



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Psiquiatría

***“Asociación de disfunciones sexuales femeninas en pacientes con
Trastorno Depresivo Mayor”.***

María Fernanda Cuervo Ledesma

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Alfonso Grageda Foyo

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Susana Juárez
Tobías

Febrero de 2023

“Asociación de disfunciones sexuales femeninas en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor”.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

“Asociación de disfunciones sexuales femeninas en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor”.

Dra. María Fernanda Cuervo Ledesma

DIRECTOR CLÍNICO
Dr. Alfonso Grageda Foyo

DIRECTORA METODOLÓGICA
Dra. María Susana Juárez Tobías

- Sinodales
- | | |
|---|-------|
| Dr. José María Hernández Mata
Presidente | _____ |
| Dr. Óscar Fernando García Chávez
Sinodal | _____ |
| Dra. Nélida Linette Ibáñez García
Sinodal | _____ |
| Dra. Laura Elena Pérez Ramos
Sinodal suplente | _____ |

Febrero de 2023



Asociación de disfunciones sexuales femeninas en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor por María Fernanda Cuervo Ledesma. Está licenciado bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la asociación de la presencia de disfunción sexual, evaluada mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), en pacientes femeninas con Trastorno Depresivo Mayor, evaluado mediante el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), que acuden a consulta al servicio de urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” durante el periodo de septiembre del 2022 a enero del 2023. **SUJETOS Y MÉTODOS:** Se encuestaron a 134 pacientes femeninas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que acudieron al Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”. Se utilizaron el Índice de función Sexual Femenina (IFSF), el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el cuestionario sobre datos sociodemográficos. La estadística descriptiva de las variables independientes se evaluó por medio de media y desviación estándar para variables continuas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables numéricas se realizaron pruebas de normalidad y homogeneidad de las varianzas. Para las variables categóricas se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba estadística Chi² y se realizó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resultaron con diferencias estadísticamente significativas. **RESULTADOS:** La aplicación de instrumentos se llevó a cabo entre los meses de septiembre del 2022 y enero del 2023. De las 134 pacientes que participaron, el 68.6% (N=92) presentaron disfunción sexual, y de todas las variables estudiadas se encontró que el Trastorno Depresivo Mayor, la alteración en el deseo y el orgasmo, eran factores de riesgo para la presencia de disfunción sexual femenina. **CONCLUSIONES:** Tener diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor aumenta dos veces más el riesgo de presentar disfunción sexual. El realizar un interrogatorio dirigido a la búsqueda de disfunciones sexuales en pacientes deprimidas debe ser una actividad habitual ya que pueden ocasionar un mal apego al tratamiento o hasta el abandono del mismo, debido a que uno de los principales efectos secundarios de los psicofármacos es la disfunción sexual.

PALABRAS CLAVE: Disfunción sexual, Trastorno Depresivo Mayor, pacientes femeninas.

ÍNDICE

CONTENIDO

RESUMEN	6
LISTA DE TABLAS.....	9
LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y DEFINICIONES DE TÉRMINOS.....	11
AGRADECIMIENTOS	12
ANTECEDENTES	14
La respuesta sexual humana.....	14
Los componentes de la respuesta sexual femenina	15
Prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas	16
Disfunciones sexuales femeninas y Trastorno Depresivo Mayor.....	19
JUSTIFICACIÓN	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
HIPÓTESIS	22
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
OBJETIVOS SECUNDARIOS	23
SUJETOS Y MÉTODOS	23
Diseño de estudio	23
Lugar de estudio	23
Universo de estudio	23
VARIABLES EN EL ESTUDIO	24
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	28
CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9).....	28
INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF).....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
ÉTICA.....	31
RESULTADOS	33
Resultados de los datos sociodemográficos	33
Resultados de escalas.....	36

Correlación de IFSF y PHQ-P.....	38
DISCUSIÓN	45
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	49
CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	57
ANEXO I. CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”	57
ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA” ...	58
ANEXO III. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	68
ANEXO IV. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9 ..	70
ANEXO V. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	71

LISTA DE TABLAS

		Página
Tabla I.	Plan de trabajo.	23
Tabla II.	Criterios de selección	24
Tabla III.	Variable dependiente	24
Tabla IV.	Variable independiente	25
Tabla V.	Variables de control	26
Tabla VI.	Datos sociodemográficos	34
Tabla VII.	Resultados de escala PHQ-9	37
Tabla VIII.	Resultados de IFSF.	37
Tabla IX.	Diferencia de grupos y regresión logística	41

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura I.	Cálculo de muestra	30
Figura II.	Correlación de Spearman (IFSF y PHQ-9)	39
Figura III.	Boxplot. Correlación de pacientes con y sin disfunción sexual con Trastorno Depresivo Mayor	39
Figura IV.	Boxplot. Correlación entre el IFSF y la gravedad del Trastorno Depresivo Mayor con PHQ-9.	40
Figura V.	Boxplot. Correlación de pacientes con y sin disfunción sexual con la edad.	40

LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y DEFINICIONES DE TÉRMINOS

TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

IFSF: Índice de Función Sexual Femenina.

PHQ-9: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente.

CPDENP: Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

AGRADECIMIENTOS

Al ver el resultado logrado con este ambicioso proyecto, solamente se me ocurre una palabra: ¡Gracias!

Gracias, a mi padre y a mi madre, que me dieron y me dan todo lo que necesito para lograr mis sueños. Gracias por procurarme, por poner sus hombros cuando lo necesito, y por hacerme sentir la hija más afortunada de la tierra por tenerlos en mi vida.

Gracias a Fernandín que me ha demostrado, a sus tan solo 21 años, que ser perseverante rinde frutos, y de los buenos.

Gracias a mis amigos que han estado presentes, me han escuchado cuando lo necesitaba, me han abierto su corazón y su casa.

Gracias al Dr. Valderrama por haberme guiado en el camino del autoconocimiento, por brindarme contención y la seguridad de creer en mí misma.

Gracias a Carlos por comprenderme, motivarme a seguir mis metas, apoyarme en cualquier cosa que se me ocurriera, y por quererme. Soy bendecida al tener a un hombre como tú.

Nada de esto hubiera sido posible sin ustedes. Este trabajo es el resultado de un sinfín de acontecimientos que poco tuvieron que ver con lo académico, sino más bien con el amor.

DEDICATORIAS

Dedicada a las pacientes que me brindaron su apoyo para que este protocolo se llevara a cabo. Sin ustedes, ¡no hay Psiquiatría! Ustedes hacen la Ciencia y son nuestras mejores maestras.

Dedicada a todos los que se han adelantado. Sé que donde quiera que estén siguen mandándome su cariño. Los llevo siempre en mi mente y en mi corazón.

ANTECEDENTES

La sexualidad es el fruto de la interacción de varias dimensiones que conforman al ser humano, entre ellas se encuentran el género, la orientación sexual, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción, sin dejar de lado que la cultura, la religión, el nivel socioeconómico, los procesos biológicos y psicológicos también participan. Esta puede representarse a través de los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, valores, actitudes, relaciones y roles. *“La sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”*.⁽¹⁾

La salud sexual deriva de la sexualidad, y es definida por la Organización Mundial de la Salud como un “estado de bienestar físico, emocional, mental y social”⁽²⁾. La salud sexual brinda a los seres humanos la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. La conducta sexual es una manifestación importante de nuestra sexualidad en donde intervienen factores psíquicos, interpersonales y sociales que contribuyen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada respuesta sexual. Una respuesta sexual satisfactoria nos garantiza que hay salud sexual en las personas ⁽³⁾.

