli M, Pineda D, Matute E. *NEUROPSI: Atención y Memoria. Manual, Perfiles y Material*. México 2003: American Bookstore & Teletón.
43. Rosen R, Cappelleri J, Gendrano III N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research* 2002; 14(4): 226-244.
44. Le Roy A. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. *World J Urol* 2002; 20: 89–92.
45. Blümel M. J, Binfa E, Cataldo A, Carrasco V, Izaguirre L, Sarrá C. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. Chil. Obstet Ginecol*

- 2004; 69(2): 118-125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>
Citado: 18 de diciembre de 2015.
46. Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh I, Kirkpatrick J. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-830.
 47. Molitch M. Pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26:725-40.
 48. Fontana E. Epidemiology of pituitary adenoma: results of the first Swiss study. *Rev Med Suisse* 2009;5: 2172-2174.
 49. Molitch M. Pituitary incidentalomas. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2009; 23(5):667–675.
 50. Mindermann T, Wilson CB. Age-related and gender- related occurrence of pituitary adenomas. *Clinic Endocrinol* 1994;41:359-64.
 51. Belarcia G, Boscaro M, Lombardo F, Carosa E, Lenzy A, Janini E. Sexual Symptoms in Endocrine Diseases: Psychosomatic Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007;76:134-140.
 52. Brue T, Castinetti F. The risks of overlooking the diagnosis of secreting pituitary adenomas. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2016;11(1):135-152-
 53. Maiorino M, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2014;7:95–105
 54. Hirshfeld C, Kim H. Treatment of infertility in women with pituitary tumors. *Expert Review of Anticancer Therapy* 2006;6(1):S55-S62.
 55. Hoon J. Endocrine Risk Factors for cognitive impairment. *Endocrinology and Metabolism* 2016;31:185.192.
 56. Pereira A, Tiemensma J, Romijn J. Cognitive impairment and psychopathology in patients with pituitary diseases. *The Netherlands Journal of Medicine* 2012;70: 255-260.
 57. Pereira A. Neuropsychological function in acromegaly: towards identification of modifiable factors to improve long-term care after remission. *Endocrine* 2015;50:523–525.
 58. Biermasz N, van Thiel A, Pereira H. Decreased quality of life in patients with acromegaly despite long-term cure of growth hormone excess. *J. Clin. Endocrinol. Metab* 2004;89:5369–5376.
 59. Sobrinho L. Psychopathology in endocrine disorders: why so persistent after the cure? *Psychother Psychosom* 2004; 73: 65–67.
 60. Sonino N, Navarrini C, Ruini C, Ottolini F, Paoletta A, Fallo F, Boscaro M, Fava GA. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 78–83.
 61. Buvat J. Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *Int J Impot Res* 2003;15:373–377.
 62. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Caskurlu T, Ergenekon E. Sexual Dysfunction in women with Clinical Hypothyroidism and subclinical Hypothyroidism. *Journal of Sexual Medicine* 2010;7:2583-2590.
 63. McCool M, Zuelke A, Theurich M, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews* 2016:1-16.
 64. Hultcrantz B, Lundberg, P. Sexual function in women with hypothalamo-pituitary disorders. *Archives of Sexual Behavior* 1994;23(2):171–183.
 65. WJL Zhou W. Sexual dysfunction with pituitary adenoma. *Asian Journal of Andrology* 2018;20:43–

16. ANEXOS

Anexo 1: Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)

Examen Mental Breve (MMSE)	
(Ostroky-Soltz F, López-Arango G, y Ardila A 2000).	
Fecha: _____	Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ORIENTACIÓN 1. Punto para cada una de las respuestas correctas. ¿Qué hora es?..... () ¿Qué fecha es hoy?..... () ¿Qué día de la semana es hoy?..... () ¿Qué mes?..... () ¿Qué año?..... () Total 5 puntos () ¿Cómo se llama este lugar?..... () ¿En qué rumbo de la ciudad, colonia está?..... () ¿Ciudad?..... () ¿País?..... () ¿Norte, sur, poniente, etc.?..... () Total 5 puntos ()	LENGUAJE 1 punto por cada objeto bien nombrado: (reloj, lápiz). Total 2 puntos () 1 punto si la siguiente oración es repetida correctamente: "NO IRÉ, SI TU NO LLEGAS TEMPRANO" Total 1 punto () 1 punto por las 3 órdenes bien ejecutadas: "Con el dedo derecho, toque la punta de su nariz y luego su oído izquierdo ó tome este pedazo de papel con su mano derecha, dóblelo y tirelo al suelo" Total 3 puntos ()
REGISTRO Repita el nombre de los 3 objetos que voy a decir, puntúe 2 ó 1 si éste es el número correcto que ha repetido el paciente. Insista hasta que el paciente logre repetir los 3 nombres ya que se valorará la EVOCACIÓN. Lápiz. Llave. Libro. Total 3 puntos ()	LECTURA 1 punto por obedecer la orden escrita: "CIERRE SUS OJOS" Total 1 punto ()
ATENCIÓN Y CÁLCULO Pida al paciente que sustraiga 7 de 100 cinco veces, puntuando una correcta por cada ocasión bien realizada. Total 5 puntos ()	ESCRITURA 1 punto por escribir una oración que incluya verbo y sujeto y tenga sentido. Total 1 punto ()
EVOCACIÓN Pida al paciente que repita las 3 palabras que se le dijo. 1 punto por cada palabra correcta. Total 3 puntos ()	DIBUJO 1 punto por la copia de 2 pentágonos (2 cm cada lado) interceptados. Total 1 punto ()
PUNTUACIÓN OBTENIDA _____	

Anexo 2: Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							Puntos
<p>Final (A) Comienzo (1)</p>	<p>Copiar el cubo</p>	<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p>					[] /5
		[]	[]	[]	[]	[]	
IDENTIFICACIÓN							
							[] /3
		[]	[]	[]	[]	[]	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirles. Haga dos intentos. Recuérdeseles 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento					
		2º intento					
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2						[] /2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					[] /1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.							[] /3
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Esperi que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []						[] /2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							[] /1
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						[] /2
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optativo	Pista de categoría						
		Pista elección múltiple					
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad						[] /6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30			TOTAL [] /30		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

Anexo 3. Planilla de datos generales.