La respuesta sexual humana

El conocimiento de la respuesta sexual humana siempre ha sido de especial interés en los investigadores, ya que a lo largo de años ha sido un tabú en la sociedad; sin embargo, gracias a su estudio a través del tiempo se ha podido llegar a la comprensión de estrategias que puedan ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual. Por otra parte, ha abierto el campo del tratamiento de las disfunciones eróticas.

La respuesta sexual humana es estudiada desde 1966, y a lo largo del tiempo ha sido dividida en diferentes estadios por varios investigadores, entre ellos el ginecólogo William Masters y la trabajadora social Virginia Johnson, quienes concluyeron que esta tenía cuatro fases: la excitación, la meseta, el orgasmo y la resolución estableciendo así el modelo clásico de Masters y Johnson. Ellos se enfocaron casi de manera exclusiva en los aspectos fisiológicos de la respuesta, ignorando lo que la persona piensa y siente en un sentido emocional. El deseo y la pasión no forman parte del modelo ⁽⁴⁾. Posteriormente, la sexóloga H. Kaplan planteó una nueva clasificación de la respuesta sexual humana, constituida por las fases del deseo, la excitación y el orgasmo ⁽⁵⁾⁽⁶⁾. En esta nueva teoría, Kaplan menciona que la respuesta sexual no es un modelo lineal en el que sólo intervienen respuestas fisiológicas, sino que, también los aspectos biológicos, psicológicos y sociales contribuyen⁽⁷⁾.

A finales del siglo XX, Rosemary Basson le dio un giro importante al estudio de la respuesta sexual humana. Hizo una revisión de todos los esquemas que habían sido publicados con anterioridad y se aventuró a desarrollar una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina. Hasta la fecha tanto hombres como mujeres habían estado clasificados en la misma respuesta sexual lineal, la que iba del deseo al orgasmo, pero en mujeres se descubrió que esta no era así, esta es circular; esto quiere decir que todas las fases de la respuesta sexual femenina pueden sobreponerse unas a otras en un orden que varía, según las circunstancias en cada situación⁽⁸⁾⁽⁷⁾. Basson centró sus postulados en las interacciones afectivas y relacionales que experimenta la mujer, lo cual la motiva a mantener la actividad sexual; para esta autora la respuesta sexual está influenciada por factores internos y externos que potencian el disfrute de la sexualidad en la mujer.

Los componentes de la respuesta sexual femenina

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los

órganos genitales y en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. Estas fases son:

- Deseo: Es definido como un impulso hacia la actividad sexual generado por estímulos internos y externos, el cual incluye fantasías, pensamientos y receptividad para la actividad sexual. El deseo involucra una raíz biológica (hormonas) y una emocional (intimidad, placer y aspectos de relación).
- Excitación: Es el inicio de cambios fisiológicos que señalan la respuesta del organismo ante la estimulación sexual (física o psicológica).
- Meseta: La excitación sexual alcanza su máxima intensidad.
- Orgasmo: El orgasmo ocurre ante la tensión sexual creciente, producto de la estimulación somato y psicosexual. Hay una descarga de tensión neuromuscular de forma involuntaria y repentina.
- Resolución: Es el periodo posterior a la descarga de la tensión sexual. Los cambios fisiológicos que se producen durante la excitación se invierten y el cuerpo regresa a su estado de reposo.

Prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas

Las disfunciones sexuales son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo), y las causas de estas suelen ser multifactoriales.

En lo que respecta a la prevalencia, se ha encontrado que hasta en un 43-46% de las mujeres en la población general presentan algún tipo de disfunción sexual ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

En América Latina se realizó uno de los estudios más grandes en donde se aplicó el IFSF, con un valor de corte igual o menor a 26.55, en 7243 mujeres sanas y se

encontró una prevalencia de disfunciones sexuales entre el 21 y 36%, siendo más frecuente su presencia en lugares en donde la población tenía mayor edad, y en zonas indígenas⁽¹¹⁾. En México la presencia de disfunciones sexuales en las mujeres ha llegado a alcanzar hasta un 53%⁽¹²⁾. En el año 2006, en una Clínica Urológica en el Estado de Chihuahua se aplicó el IFSF a 44 pacientes de entre 17 y 49 años de edad, reportándose una prevalencia del 34% de disfunción sexual femenina, y de estas, sólo un 11.36% había solicitado alguna vez en su vida atención médica especializada⁽¹³⁾. En otro estudio llevado a cabo en el estado de Monterrey, Nuevo León realizado por Moral (2011), se encontró que en promedio las parejas presentaban una ligera insatisfacción sexual, siendo un porcentaje más elevado en las mujeres. Reportaron experimentar con menos frecuencia placer y con mayor frecuencia angustia después de las relaciones sexuales con sus parejas, lo que, según el autor, refleja un deseo de mayor valoración y calidad del sexo.

Actualmente, en México y en el mundo, son pocos los estudios que evalúan la prevalencia de disfunciones sexuales en la mujer; sin embargo, Hayes y colaboradores, realizaron una extensa revisión de la bibliografía internacional y se reunieron 11 artículos que cumplieron sus criterios de inclusión (se incluyeron estudios de 1983 a 2005) para mostrar las disfunciones sexuales más frecuentes entre las mujeres: trastornos del deseo (16-75%), dificultades orgásmicas (16-48%), trastornos de la excitación (12-64%) y trastornos del dolor (7-58%)⁽¹⁴⁾. En un estudio efectuado en el 2005 en la Ciudad de México se encontró la disfunción sexual femenina más frecuente era la alteración del deseo con un 22.6% , la inhibición del orgasmo con el 21%, la dispareunia con el 18.4%, la inhibición de la excitación con el 14.8% y el vaginismo con el 9.1%⁽¹⁵⁾.

Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas

En México, podemos clasificar a las disfunciones sexuales femeninas de acuerdo con los modelos de la respuesta sexual humana propuestos por Helen Kaplan y

por Rosemary Basson. Basándonos en estos modelos, tenemos dos clasificaciones:

1. La Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas, propuesta por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), se divide de la siguiente manera: ⁽⁵⁾
 - Disfunciones del deseo sexual.
 - Disfunciones de la excitación sexual.
 - Disfunción del orgasmo.
 - Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual.
 - Síndromes de evitación fóbica de la experiencia erótica

2. En la clasificación por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM-V), se divide de esta manera: ⁽¹⁶⁾
 - Trastorno del interés-excitación sexual femenina:
 - Trastorno del orgasmo femenino.
 - Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración.

Debido a que la clasificación del DSM-V se trata de un documento conocido a nivel internacional y de utilidad en la investigación clínica, es la que se ha decidido tomar en cuenta para el estudio de estos padecimientos.

Trastorno del interés-excitación sexual femenina:

- Trastornos del deseo: La ausencia o la pérdida de interés por el sexo es la más representativa y se presenta hasta en un 10 a 40% de las mujeres.

⁽⁵⁾(17).

- Trastornos de la excitación: La prevalencia de mujeres con presencia de alteraciones en la excitación sexual es del 55% ⁽⁵⁾.

Trastorno del orgasmo femenino:

Esta disfunción es la que ocupa el segundo lugar, con una prevalencia de hasta el 16-40%. “Su alteración se entiende como la ausencia, disminución en la intensidad de la sensación o retraso para llegar al orgasmo a pesar de tener un estímulo erótico adecuado y con una fase de excitación adecuada” ⁽¹⁸⁾⁽⁵⁾.

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración:

Hay presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales. Se estima que la prevalencia puede ser hasta del 12% ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Disfunciones sexuales femeninas y Trastorno Depresivo Mayor

La importancia de abordar las disfunciones sexuales en la Psiquiatría es porque se ha visto que sólo un 12% de estas son causadas por algún componente orgánico, el resto se debe principalmente a factores psicológicos, sociales y emocionales, como el Trastorno Depresivo Mayor.

Según la OMS, la depresión afecta aproximadamente a 300 millones de personas alrededor del mundo, y es el género femenino el que tiene un mayor riesgo de presentarla ⁽²¹⁾⁽²²⁾. Hoy en día se sabe que la Depresión es considerada como un factor de riesgo importante para la aparición de patologías en el funcionamiento sexual, hasta en un 50%, esto porque dentro de la clínica que la caracteriza hay una pérdida del interés general con dificultad para tener experiencias placenteras, incluyendo la sexual. La irritabilidad y el aislamiento social pueden también manifestarse en este padecimiento ocasionando el pobre desarrollo de una vida erótica plena, daños a la autoestima y conflictos en la relación de pareja. ⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾.

Las pacientes con depresión regularmente presentan sintomatología somática comórbida, y la disfunción sexual también puede ser considerada como una de estas⁽²⁶⁾. La depresión, es el factor de riesgo independiente más importante para la presencia de disfunciones sexuales femeninas.

La depresión se asocia en mayor o en menor medida con alteraciones de todas las fases de la respuesta sexual femenina. En algunas publicaciones se ha encontrado una relación entre la disfunción sexual y la severidad, la duración y la recurrencia de un episodio depresivo⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾. En algunos estudios se ha visto que el 35% de las mujeres con depresiones recurrentes persisten con algún tipo de disfunción sexual. Por otro lado, dicha relación parece ser bidireccional, la aparición de una de ellas puede desencadenar o exacerbar la otra, y el tratamiento de una puede mejorar la otra. En algunas investigaciones se ha encontrado que el trastorno sexual más frecuente en pacientes deprimidas no tratadas es la reducción en el deseo sexual, aproximadamente el 50%, seguido de las alteraciones en el orgasmo, 15%⁽²⁹⁾.

Pese a las consecuencias que pueden causar las disfunciones sexuales en las pacientes con Depresión, la mayoría de los estudios existentes de disfunciones sexuales son solamente de hombres, y existen muy pocos datos referentes a la prevalencia de los trastornos sexuales en las mujeres y su relación con la depresión⁽³⁰⁾. Esto podría deberse a que es poco frecuente que en la consulta psiquiátrica de primer contacto la paciente reporte estos problemas de manera espontánea; y por otra parte, en diversas ocasiones el médico tratante no realiza un interrogatorio dirigido a la búsqueda de las mismas⁽³¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

La práctica de la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano⁽⁴⁾⁽⁷⁾. Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo). Los pocos datos estadísticos que hay entorno a la prevalencia de estos padecimientos, indican que hasta un 38 a 73% de las mujeres padece algún tipo de disfunción sexual a lo largo de su vida⁽³²⁾. Una de las causas más importantes de las disfunciones sexuales es el Trastorno Depresivo Mayor.

Actualmente la Depresión encabeza el primer lugar de enfermedades mentales, y en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que se llevó a cabo en el año 2018 en el Estado de San Luis Potosí, se reportó que hasta un 19.9% de las mujeres presentaban sintomatología depresiva⁽¹⁰⁾⁽⁹⁾. En la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” se atienden diariamente entre 40 y 45 consultas en los servicios de Urgencias y Consulta Externa. De estas consultas, un poco más de la mitad son mujeres, y entre 4 y 6, reciben el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor por primera vez. En un mes esta cifra asciende a los 100-120 casos nuevos. Aproximadamente, un 65% de las mujeres diagnosticadas con TDM presentarán a lo largo de su padecimiento algún tipo de disfunción sexual, lo que puede ocasionar un empeoramiento en la sintomatología y un pobre apego o abandono del tratamiento ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

El objetivo de este estudio es determinar la relación que hay entre la presencia de disfunción sexual femenina y el TDM en pacientes que acudan al servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” entre los meses de septiembre del 2022 a enero del 2023, ya que la detección oportuna de algún tipo de disfunción sexual es importante para dirigir el tratamiento, y propiciar una vida sexual saludable y satisfactoria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Hay una asociación entre la presencia de disfunción sexual y el Trastorno Depresivo Mayor en pacientes femeninas que acuden al Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”?

HIPÓTESIS

La presencia de disfunción sexual, evaluada por IFSF, tiene una correlación positiva en pacientes femeninas con Trastorno Depresivo Mayor, evaluado por PHQ-9, que acuden a consulta al servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación de disfunción sexual en pacientes femeninas con Trastorno Depresivo Mayor que acuden a consulta al servicio de urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aplicar cuestionario de datos sociodemográficos.
2. Evaluar la presencia de disfunción sexual femenina con el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) en pacientes de género femenino que acuden al Servicio de Urgencias de la CPDENP.
3. Evaluar la gravedad del Trastorno Depresivo Mayor mediante el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en pacientes de género femenino que acuden al Servicio de Urgencias de la CPDENP.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Asociación de las variables confusoras con la presencia de disfunción sexual femenina.
2. Detectar qué factores de riesgo hay en las pacientes participantes para la presencia de disfunción sexual.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio transversal, analítico.

Lugar de estudio

Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

Universo de estudio

Pacientes del género femenino que acudan a consulta al Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Doctor Everardo Neumann Peña” entre los meses de septiembre del 2022 a enero del 2023.

Plan de trabajo (Ver tabla I)

Tabla I. Plan de trabajo

Septiembre del 2021 a marzo del 2022	Septiembre del 2022 a enero del 2023	Enero del 2023	Febrero del 2023
Escritura de protocolo y solicitud de aprobación por parte del Comité de Ética de la CPDENP	Reclutamiento y aplicación de escalas.	Análisis estadísticos, y elaboración de resultados y	Presentación de resultados completos.

	conclusiones.	
--	---------------	--

Criterios de selección (Ver tabla II)

Tabla II. Criterios de selección.

<p>INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes femeninas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que acudan a Consulta al Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Doctor Everardo Neumann Peña”. • Tener vida sexual activa. • Ser mayor de edad. • Aceptar participar en el estudio.
<p>NO INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener diagnóstico de un trastorno psiquiátrico diferente a la depresión unipolar según el DSM-V. • Estar en tratamiento en los últimos seis meses con algún psicotrópico.
<p>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llenado incompleto de las encuestas.