PLANILLA DE DATOS GENERALES

Fecha: _____ Código

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____
 No sé _____
 No deseo contestar _____

2. Sexo: M _____ F _____ Otro _____ ¿Cuál? _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

3. Nivel escolar terminado: Ninguno _____
 Primario _____
 Secundario _____
 Técnico-Medio _____
 Preparatoria _____
 Superior/Licenciatura _____ Título: _____
 Postgrado _____ Título: _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

4. Ocupación actual: Sí _____ No _____ No sé _____
 ¿Cuál? _____
 No deseo contestar _____

5. Delegación/ciudad donde reside: _____

6. Área de residencia: Rural _____
 Urbana _____

7. Estado donde reside: _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

8. Estado civil: Soltero/a _____
 Casado/a _____
 Unido/a _____
 Divorciado/a _____
 Viudo/a _____

9. Tenencia de pareja actual: Sí _____ No _____ No sé _____
 No deseo contestar _____

10. Tiempo de relación de pareja: _____ Meses _____ Años
 No sé _____ No deseo contestar _____

11. Tipo de vínculo de pareja: Ocasional _____ Estable _____ Otro _____
 No sé _____ ¿Cuál? _____ No sé _____ No deseo contestar _____

12. Convivencia con la pareja: Sí _____ No _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

13. Tenencia de hijo/a(s) con la pareja: Sí _____ ¿Cuántos? _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____

14. Cantidad de personas con las que convive: _____

15. Tipo de vínculo _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

16. Creencias religiosas: Sí _____ No _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

17. Tipo(s) de creencias religiosas: Católica _____
 Protestante _____
 Cultos sincréticos _____
 Otra(s) _____ ¿Cuál(es)? _____ No sé _____ No deseo contestar _____

II. DATOS DE SALUD

18. Diagnóstico(s) endocrino(s): _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

19. Tiempo de evolución de la(s) enfermedad(es) endocrina(s):
 _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____
 _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____
 _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____

20. Tiempo antes del diagnóstico en que comenzaron las manifestaciones de la(s) enfermedad(es) endocrina(s): _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____
 _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____
 _____ Meses _____ Años No sé _____ No deseo contestar _____

21. Manifestaciones fundamentales: _____

 No sé _____ No deseo contestar _____

22. Tratamiento actual para la(s) enfermedad(es) endocrina(s): _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

23. Institución de salud donde recibe atención por enfermedad(es) endocrina(s): _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

1

24. Tipo de servicio (especialidad): _____ 25. Área de atención: Ambulatoria _____
 26. Departamento: Endocrinología y Metabolismo: _____ Hospitalización _____
 Biología de la Reproducción: _____ No sé _____ No deseo contestar _____
 No sé _____ No deseo contestar _____
27. Antecedentes personales de salud: _____

 No sé _____ No deseo contestar _____
28. Padecimientos actuales de salud: _____

 No sé _____ No deseo contestar _____
29. Tratamientos médicos para padecimientos actuales: _____

 No sé _____ No deseo contestar _____
30. Antecedentes de atención por salud mental (psicología – psiquiatría): Sí _____ No _____
 No sé _____ No deseo contestar _____
31. Motivo de atención: _____

32. Atención actual por salud mental: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
33. Motivo de atención: _____

34. Uso actual de psicofármacos: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
35. ¿Cuál(es)? _____
36. ¿Prescritas por Especialista de Salud? Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
37. Otras terapias actuales (psicoterapia/rehabilitación): Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
38. ¿Cuál(es)? _____
39. ¿Prescritas por Especialista de Salud? Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
40. Antecedentes familiares de salud (tipo y vínculo): _____

 No sé _____ No deseo contestar _____
41. Historia de consumo regular de sustancias tóxicas: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
42. ¿Cuál(es)? Tabac/cig _____ Bebidas alcohólicas _____ Drogas _____ ¿Cuál(es)? _____
 Fármacos sin prescripción _____ ¿Cuál(es)? _____ No sé _____ No deseo contestar _____
43. Consumo actual regular de sustancias tóxicas: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
44. ¿Cuál(es)? Tabac/cig _____ Bebidas alcohólicas _____ Drogas _____ ¿Cuál(es)? _____
 Fármacos sin prescripción _____ ¿Cuál(es)? _____ No sé _____ No deseo contestar _____
45. Frecuencia promedio de consumo: Tabaco/cigarro: _____
 Bebidas alcohólicas: _____
 Drogas: _____
 Fármacos sin prescripción: _____
 No sé _____ No deseo contestar _____
46. Tiempo total de consumo: Tabaco/cigarro: _____ Meses _____ Años _____
 Bebidas alcohólicas: _____ Meses _____ Años _____
 Drogas: _____ Meses _____ Años _____
 Fármacos sin prescripción: _____ Meses _____ Años _____
 No sé _____ No deseo contestar _____

III. DATOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

47. Edad de menarquía/eyacularquia: _____ Años _____ No sé _____ No deseo contestar _____
48. Edad de menopausia: _____ Años _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
49. Inicio de actividad sexual coital: Sí _____ Edad de inicio: _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
50. Orientación sexo-erótica: Heteroerótica _____ Homoerótica _____ Bieroerótica _____
 No sé _____ No deseo contestar _____
51. Actividad sexual coital en la actualidad: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
52. Actividad sexual autoerótica en la actualidad: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
53. Historia de dificultades sexuales: Sí _____ No _____ No sé _____ No deseo contestar _____
54. ¿Cuáles? _____

55. ¿Cuándo se presentaron? _____
56. ¿Recibió atención de salud por esas DS?: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
57. Tratamientos recibidos: _____
58. Resultados de la atención: _____
59. Dificultades sexuales actuales: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
60. ¿Cuáles? _____
61. ¿Cuándo se presentaron? _____
62. ¿Recibe atención de salud por DS actuales?: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
63. Tratamientos recibidos: _____
64. Resultados de la atención: _____
65. Historia de uso de métodos de planificación familiar: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
66. ¿Cuáles? _____
67. Uso actual de métodos de planificación familiar: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
68. ¿Cuáles? _____
69. ¿Se ha embarazado o ha embarazado alguna vez?: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
70. ¿Cuántas veces? _____
71. Resultado de embarazos: Hijo(s) ___ Aborto espontáneo ___ Aborto inducido ___
No sé ___ No deseo contestar ___
72. Tenencia de hijo/a(s): Sí ___ 73. ¿Cuántos? ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
74. Historia de ITS: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
75. ¿Cuál(es)? _____
76. ¿Cuándo se presentó la ITS? _____
77. ¿Recibió tratamiento médico? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
78. ¿Qué tratamiento? _____
79. Presencia actual de ITS: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
80. ¿Cuál(es)? _____
81. ¿Tiene tratamiento médico para la ITS? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
82. ¿Qué tratamiento? _____
83. Historia de infertilidad: Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
84. Causas de la infertilidad: _____
85. ¿Recibió tratamiento médico? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
86. ¿Qué tratamiento? _____
87. Resultado de tratamiento: Embarazo(s) ___ ¿Cuántos? ___ Hijo(s) ___ ¿Cuántos? ___
Otro(s) ___ ¿Cuál(es) ___ No sé ___ No deseo contestar ___
88. ¿La infertilidad se mantiene en la actualidad? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
89. ¿Mantiene en la actualidad el proyecto reproductivo? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
90. ¿Tiene tratamiento? Sí ___ No ___ No sé ___ No deseo contestar ___
91. ¿Qué tratamiento? _____

Si desea, Ud. puede realizar cualquier otro comentario:

Anexo 4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACIÓN _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____

Versión estandarizada por Robles, Varela Jurado y Paz (2001) Revista Mexicana de Psicología, Vo. 18 Núm. 2, págs 211-218.

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Inventario de Depresión de Beck		Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Instrucciones: En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.		
1.	<input type="checkbox"/> No me siento triste.	
	<input type="checkbox"/> Me siento triste.	
	<input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.	
	<input type="checkbox"/> Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.	
2.	<input type="checkbox"/> No me siento desanimado(a) acerca del futuro.	
	<input type="checkbox"/> Me siento desanimado(a) acerca del futuro.	
	<input type="checkbox"/> Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.	
	<input type="checkbox"/> Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.	
3.	<input type="checkbox"/> No me siento como un(a) fracasado(a).	
	<input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que otras personas.	
	<input type="checkbox"/> Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.	
	<input type="checkbox"/> Siento que como persona soy un completo fracaso.	
4.	<input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.	
	<input type="checkbox"/> No disfruto las cosas como antes.	
	<input type="checkbox"/> Ya no obtengo satisfacción de nada.	
	<input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho(a) y molesto(a) con todo.	
5.	<input type="checkbox"/> No me siento culpable.	
	<input type="checkbox"/> En algunos momentos me siento culpable.	
	<input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.	
	<input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo.	
6.	<input type="checkbox"/> No siento que seré castigado(a).	
	<input type="checkbox"/> Siento que puedo ser castigado(a).	
	<input type="checkbox"/> Creo que seré castigado(a).	
	<input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado(a).	
7.	<input type="checkbox"/> No me siento descontento(a) conmigo mismo(a).	
	<input type="checkbox"/> Me siento descontento(a) conmigo mismo(a).	
	<input type="checkbox"/> Me siento a disgusto conmigo mismo(a).	
	<input type="checkbox"/> Me odio a mí mismo(a).	
8.	<input type="checkbox"/> No siento que sea peor que otros(as).	
	<input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.	
	<input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis errores.	
	<input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.	
9.	<input type="checkbox"/> No tengo ninguna idea de suicidarme.	
	<input type="checkbox"/> Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.	
	<input type="checkbox"/> Quisiera suicidarme.	
	<input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera oportunidad.	
10.	<input type="checkbox"/> No lloro más que de costumbre.	
	<input type="checkbox"/> Llora más que antes.	
	<input type="checkbox"/> Llora todo el tiempo.	
	<input type="checkbox"/> Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.	
11.	<input type="checkbox"/> Ahora no estoy más irritado(a) que antes.	

- Me molesto o irito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado(a) todo el tiempo.
 No me irito para nada con las cosas que antes me irritaba.
- 12.
- No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por la gente.
 He perdido todo el interés por la gente.
- 13.
- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
 Ahora me siento menos seguro(a) de mí mismo(a) y procuro evitar el tomar decisiones.
 Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
 Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión.
- 14.
- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
 Temó que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado(a).
 Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.
 Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.
- 15.
- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
 Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
 Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.
- 16.
- Duermo tan bien como de costumbre.
 Por la mañana me levanto más cansado(a) que de costumbre.
 Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de 5 horas.
 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 17.
- No me canso más que de costumbre.
 Me canso más que antes.
 Cualquier cosa que hago me cansa.
 Me siento tan cansado(a) que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.
- 18.
- Mi apetito es como de costumbre.
 No tengo apetito como antes.
 Tengo mucho menos apetito que antes.
 No tengo en absoluto ningún apetito.
- 19.
- No he perdido peso y si lo he perdido es desde hace poco tiempo.
 He perdido más de dos kilos de peso.
 He perdido más de cuatro kilos de peso.
 He perdido más de siete kilos de peso.
- 20.
- Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
 Me preocupo constantemente por mis molestias y mis malestares.
 Mis molestias físicas me molestan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa.
 No hago nada más en lo absoluto que pensar en mis molestias físicas.
- 21.
- No he notado que haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
 Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
 Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.
 He perdido todo el interés por las cosas del sexo.

Anexo 6. Índice de función sexual femenina (IFSF).

Índice de Función Sexual Femenina	
Fecha: _____	Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	
<i>Actividad sexual:</i> se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.	
<i>Relación sexual:</i> se define como penetración del pene en la vagina.	
<i>Estimulación sexual:</i> 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?	
<input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre.	
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad).	
<input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad).	
<input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad).	
<input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca.	
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?	
<input type="checkbox"/> Muy alto.	
<input type="checkbox"/> Alto.	
<input type="checkbox"/> Moderado.	
<input type="checkbox"/> Bajo.	
<input type="checkbox"/> Muy bajo o nada.	
Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.	
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual.	
<input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre.	
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad).	
<input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad).	
<input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad).	
<input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca.	
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	
<input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual.	
<input type="checkbox"/> Muy alto.	
<input type="checkbox"/> Alto.	
<input type="checkbox"/> Moderado.	
<input type="checkbox"/> Bajo.	
<input type="checkbox"/> 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 satisfecha 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 climax?

- 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 climax?

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

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (climax) 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, ¿Cuán 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, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

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

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán 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, ¿Cuán 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, ¿Cuán 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.

Anexo 7. Índice internacional de función Eréctil (IIEF).

Índice Internacional de Función Eréctil

Fecha: _____

Código

Instrucciones: Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Marque con una X la respuesta que mejor describe su situación. Por favor, elija una sola respuesta por cada pregunta.

Durante las últimas cuatro semanas:

1. ¿Con qué frecuencia puede lograr usted una erección durante la actividad sexual?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

2. Cuando usted ha tenido erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente duras para la penetración?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

3. ¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando usted ha intentado tener relaciones sexuales?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

4. ¿Cuántas veces fue usted capaz de mantener una erección una vez que penetró a su pareja?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

5. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil le fue a usted mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Extremadamente difícil ____
- 2. Muy difícil ____
- 3. Difícil ____
- 4. Ligeramente difícil ____
- 5. No fue difícil ____

6. ¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. 1 - 2 veces ____
- 2. 3 - 4 veces ____
- 3. 5 - 6 veces ____
- 4. 7 - 10 veces ____
- 5. 11 a más veces ____

7. Cuando intentó usted tener relaciones sexuales, ¿cuántas veces le resultó satisfactorio?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

8. ¿Cuánto placer le produjo la relación sexual?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Sin placer ____
- 2. Casi sin placer ____
- 3. Moderadamente placentero ____
- 4. Muy placentero ____
- 5. Extremadamente placentero ____

9. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿cuántas veces eyaculó?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

10. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿qué tan seguido tuvo un orgasmo?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

11. ¿Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?

- 0. No tengo actividad sexual ____
- 1. Casi nunca o nunca ____
- 2. Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ____
- 3. Algunas veces (más o menos la mitad de las veces) ____
- 4. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) ____
- 5. Casi siempre o siempre ____

12. ¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?

1. Muy bajo o ninguno ____
2. Bajo ____
3. Moderado ____
4. Alto ____
5. Muy alto ____

13. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?

1. Muy insatisfecho ____
2. Moderadamente insatisfecho ____
3. Satisfecho e insatisfecho a la vez ____
4. Moderadamente satisfecho ____
5. Muy satisfecho ____

14. ¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?

0. No tengo actividad sexual en pareja
1. Muy insatisfactoria ____
2. Moderadamente insatisfactoria ____
3. Satisfactoria e insatisfactoria a la vez ____
4. Moderadamente satisfactoria ____
5. Muy satisfactoria ____

15. ¿Cómo califica usted su seguridad de tener una erección?

1. Muy baja o ninguna ____
2. Baja ____
3. Moderada ____
4. Alta ____
5. Muy alta

Anexo 8. Cuestionario de Pareja y sexualidad para mujeres.

CUESTIONARIO SOBRE PAREJA Y SEXUALIDAD (para mujeres)

Ladón-Llana L. y Fabré-Redondo S.L. 2013

Fecha: _____ Código

El siguiente cuestionario explora algunos aspectos de la relación de pareja y la sexualidad.

Le pedimos que lea atentamente cada pregunta y responda de forma individual y sincera marcando con una X las respuestas que describan mejor su vida sexual y de pareja en la actualidad.

No hay respuestas correctas ni incorrectas.