VARIABLES EN EL ESTUDIO

Tabla III. Variable Dependiente.

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE
--------	--------	------------------------	------------------	----------	------------------

DSF (IFSF)	Disfunción Sexual Femenina	Problemas relacionados con alguna fase de la respuesta sexual femenina.	1.2-36	Puntos.	Continua
-----------------------	---	---	--------	---------	----------

Tabla IV. Variables independientes.

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE
TDM	Trastorno Depresivo (PQQ-9)	Trastorno psiquiátrico, de al menos dos semanas de duración, caracterizado por presencia de tristeza, desinterés, anhedonia, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño y/o apetito, fatiga, falta de concentración; que afecta el funcionamiento	0-27	Puntos	Continua

del individuo.

Tabla V. Variables de control (Confusoras).

CÓDIGO	NOMBRE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDADES	TIPO DE VARIABLE
E	Edad	Edad de la paciente en años.	18-74	Años	Continua
EC	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Relación abierta. Noviazgo Matrimonio Unión libre		Nominal
Rel	Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.	Ninguna Católica Cristiana Testigo de Jehová Ateísmo Otra		Nominal
NH	Número de	Descendiente	Ninguno		Ordinal

	hijos	directo	Uno Dos Tres Más de tres	
MPF	Método de Planificación Familiar	Estrategia de anticoncepción.	Ninguno Preservativo Anticonceptivos orales DIU Implante subdérmico Salpingoclasia Vasectomía	Nominal
C	Comorbilidad	Padecimiento acompañado con el Trastorno Depresivo Mayor.	Si No	Dicotómica
T	Tratamiento	Uso de medicamento diferente a los psicotrópicos.	Si No	Dicotómica
E	Escolaridad	Nivel de estudios	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Maestría	Nominal
TR	Tiempo de relación	Meses o años que se ha estado en una	Un mes a 11 meses Un año a tres	Continua

relación de pareja.	años Más de tres años
------------------------	-----------------------------

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

La depresión puede ser evaluada y mantener un seguimiento clínico adecuado empleando escalas auto-aplicables de validez científica probada. Dentro de ellas, una de las más conocidas y utilizadas es el PHQ-9. Es un instrumento que tuvo su origen en el proyecto Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIMEMD) desarrollado y validado a principios de los años 90⁽³³⁾⁽³⁴⁾.

El PHQ-9 fue desarrollado con doble propósito, establecer un diagnóstico provisional de depresión, determinar la severidad de los síntomas depresivos y monitorear la respuesta al tratamiento⁽³⁵⁾. Está basado en el DSM-IV para el episodio depresivo mayor⁽³⁶⁾. El Cuestionario cuenta con nueve preguntas que están directamente relacionadas con sintomatología depresiva, durante las dos semanas previas a la auto-aplicación de la escala, y otra pregunta reporta la discapacidad asociada con los síntomas. Los puntajes del PHQ-9 reflejan 5 categorías de severidad de la depresión: ninguna/mínima (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderadamente-severo (15-19) y severo (20-27)⁽³⁷⁾. El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntajes de corte recomendados entre 7 y 11 para un probable caso de depresión mayor; sin embargo la selección del punto de corte debe estar en función de los objetivos de quienes emplean el instrumento y la necesidad de maximizar la detección o de reducir el número de falsos positivos⁽³⁶⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

El cuestionario original fue desarrollado por Rosen, y traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols. en el 2004. Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó la prueba alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; se observa que se obtuvieron valores que señalan una buena ($>0,70$) o muy buena correlación ($>0,80$). La consistencia interna del test fue buena ($>0,70$). Por lo tanto, el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento válido, sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida⁽⁴¹⁾. El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) es considerado la mejor herramienta para evaluar la función sexual en la mujer, porque es consistente y confiable para el cribado en mujeres de todas las edades.

El IFSF está conformado por 19 preguntas que evalúan 6 dominios: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3 a 6), lubricación (ítems 7 a 10), orgasmo (ítems 11 a 13), satisfacción (ítems 14 a 16) y dolor durante la relación sexual (ítems 17 a 19). La respuesta se mide según el siguiente puntaje: 0) Sin actividad sexual; 1) Casi nunca; 2) Menos de la mitad de las veces; 3) La mitad de las veces; 4) Más de la mitad de las veces; 5) Casi siempre. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor que oscila entre 0,3 a 0,6, considerando el dominio evaluado; al final el resultado es la suma aritmética de los dominios; cuanto mayor es el puntaje, mejor es la sexualidad⁽⁴²⁾. El rango total de la puntuación del IFSF va desde 2 hasta 36; un puntaje inferior o igual a 26,55 puntos, o cuando la puntuación de algún dominio es menor a 3,6 puntos, se considera como criterio de riesgo de disfunción sexual⁽⁴³⁾.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará mediante el programa RStudio. Se realizó la estimación del número mínimo de participantes a seleccionar para asegurar que podíamos realizar inferencias estadísticas con una potencia adecuada. El tamaño

de la muestra para la correlación con un alfa de 0.05, beta 95%, poder de efecto 0.3 nos arrojó un total de 134 pacientes. El cálculo de la muestra para el coeficiente de correlación de Spearman se realizó mediante el programa estadístico G*power.

Figura I. Cálculo de muestra.

Input Parameters		Output Parameters	
Determine =>	Tail(s) Two	Noncentrality parameter δ	3.6404323
	Effect size $ \rho $ 0.3	Critical t	1.9780988
	α err prob 0.05	Df	132
	Power $(1-\beta$ err prob) 0.95	Total sample size	134
		Actual power	0.9509217

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se evaluó la normalidad con pruebas como QQ-plot y Shapiro-Wilk. Las variables continuas se expresaron mediante medidas de tendencia central como media (\pm desviación estándar) o mediana [QR] según su distribución; las categóricas como porcentajes y conteos.

Para determinar la correlación entre las disfunciones sexuales y el Trastorno Depresivo Mayor se realizará un análisis bivariado usando el coeficiente de correlación de Spearman y el mismo se usó para la correlación con las variables confusoras.

Para el análisis inferencial de las variables continuas se usó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resulten con diferencias estadísticamente significativas.

ÉTICA

En la realización de este estudio se respetaron los principios científicos, éticos y regulatorios nacional e internacionalmente aceptados. Estos son: el Código de Núremberg (1947); la Declaración de Helsinki (1964) y sus enmiendas de Tokio(1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West, Sudáfrica (1996) y Edimburgo (2000); las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que Involucra a Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas y las Buenas Prácticas Clínicas: documentos de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud; las Guías para la Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización, así como la Ley General de Salud (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de abril de 2015); Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1984, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de abril de 2014). ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2011, última modificación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de julio de 2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero de 2013). Lineamientos para cumplir las buenas prácticas clínicas en la investigación para la salud (31 de mayo de 2012). Se trata de una investigación de riesgo mínimo, como lo marca el REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, TÍTULO SEGUNDO, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, CAPÍTULO I, artículo 17, apartado II, debido a que los investigadores responsables de este estudio no

tomarán decisiones referentes a los posibles diagnósticos y únicamente solicitarán la autorización para medir la presencia de disfunción sexual y de Trastorno Depresivo Mayor a través de procedimientos comunes en exámenes de diagnóstico, en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

RESULTADOS

Este protocolo se realizó en 134 pacientes atendidas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor entre los meses de septiembre del 2022 a enero del 2023 en el Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”. Todas firmaron un consentimiento informado y posteriormente se les aplicaron el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).

Todos los análisis de datos fueron realizados en el programa Rstudio versión 4.1.2.

En la tabla V se resume la estadística descriptiva de las variables independientes por medio de media y desviación estándar para variables continuas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables numéricas se realizaron pruebas de normalidad y homogeneidad de las varianzas, teniendo una distribución diferente de la normal por lo cual se compararon las diferencias mediante la prueba estadística U de Mann Whitney. Para las variables categóricas se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba estadística Chi².

Resultados de los datos sociodemográficos

De la muestra obtenida de 134 pacientes atendidas en el Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, se dividió a la población en 2 grupos, pacientes sin presencia de disfunción sexual femenina (42) y pacientes con presencia de disfunción sexual femenina (92), tomando como punto de corte para el diagnóstico a aquellas pacientes que obtuvieron menor o igual que 26.55, en el IFSF. En la variable de edad hubo cuatro grupos: el primero de los 18 a 29 años de edad 56.7% (N=76), siendo el grupo que más cantidad de pacientes tuvo, el segundo de los 30 a los 39 años de edad 29.8% (N=40), el tercero de los 40 a los 49 años de edad 4.4% (N=6), y el cuarto grupo de 50 años o más 8.9% (N=12). La mediana de la edad 29 para las pacientes con disfunción sexual, y 28 para las pacientes sin disfunción sexual. El 68.6% (N=92) de la muestra fue reportada con

disfunción sexual. El grupo de edad que tuvo mayor prevalencia de disfunción sexual fue el de 18 a 29 años de edad con un 57.6% (N=53), de las 76 (56.7%) que lo conformaban, seguido del grupo de 30 a 39 años que lo formaron pacientes (29.9%) con presencia de disfunción sexual en un 26.1% (N=24). Cuarenta y cinco pacientes (48.9%) que se encontraban en un noviazgo tuvieron disfunción sexual, y en segundo lugar estuvieron 21 pacientes (22.8%), quienes se encontraban en una relación abierta. Cuarenta y tres pacientes (46.7%), de las 61 (45.5%) que conformaron este grupo, reportaron tener más de tres años en su relación y disfunción sexual. El 73.9% (N=99) reportaron no tener hijos, y de estas, un 72.8% (N=67) presentaron disfunción sexual. La religión católica la practicaban 91 pacientes (67.9%), y 66 (71.7%) presentaron disfunción sexual. Ochenta y seis pacientes (64.2%) reportaron haber estudiado una Licenciatura, y de ese porcentaje, el 64.1% (N=59) presentaron disfunción sexual. A pesar de que 100 pacientes (74.6%) reportaron no tener ninguna comorbilidad, el 72.8% (N=67) presentaron disfunción sexual, y hasta un 83.7% (N=77) de pacientes sin tratamiento también. Un 38.1% (N=51) de las pacientes no usaban ningún método de planificación familiar, y de estas el 37%(N=34) tuvieron disfunción sexual, seguidas de aquellas que usaban preservativo como método de anticoncepción, 27.2% (N=25).

Tabla VI. Datos Sociodemográficos.

	sin DS*	con DS**	Total
	(N=42)	(N=92)	(N=134)
Edad			
18-29 años	23 (54.8%)	53 (57.6%)	76 (56.7%)
30-39 años	16 (38.1%)	24 (26.1%)	40 (29.9%)
40-49 años	2 (4.8%)	4 (4.3%)	6 (4.5%)
50 o más años	1 (2.4%)	11 (12.0%)	12 (9.0%)
Mediana	28	29	

Estado civil			
Relación abierta	6 (14.3%)	21 (22.8%)	27 (20.1%)
Noviazgo	21 (50.0%)	45 (48.9%)	66 (49.3%)
Matrimonio	9 (21.4%)	18 (19.6%)	27 (20.1%)
Unión libre	6 (14.3%)	8 (8.7%)	14 (10.4%)
Tiempo de relación			
1 mes-11 meses	10 (23.8%)	29 (31.5%)	39 (29.1%)
1 año-3 años	14 (33.3%)	19 (20.7%)	33 (24.6%)
Más de 3 años	18 (42.9%)	43 (46.7%)	61 (45.5%)
Número de hijos			
0	32 (76.2%)	67 (72.8%)	99 (73.9%)
1	4 (9.5%)	5 (5.4%)	9 (6.7%)
2	3 (7.1%)	12 (13.0%)	15 (11.2%)
3	3 (7.1%)	4 (4.3%)	7 (5.2%)
4	0 (0%)	4 (4.3%)	4 (3.0%)
Religión			
Ninguna	13 (31.0%)	19 (20.7%)	32 (23.9%)
Católica	25 (59.5%)	66 (71.7%)	91 (67.9%)
Cristiana	3 (7.1%)	4 (4.3%)	7 (5.2%)
Testigo de Jehová	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Atea	0 (0%)	2 (2.2%)	2 (1.5%)
Otras	1 (2.4%)	0 (0%)	1 (0.7%)
Escolaridad			
Primaria	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Secundaria	2 (4.8%)	7 (7.6%)	9 (6.7%)
Bachillerato	7 (16.7%)	13 (14.1%)	20 (14.9%)
Licenciatura	27 (64.3%)	59 (64.1%)	86 (64.2%)
Maestría	6 (14.3%)	10 (10.9%)	16 (11.9%)

Comorbilidad			
Ninguna	33 (78.6%)	67 (72.8%)	100 (74.6%)
Diabetes Mellitus	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Hipertensión Arterial Sistémica	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Hipotiroidismo	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Obesidad	1 (2.4%)	0 (0%)	1 (0.7%)
Síndrome de Ovario Poliquístico	1 (2.4%)	4 (4.3%)	5 (3.7%)
Otros	7 (16.7%)	14 (15.2%)	21 (15.7%)
Tratamiento			
Ninguno	39 (92.9%)	77 (83.7%)	116 (86.6%)
Antihipertensivo	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Insulina	0 (0%)	2 (2.2%)	2 (1.5%)
Levotiroxina	0 (0%)	4 (4.3%)	4 (3.0%)
Otros	3 (7.1%)	7 (7.6%)	10 (7.5%)
Metformina	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Planificación familiar			
Ninguno	17 (40.5%)	34 (37.0%)	51 (38.1%)
Preservativo	7 (16.7%)	25 (27.2%)	32 (23.9%)
Anticonceptivos Orales	5 (11.9%)	13 (14.1%)	18 (13.4%)
DIU	7 (16.7%)	9 (9.8%)	16 (11.9%)
Implante subdérmico	3 (7.1%)	6 (6.5%)	9 (6.7%)
Salpingoclasia	2 (4.8%)	4 (4.3%)	6 (4.5%)
Vasectomía	1 (2.4%)	1 (1.1%)	2 (1.5%)

Resultados de escalas

Del total de las 134 participantes, 92 (68.6%) reportaron la presencia de disfunción sexual. En la categoría de “depresión severa”, que estuvo conformada por 41 pacientes (30.5%), el 31.5% (N=29) presentó disfunción sexual, seguida por la categoría de “depresión moderada-severa” que estuvo conformada por 34 pacientes (25.3%), de las cuales el 30.4% (N=28) tuvo disfunción sexual.