1. En términos generales la relación de Ud. con su pareja en la actualidad es: (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfactoria	_____	6- No sé	_____
2- Satisfactoria	_____	7- No deseo contestar	_____
3- Medianamente satisfactoria	_____	8- No tengo pareja	_____
4- Insatisfactoria	_____		
5- Muy insatisfactoria	_____		

2. El/los aspecto(s) que mayormente determina(n) el estado actual de la relación con su pareja es/son: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- La comunicación	_____	9- No sé	_____
2- La manera en que resuelven los problemas	_____	10- No deseo contestar	_____
3- Los intereses de ambos	_____	11- No tengo pareja	_____
4- La sexualidad	_____		
5- La convivencia con otra(s) persona(s)	_____		
6- La economía	_____		
7- La salud	_____		
8- Otro(s)	_____ (Refiera a continuación)		

¿Cuál(es)? _____

3. ¿Le gustaría que el estado actual de la relación con su pareja cambiara? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

4. ¿Qué aspecto(s) de la relación con su pareja le gustaría que cambiara(n)? (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- La comunicación	_____	9- No sé	_____
2- La manera en que resuelven los problemas	_____	10- No deseo contestar	_____
3- Los intereses de ambos	_____	11- No tengo pareja	_____
4- La sexualidad	_____		
5- La convivencia con otra(s) persona(s)	_____		
6- La economía	_____		

1

- 7- La salud _____
 8- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

5. La sexualidad es para usted en la actualidad: (Marque sólo una opción de respuesta)

- 1- Muy importante _____ 6- No sé _____
 2- Importante _____ 7- No deseo contestar _____
 3- Medianamente importante _____
 4- Poco importante _____
 5- Nada importante _____

6. ¿Considera que Ud. y su pareja cuentan en la actualidad con las condiciones de privacidad necesarias para disfrutar su vida sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

- 1- Si _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

Si Ud. tiene pareja, responda a continuación marcando en cada pregunta sólo una opción de respuesta. Si no tiene pareja, pase a la pregunta 17.

	nca	asi	asi	empre	se	o deseo
	nca	es	more			contestar
7. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedican usted y su pareja a las relaciones sexuales?						
8. ¿Siente falta de interés para tener sexo con su pareja?						
9. ¿Evita o rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?						
10. ¿Omite realizar juegos sexuales con su pareja?						
11. ¿Se pone tensa y/o nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales con usted?						
12. ¿Se siente a gusto ante lo que usted y su pareja hacen mientras están teniendo relaciones sexuales?						
13. ¿Considera que existe falta de amor y/o afecto en las relaciones sexuales con su pareja?						
14. ¿Disfruta cuando está teniendo relaciones sexuales con su pareja?						
15. ¿Siente algún tipo de dolor o molestia durante la relación sexual?						
16. ¿Se siente satisfecha con la variedad que hay en la vida sexual con su pareja?						

17. ¿La frecuencia de relaciones sexuales con su pareja ha cambiado en los últimos tiempos? (Marque sólo una opción de respuesta)

- 1- Si _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo pareja, pase a la pregunta 19)

18. Especifique cuál(es) de los siguientes cambio(s) han experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

- 1- Aumento de la frecuencia de relaciones sexuales _____ 5- No sé _____
 2- Disminución de la frecuencia de relaciones sexuales _____ 6- No deseo contestar _____

3- Ausencia de relaciones sexuales _____ 7- No tengo pareja _____
4- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

19. ¿Cuán satisfecha se siente con su frecuencia actual de actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfecha _____ 6- No sé _____
2- Satisfecha _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecha _____ 8- No tengo actividad sexual _____
4- Insatisfecha _____
5- Muy insatisfecha _____

20. ¿Ha experimentado en los últimos tiempos algún cambio en su nivel de deseo sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____
(Si marca **No**, **No sé** o **No deseo contestar** pase a la pregunta 22)

21. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- Aumento del deseo sexual _____ 5- No sé _____
2- Disminución del deseo sexual _____ 6- No deseo contestar _____
3- Pérdida del deseo sexual _____
4- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

22. ¿Cómo considera su nivel de deseo sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy alto _____ 6- No sé _____
2- Alto _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medio _____
4- Bajo _____
5- Muy bajo o nulo _____

23. ¿Cuán satisfecha se siente con su nivel de deseo sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfecha _____ 6- No sé _____
2- Satisfecha _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecha _____
4- Insatisfecha _____
5- Muy insatisfecha _____

24. ¿Considera que su nivel de excitación sexual en la actualidad durante la actividad sexual ha cambiado respecto a etapas anteriores? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____

(Si marca **No**, **No sé**, **No deseo contestar** o **No tengo actividad sexual**, pase a la pregunta 26)

25. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1- Aumento del nivel de excitación sexual _____ | 5- No sé _____ |
| 2- Disminución del nivel de excitación sexual _____ | 6- No deseo contestar _____ |
| 3- No logra excitación sexual _____ | 7- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Otro(s) _____ | (Refiera a continuación) |

¿Cuál(es)? _____

26. ¿Cuán satisfecha se siente con su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1- Muy satisfecha _____ | 6- No sé _____ |
| 2- Satisfecha _____ | 7- No deseo contestar _____ |
| 3- Medianamente satisfecha _____ | 8- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Insatisfecha _____ | |
| 5- Muy insatisfecha _____ | |

27. ¿Ha experimentado en los últimos tiempos algún cambio en la lubricación vaginal (humedad) cuando realiza alguna actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____

(Si marca **No**, **No sé**, **No deseo contestar** o **No tengo actividad sexual**, pase a la pregunta 29)

28. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1- Lubricación rápida _____ | 7- No sé _____ |
| 2- Lubricación demorada _____ | 8- No deseo contestar _____ |
| 3- Aumento de la lubricación _____ | 9- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Disminución de la lubricación _____ | |
| 5- Ausencia de lubricación _____ | |
| 6- Otro(s) _____ | (Refiera a continuación) |