En las variables deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, se tomó como punto de corte 3.6, los puntajes menores a este eran indicativos de disfunción en este dominio. En el correspondiente al deseo, de las 92 (68.6%) pacientes que tuvieron disfunción sexual, el 72.8% (N=67) tuvieron alteración de este dominio, siendo junto con el dominio de la excitación, 78.3% (N=72) los más afectados en el IFSF. El dominio menos afectado fue el de dolor, ya que de las 92 pacientes con disfunción sexual, la mitad (N=46) presentaron una puntuación menor a 3.6.

Tabla VII. Cuestionario para la Salud del Paciente (PHQ-9).

PHQ9	Disfunción sexual no. (%)	Sin disfunción sexual no. (%)
Depresión leve	13(14.13)	14(33.33)
Depresión moderada	22 (23.91)	10 (23.81)
Depresión moderada-severa	28 (30.43)	6 (14.28)
Depresión severa	29 (31.5)	12 (28.57)
Total	92 (68.6)	42 (31.3)

Tabla VIII. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

IFSF	Sin DS*	Con DS**	Total
Deseo			
>3.6	31 (73.8%)	25 (27.2%)	56 (41.8%)
<3.6	11 (26.2%)	67 (72.8%)	78 (58.2%)

Excitación			
>3.6	42 (100%)	20 (21.7%)	62 (46.3%)
<3.6	0 (0%)	72 (78.3%)	72 (53.7%)
Lubricación			
>3.6	42 (100%)	35 (38.0%)	77 (57.5%)
<3.6	0 (0%)	57 (62.0%)	57 (42.5%)
Orgasmo			
>3.6	40 (95.2%)	26 (28.3%)	66 (49.3%)
<3.6	2 (4.8%)	66 (71.7%)	68 (50.7%)
Satisfacción			
>3.6	38 (90.5%)	36 (39.1%)	74 (55.2%)
<3.6	4 (9.5%)	56 (60.9%)	60 (44.8%)
Dolor			
>3.6	41 (97.6%)	46 (50.0%)	87 (64.9%)
<3.6	1 (2.4%)	46 (50.0%)	47 (35.1%)

*Sin disfunción sexual.

**Con disfunción sexual.

Correlaciones

Se realizó correlación de Spearman para las variables IFSF y PHQ-9, resultando con un valor de Rho de <0.21 y un valor de $p=0.0134$, estadísticamente significativo pero con poca relevancia clínica por lo que se procedió a dividir a la muestra en dos partes, pacientes que tuvieran disfunción sexual y pacientes que no la tuvieran. Se realizaron dos correlaciones, la primera entre las pacientes que no tenían disfunción sexual (IFSF \leq o igual a 26.55) con el PHQ-9, y la segunda entre las pacientes que tenían disfunción sexual (IFSF >26.55) con el PHQ-9. Esta última correlación dio positiva ($p=0.005$) y se observó en el boxplot que a mayor

grado de depresión, mayor será la disfunción sexual. (Ver figura II, III y IV). Al correlacionar las variables confusoras con el IFSF, se obtuvo una correlación positiva ($p=0.0681$) en pacientes con disfunción sexual y la edad, por lo que a mayor edad, mayor alteración en la respuesta sexual femenina. (Ver figura IV)

Figura II. Correlación de Spearman (IFSF y PHQ-9)

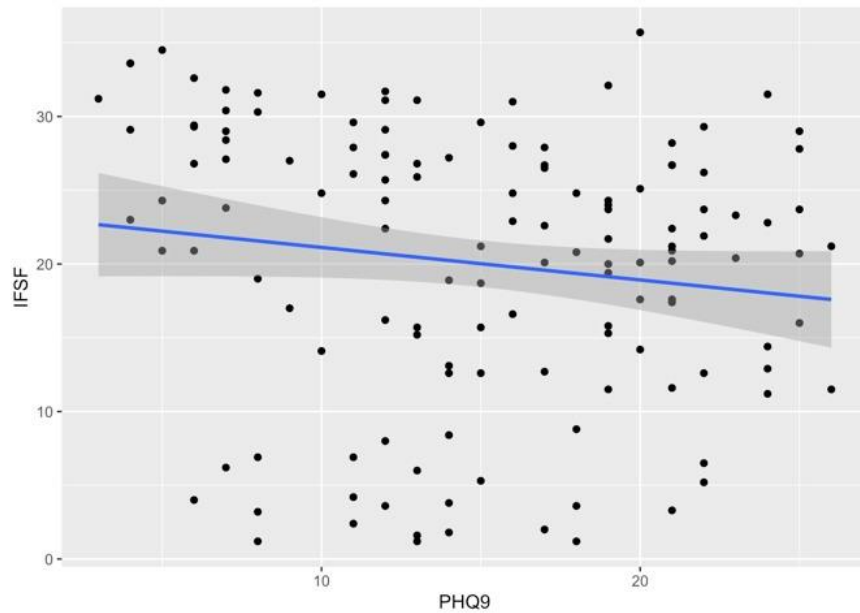


Figura III. Boxplot. Correlación de pacientes con y sin disfunción sexual con Trastorno Depresivo Mayor.

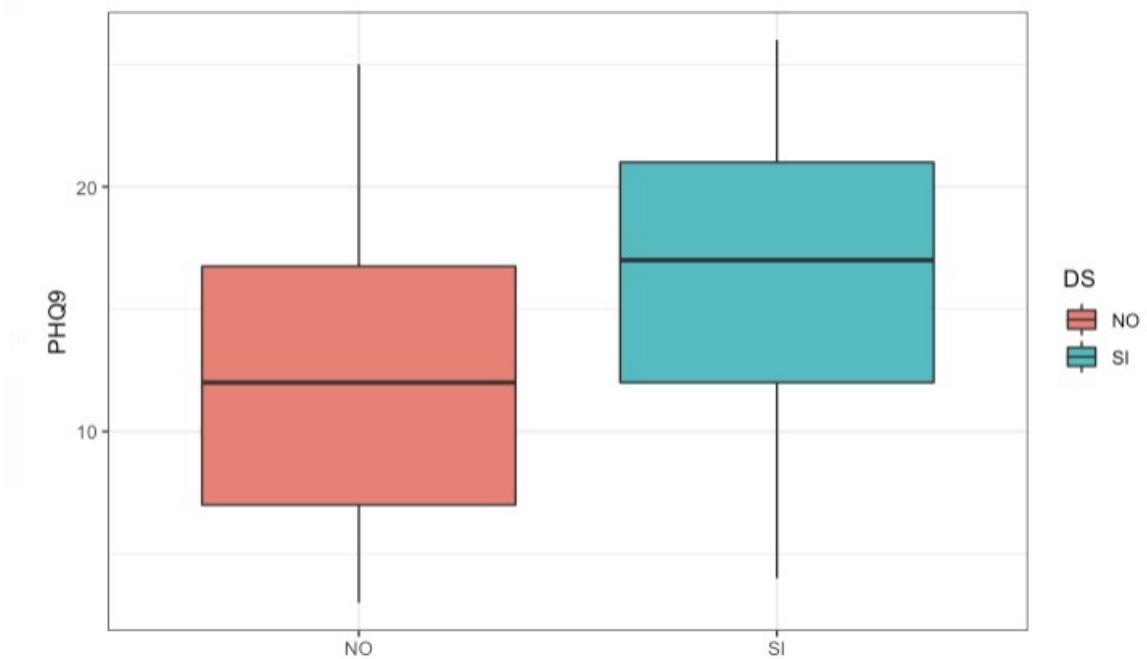


Figura IV. Boxplot. Correlación entre el IFSF y la gravedad del Trastorno Depresivo Mayor con PHQ-9.

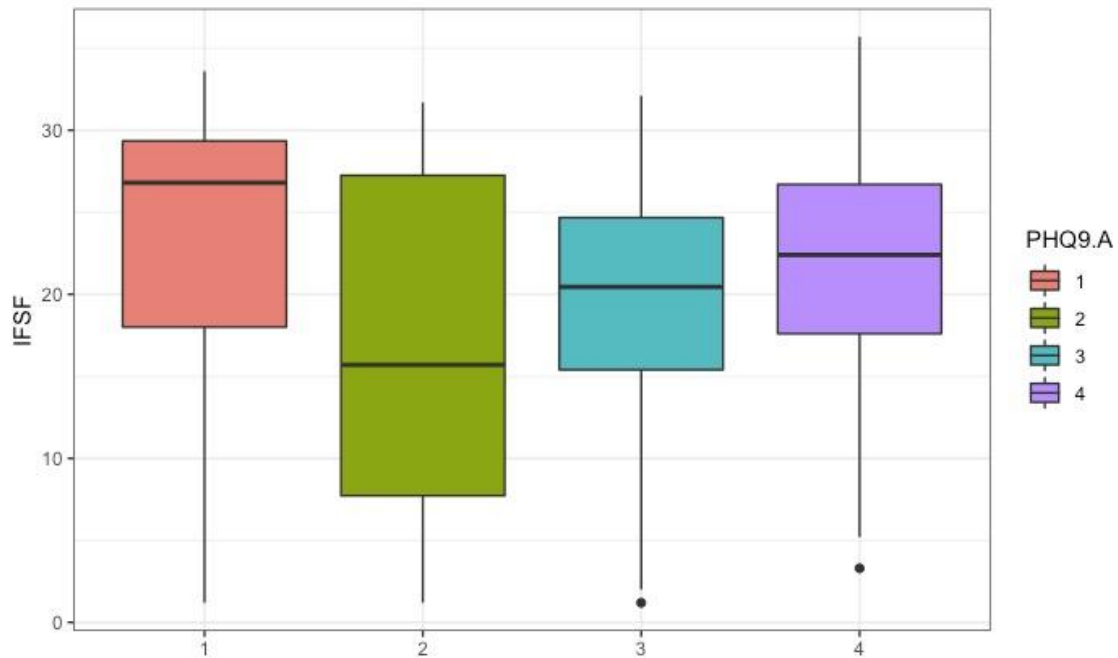
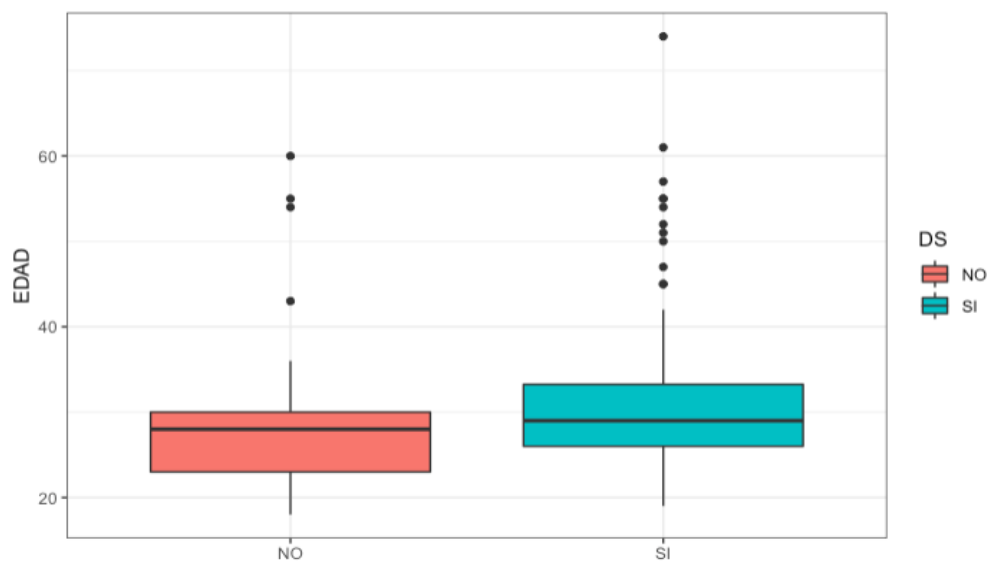


Figura V. Boxplot. Correlación de pacientes con y sin disfunción sexual con la edad.



Posteriormente se procedió a la realización de la prueba estadística Chi² para analizar la diferencia entre grupos de las variables. No se obtuvo diferencia estadísticamente significativa para las variables, edad (P=0.44), estado civil (p = 0.58), tiempo de relación (p = 0.38), número de hijos (p = 0.41), religión (p = 0.315), escolaridad (p = 0.713), comorbilidad (p = 0.440), tratamiento (p = 0.558) y planificación familiar (p = 0.805) pero sí se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para las variables, depresión (P= 0.030) explicada por la escala PHQ9, deseo (P < 0.001), excitación (P < 0.001), lubricación (P <0.001), orgasmo (P <0.001), satisfacción (P <0.001), dolor (P <0.001) por lo que se realizó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resultaron con diferencias estadísticamente significativas. Se redujo el modelo de regresión utilizando pruebas de verosimilitud hasta llegar a un modelo en el que solo las variables estadísticamente significativas fueran incluidas para evitar la co-linealidad.

Regresión logística = IFSF ~ depresión + deseo + orgasmo

Con el modelo final se calcularon los OR (Odds Ratio) de las variables predictoras obteniendo para la variable depresión un OR = 2.023 con IC95% (1.277-3.418), Deseo un OR = 7.058 con IC95% (2.407-23.265) y Orgasmo un OR = 69.587 con IC95% (15.854 – 543.899) con una R² = .507.