¿Cuál(es)? _____

29. ¿Cuán satisfecha se siente con su lubricación vaginal en la actualidad cuando realiza alguna actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1- Muy satisfecha _____ | 6- No sé _____ |
| 2- Satisfecha _____ | 7- No deseo contestar _____ |
| 3- Medianamente satisfecha _____ | 8- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Insatisfecha _____ | |
| 5- Muy insatisfecha _____ | |

30. ¿Ha experimentado algún cambio en los últimos tiempos respecto a sus orgasmos cuando realiza actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____

(Si marca **No**, **No sé**, **No deseo contestar** o **No tengo actividad sexual**, pase a la pregunta 32)

31. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado en sus orgasmos: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1- Aumento de la frecuencia de orgasmos _____ | 6- No sé _____ |
| 2- Disminución de la frecuencia de orgasmos _____ | 9- No deseo contestar _____ |
| 3- No logra tener orgasmos _____ | 10- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Orgasmos más intensos _____ | |
| 5- Orgasmos menos intensos _____ | |
| 6- Dificultades para alcanzar el orgasmo _____ | |
| 7- Otro(s) _____ (Refiera a continuación) | |

¿Cuál(es)? _____

32. ¿Cuán satisfecha se siente con sus orgasmos actuales durante la actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1- Muy satisfecha _____ | 6- No sé _____ |
| 2- Satisfecha _____ | 7- No deseo contestar _____ |
| 3- Medianamente satisfecha _____ | 8- No tengo actividad sexual _____ |
| 4- Insatisfecha _____ | |
| 5- Muy insatisfecha _____ | |

33. En términos generales, ¿considera que usted y su pareja han presentado dificultades en su vida sexual en los últimos tiempos? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

(Si marca **No**, **No sé**, **No deseo contestar** o **No tengo pareja**, pase a la pregunta 35)

34. ¿A qué atribuye dicha(s) dificultad(es)? (Puede marcar más de una opción de respuesta)

- | | |
|---|------------------------------|
| 1- A su edad _____ | 15- No sé _____ |
| 2- A la edad de su pareja _____ | 16- No deseo contestar _____ |
| 3- Al padecimiento de alguna enfermedad _____ | |
| 4- A estar pasando por un periodo difícil de su vida _____ | |
| 5- A tener dificultades en la relación de pareja _____ | |
| 6- A tener dificultades de comunicación sobre sexualidad con su pareja _____ | |
| 7- A que existe falta de amor y afecto en la relación de pareja _____ | |
| 8- A estar insatisfecha con la variación que hay en su vida _____ | sexual |
| 9- A sentirse poco o nada atractiva _____ | |
| 10- A tener un estado emocional negativo (estar deprimida, ansiosa, estresada, preocupada, otros) _____ | |
| 11- A tener temores y dudas respecto a algún aspecto de su _____ | sexualidad |
| 12- A la educación en temas de sexualidad _____ | |
| 13- A sentir temor a fracasar en la relación sexual _____ | |
| 14- Otro(s) _____ (Refiera a continuación) | |

¿Cuál(es)? _____

35. En términos generales, considera que su vida sexual en la actualidad es: (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfactoria _____

6- No sé _____

2- Satisfactoria _____

7- No deseo contestar _____

3- Regular _____

4- Insatisfactoria _____

5- Muy insatisfactoria _____

A CONTINUACIÓN PUEDE HACER CUALQUIER OTRO COMENTARIO QUE DESEE SOBRE EL TEMA:

Anexo 9. Cuestionario de pareja y sexualidad para varones.

CUESTIONARIO SOBRE PAREJA Y SEXUALIDAD (para varones)

León-Linares L y Fabri-Redondo B.L. 2013

Fecha: _____ Código

El siguiente cuestionario explora algunos aspectos de la relación de pareja y la sexualidad.

Le pedimos que lea atentamente cada pregunta y responda de forma individual y sincera marcando con una X las respuestas que describan mejor su vida sexual y de pareja en la actualidad.

No hay respuestas correctas ni incorrectas.

1. En términos generales la relación de Ud. con su pareja en la actualidad es: (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfactoria	_____	5- No sé	_____
2- Satisfactoria	_____	7- No deseo contestar	_____
3- Medianamente satisfactoria	_____	8- No tengo pareja	_____
4- Insatisfactoria	_____		
5- Muy insatisfactoria	_____		

2. El/los aspecto(s) que mayormente determina(n) el estado actual de la relación con su pareja es/son: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- La comunicación	_____	9- No sé	_____
2- La manera en que resuelven los problemas	_____	10- No deseo contestar	_____
3- Los intereses de ambos	_____	11- No tengo pareja	_____
4- La sexualidad	_____		
5- La convivencia con otra(s) persona(s)	_____		
6- La economía	_____		
7- La salud	_____		
8- Otro(s)	_____ (Refera a continuación)		

¿Cuál(es)? _____

3. ¿Le gustaría que el estado actual de la relación con su pareja cambiara? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

4. ¿Qué aspecto(s) de la relación con su pareja le gustaría que cambiara(n)? (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- La comunicación	_____	9- No sé	_____
2- La manera en que resuelven los problemas	_____	10- No deseo contestar	_____
3- Los intereses de ambos	_____	11- No tengo pareja	_____
4- La sexualidad	_____		
5- La convivencia con otra(s) persona(s)	_____		
6- La economía	_____		
7- La salud	_____		
8- Otro(s)	_____ (Refera a continuación)		

¿Cuál(es)? _____

5. La sexualidad es para usted en la actualidad: (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy importante	_____	6- No sé	_____
2- Importante	_____	7- No deseo contestar	_____
3- Medianamente importante	_____		
4- Poco importante	_____		
5- Nada importante	_____		

6. ¿Considera que Ud. y su pareja cuentan en la actualidad con las condiciones de privacidad necesarias para disfrutar su vida sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

1

Si Ud. tiene pareja, responda a continuación marcando en cada pregunta sólo una opción de respuesta. Si no tiene pareja, pase a la pregunta 17.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	No sé	No deseo contestar
7. ¿Se siente satisfecho con la cantidad de tiempo que dedican usted y su pareja a las relaciones sexuales?							
8. ¿Siente falta de interés para tener sexo con su pareja?							
9. ¿Evita o rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?							
10. ¿Disfruta realizar juegos sexuales con su pareja?							
11. ¿Se pone tenso y/o nervioso cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales con usted?							
12. ¿Se siente a gusto ante lo que usted y su pareja hacen mientras están teniendo relaciones sexuales?							
13. ¿Considera que existe falta de amor y/o afecto en las relaciones sexuales con su pareja?							
14. ¿Disfruta cuando está teniendo relaciones sexuales con su pareja?							
15. ¿Siente algún tipo de dolor o molestia durante la relación sexual?							
16. ¿Se siente satisfecho con la variación que hay en la vida sexual con su pareja?							

17. ¿La frecuencia de relaciones sexuales con su pareja ha cambiado en los últimos tiempos? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo pareja, pase a la pregunta 19)

18. Especifique cuál(es) de los siguientes cambio(s) han experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- Aumento de la frecuencia de relaciones sexuales _____ 5- No sé _____
 2- Disminución de la frecuencia de relaciones sexuales _____ 6- No deseo contestar _____
 3- Ausencia de relaciones sexuales _____ 7- No tengo pareja _____
 4- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

19. ¿Cuán satisfecho se siente con su frecuencia actual de actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfecho _____ 6- No sé _____
 2- Satisfecho _____ 7- No deseo contestar _____
 3- Medianamente satisfecho _____ 8- No tengo actividad sexual _____
 4- Insatisfecho _____
 5- Muy insatisfecho _____

20. ¿Ha experimentado en los últimos tiempos algún cambio en su nivel de deseo sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____
 (Si marca No, No sé o No deseo contestar pase a la pregunta 22)

21. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- Aumento del deseo sexual _____ 5- No sé _____
 2- Disminución del deseo sexual _____ 6- No deseo contestar _____
 3- Pérdida del deseo sexual _____
 4- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

22. ¿Cómo considera su nivel de deseo sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy alto _____ 6- No sé _____
 2- Alto _____ 7- No deseo contestar _____

3- Medio _____
4- Bajo _____
5- Muy bajo o nulo _____

23. ¿Cuan satisfecho se siente con su nivel de deseo sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Muy satisfecho _____ 6- No sé _____
2- Satisfecho _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecho _____
4- Insatisfecho _____
5- Muy insatisfecho _____

24. ¿Considera que su nivel de excitación sexual en la actualidad durante la actividad sexual ha cambiado respecto a etapas anteriores? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____
(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo actividad sexual, pase a la pregunta 26)

25. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)
1- Aumento del nivel de excitación sexual _____ 5- No sé _____
2- Disminución del nivel de excitación sexual _____ 6- No deseo contestar _____
3- No logra excitación sexual _____ 7- No tengo actividad sexual _____
4- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

26. ¿Cuan satisfecho se siente con su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual en la actualidad? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Muy satisfecho _____ 6- No sé _____
2- Satisfecho _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecho _____ 8- No tengo actividad sexual _____
4- Insatisfecho _____
5- Muy insatisfecho _____

27. ¿Ha experimentado en los últimos tiempos algún cambio en sus erecciones cuando realiza alguna actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____
(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo actividad sexual, pase a la pregunta 29)

28. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)
1. Mejor calidad de las erecciones _____ 7- No sé _____
2. Peor calidad de las erecciones _____ 8- No deseo contestar _____
3. Aumento del periodo de tiempo entre una eyacuación _____ 9- No tengo actividad sexual _____
y la siguiente erección _____
4. Disminución del periodo de tiempo entre una eyacuación _____
y la siguiente erección _____
5. No tiene erecciones durante sus relaciones sexuales _____
6. Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

29. ¿Cuan satisfecho se siente con sus erecciones actuales cuando realiza alguna actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Muy satisfecho _____ 6- No sé _____
2- Satisfecho _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecho _____ 8- No tengo actividad sexual _____
4- Insatisfecho _____
5- Muy insatisfecho _____

30. ¿Ha experimentado usted algún cambio en los últimos tiempos respecto a sus eyacuaciones cuando realiza actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____
(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo actividad sexual, pase a la pregunta 32)

31. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado: (Puede marcar más de una opción de respuesta)
1- Eyacuación rápida _____ 7- No sé _____
2- Eyacuación demorada _____ 8- No deseo contestar _____
3- Aumento de la cantidad de eyacuación _____ 9- No tengo actividad sexual _____
4- Disminución de la cantidad de eyacuación _____
5- Ausencia de eyacuación _____
6- Otro(s) _____ (Refiera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

32. ¿Cuan satisfecho se siente con sus eyacuaciones actuales durante su actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)
1- Muy satisfecho _____ 6- No sé _____
2- Satisfecho _____ 7- No deseo contestar _____
3- Medianamente satisfecho _____ 8- No tengo actividad sexual _____
4- Insatisfecho _____
5- Muy insatisfecho _____

33. ¿Ha experimentado algún cambio en los últimos tiempos respecto a sus orgasmos cuando realiza actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo actividad sexual _____

(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo actividad sexual, pase a la pregunta 35)

34. Especifique cuál(es) de los siguientes cambios ha experimentado en sus orgasmos: (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1- Aumento de la frecuencia de orgasmos _____	8- No sé _____
2- Disminución de la frecuencia de orgasmos _____	9- No deseo contestar _____
3- No logra tener orgasmos _____	10- No tengo actividad sexual _____
4- Orgasmos más intensos _____	
5- Orgasmos menos intensos _____	
6- Dificultades para alcanzar el orgasmo _____	
7- Otro(s) _____	(Refera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

35. ¿Cuán satisfecho se siente con sus orgasmos actuales durante la actividad sexual? (Marque sólo una opción de respuesta)

1. Muy satisfecho _____	6- No sé _____
2. Satisfecho _____	7- No deseo contestar _____
3. Medianamente satisfecho _____	8- No tengo actividad sexual _____
4. Insatisfecho _____	
5. Muy insatisfecho _____	

36. En términos generales, ¿considera que usted y su pareja han presentado dificultades en su vida sexual en los últimos tiempos? (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Sí _____ 2- No _____ 3- No sé _____ 4- No deseo contestar _____ 5- No tengo pareja _____

(Si marca No, No sé, No deseo contestar o No tengo pareja, pase a la pregunta 38)

37. ¿A qué atribuye dicha(s) dificultad(es): (Puede marcar más de una opción de respuesta)

1. A su edad _____	9. A sentirse poco o nada atractivo _____
2. A la edad de su pareja _____	10. A tener un estado emocional negativo (estar deprimido, ansioso, estresado, preocupado, otros) _____
3. Al padecimiento de alguna enfermedad _____	11. A tener temores y dudas respecto a algún aspecto de su sexualidad _____
4. A estar pasando por un periodo difícil de su vida _____	12. A la educación en temas de sexualidad _____
5. A tener dificultades en la relación de pareja _____	13. A sentir temor a fracasar en la relación sexual _____
6. A tener dificultades de comunicación sobre sexualidad con su pareja _____	14. No sé _____
7. 7. A que existe falta de amor y afecto en la relación de pareja _____	15. No deseo contestar _____
8. A estar insatisfecho con la variación que hay en su vida sexual _____	

16. Otro(s) _____

(Refera a continuación)

¿Cuál(es)? _____

38. En términos generales, considera que su vida sexual en la actualidad es: (Marque sólo una opción de respuesta)

1- Muy satisfactoria _____	6- No sé _____
2- Satisfactoria _____	7- No deseo contestar _____
3- Regular _____	
4- Insatisfactoria _____	
5- Muy insatisfactoria _____	

A CONTINUACIÓN PUEDE HACER CUALQUIER OTRO COMENTARIO QUE DESEE SOBRE EL TEMA:

Anexo 10. Datos contextuales y sociodemográficos de la población.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	% (N) / MEDIA, DS
GÉNERO	
• FEMENINO	68.75 (44)
• MASCULINO	31.25 (30)
EDAD (AÑOS)	
• 20-29	17.19 (11)
• 30-39	31.25 (20)
• 40-49	26.56 (17)
• 50-59	25 (16)
ESCOLARIDAD	
• EDUCACIÓN BÁSICA	23.4 (15)
• EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	28.12 (18)
• EDUCACIÓN SUPERIOR	48.4 (31)
OCUPACIÓN REMUNERADA	
• SÍ	79.69(51)
• NO	20.21(13)
LUGAR DE RESIDENCIA	
• CIUDAD DE MÉXICO	50 (22)
• ESTADO DE MÉXICO	31.8(14)
• HIDALGO	9.09 (4)
• VERACRUZ	6.89 (3)
• OTROS	6.81(3)
RELIGIÓN	
• CATÓLICO	85.93 (55)
• PROTESTANTE	1.56 (1)
• OTRAS	1.56 (1)
• NINGUNA	14.06 (9)
RELACIÓN DE PAREJA EN LA ACTUALIDAD	
• SI	67.19 (43)
• NO	32.8 (15)
TIEMPO DE RELACION DE PAREJA (AÑOS)	13.4 (0.5 – 34)

Anexo 11. Actividad sexual coital en la actualidad.

Los cálculos de esta variable están hechos con respecto a 63 sujetos debido a que no se contó con la respuesta de un participante.

Género	Si n (%)	No n (%)
Mujeres	21 (62.79)	16 (37.21)
Varones	15 (75)	5 (25)
Total	42 (66.67)	21 (33.33)

Anexo 12. Actividad sexual auto erótica en la actualidad

Los cálculos de esta variable están hechos con respecto a 63 sujetos debido a que no se contó con la respuesta de un participante.

Género	Si n (%)	No n (%)
Mujeres	16 (37.3)	27 (62.79)
Varones	9 (45%)	11 (55%)
Total	25 (39.68)	38 (60.32)

Anexo 13. Estado global de la función sexual.

Género	Subóptima n (%)	Con aspectos óptimos y subóptimos n (%)	Óptimo n (%)	No evaluable n (%)
Mujeres	0	5 (11.36)	22 (50)	17 (38.64)
Varones	1 (5)	4 (20)	10 (50)	5 (25)
Total	1 (1.56%)	9 (14.06)	32 (50)	22 (34.38)

Anexo 14. Estado de satisfacción sexual global.

Género	Alta n (%)	Media n (%)	Baja n (%)	Desconoce n (%)
Mujeres	23 (52.27)	12 (27.27)	7 (15.91)	2 (4.55)
Varones	11 (55)	7 (35)	2 (10)	0
Total	34 (53.13)	19 (29.69)	9 (14.06)	2 (3.13)