Tabla IX. Diferencia entre grupos y regresión logística.

	sin DS*	con DS**	Total	Valor P	OR
	(N=42)	(N=92)	(N=134)		
Edad				p =	
				0.4400537	
18-29 años	23 (54.8%)	53 (57.6%)	76 (56.7%)		
30-39 años	16 (38.1%)	24 (26.1%)	40 (29.9%)		

40-49 años	2 (4.8%)	4 (4.3%)	6 (4.5%)
50 años o más	1 (2.4%)	11 (12.0%)	12 (9.0%)
Estado civil	$p = 0.5801433$		
Relación abierta	6 (14.3%)	21 (22.8%)	27 (20.1%)
Noviazgo	21 (50.0%)	45 (48.9%)	66 (49.3%)
Matrimonio	9 (21.4%)	18 (19.6%)	27 (20.1%)
Unión libre	6 (14.3%)	8 (8.7%)	14 (10.4%)
Tiempo de Relación	$p = 0.387904$		
1 mes a 11 meses	10 (23.8%)	29 (31.5%)	39 (29.1%)
1 año a 3 años	14 (33.3%)	19 (20.7%)	33 (24.6%)
Más de 3 años	18 (42.9%)	43 (46.7%)	61 (45.5%)
Hijos	$p = 0.4174595$		
0	32 (76.2%)	67 (72.8%)	99 (73.9%)
1	4 (9.5%)	5 (5.4%)	9 (6.7%)
2	3 (7.1%)	12 (13.0%)	15 (11.2%)
3	3 (7.1%)	4 (4.3%)	7 (5.2%)
4	0 (0%)	4 (4.3%)	4 (3.0%)
Religión	$p = 0.3154784$		
Ninguna	13 (31.0%)	19 (20.7%)	32 (23.9%)
Católica	25 (59.5%)	66 (71.7%)	91 (67.9%)
Cristiana	3 (7.1%)	4 (4.3%)	7 (5.2%)
Testigo de Jehová	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Ateísmo	0 (0%)	2 (2.2%)	2

			(1.5%)
Otras	1 (2.4%)	0 (0%)	1 (0.7%)
Escolaridad			p = 0.7130155
Primaria	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Secundaria	2 (4.8%)	7 (7.6%)	9 (6.7%)
Bachillerato	7 (16.7%)	13 (14.1%)	20 (14.9%)
Licenciatura	27 (64.3%)	59 (64.1%)	86 (64.2%)
Maestría	6 (14.3%)	10 (10.9%)	16 (11.9%)
Morbilidad			p = 0.4400537
Ninguna	33 (78.6%)	67 (72.8%)	100 (74.6%)
Diabetes Mellitus	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Hipertensión arterial sistémica	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Hipotiroidismo	0 (0%)	3 (3.3%)	3 (2.2%)
Obesidad	1 (2.4%)	0 (0%)	1 (0.7%)
Síndrome de Ovario Poliquístico	1 (2.4%)	4 (4.3%)	5 (3.7%)
Otras	7 (16.7%)	14 (15.2%)	21 (15.7%)
Tratamiento			p = 0.5580658
Ninguno	39 (92.9%)	77 (83.7%)	116 (86.6%)
Antihipertensivos	0 (0%)	1 (1.1%)	1 (0.7%)
Insulina	0 (0%)	2 (2.2%)	2 (1.5%)
Levotiroxina	0 (0%)	4 (4.3%)	4 (3.0%)
Otros	3 (7.1%)	7 (7.6%)	10 (7.5%)
Metformina	0 (0%)	1 (1.1%)	1

			(0.7%)		
Planificación familiar				p =	0.8052133
Ninguno	17 (40.5%)	34 (37.0%)	51 (38.1%)		
Preservativo	7 (16.7%)	25 (27.2%)	32 (23.9%)		
Anticonceptivos orales	5 (11.9%)	13 (14.1%)	18 (13.4%)		
DIU	7 (16.7%)	9 (9.8%)	16 (11.9%)		
Implante subdérmico	3 (7.1%)	6 (6.5%)	9 (6.7%)		
Salpingoclasia	2 (4.8%)	4 (4.3%)	6 (4.5%)		
Vasectomía	1 (2.4%)	1 (1.1%)	2 (1.5%)		
PHQ9				p =	OR= 2.023 IC=
				0.003618587	1.277-3.418,
Mínima (0-4)	4 (9.5%)	1 (1.1%)	5 (3.7%)		
Leve (5-9)	13 (31.0%)	11 (12.0%)	24 (17.9%)		
Moderada (10-14)	11 (26.2%)	24 (26.1%)	35 (26.1%)		
Moderada-severa (15-19)	6 (14.3%)	27 (29.3%)	33 (24.6%)		
Severa (20-27)	8 (19.0%)	29 (31.5%)	37 (27.6%)		
IFSF					
Deseo				p =	OR= 7.419 IC=
				1.015121e-06	3.08-19.03
>3.6	31 (73.8%)	25 (27.2%)	56 (41.8%)		
<3.6	11 (26.2%)	67 (72.8%)	78 (58.2%)		
Excitación				p =	OR= 67.54 IC=
				5.829029e-16	10.53-2801.5
>3.6	42 (100%)	20 (21.7%)	62 (46.3%)		
<3.6	0 (0%)	72 (78.3%)	72 (53.7%)		

Lubricación				p = 1.639017e- 10	OR= 143.20 IC= 21.78-5879.05
>3.6	42 (100%)	35 (38.0%)	77 (57.5%)		
<3.6	0 (0%)	57 (62.0%)	57 (42.5%)		
Orgasmo				p = 2.421346e- 12	OR= 49.16 IC= 11.39-449.04
>3.6	40 (95.2%)	26 (28.3%)	66 (49.3%)		
<3.6	2 (4.8%)	66 (71.7%)	68 (50.7%)		
Satisfacción				p = 8.436819e- 08	OR= 14.48 IC= 4.65-60.62
>3.6	38 (90.5%)	36 (39.1%)	74 (55.2%)		
<3.6	4 (9.5%)	56 (60.9%)	60 (44.8%)		
Dolor				p = 2.425311e- 07	OR= 40.2 IC= 6.25-1679.14
>3.6	41 (97.6%)	46 (50.0%)	87 (64.9%)		
<3.6	1 (2.4%)	46 (50.0%)	47 (35.1%)		

***Sin disfunción sexual.**

****Con disfunción sexual.**

DISCUSIÓN

En el resultado de correlación entre el IFSF y PHQ-9 la correlación fue débil, por lo que se procedió a realizar el análisis de manera dicotómica, formando dos grupos: mujeres con y sin disfunción sexual, según el IFSF menor o igual a 26.55. Al realizar la correlación entre el IFSF (pacientes con disfunción sexual) y el PHQ-9, sí se obtuvo un resultado significativo con $p=0.005$.

Desde tiempos remotos, y hasta en la actualidad, el médico tratante suele no interesarse en la vida sexual de la paciente que acude a la consulta de Psiquiatría, por diversos motivos, como el no estar capacitado para identificar alguna alteración, por temor a ser catalogados como “morbosos” o bien, porque hasta un 85% de las pacientes no llegan a manifestar durante la consulta las alteraciones que pueden presentar en esta área tan importante de la sexualidad ⁽³²⁾. Al aplicar el IFSF se intentó crear un ambiente de confianza con las participantes y fue grato observar que muchas de ellas estuvieron interesadas en el tema, e incluso sacaron a relucir dudas que tenían sobre su funcionamiento sexual. De la muestra total, se obtuvieron a 92 pacientes (68.6%) con presencia de algún tipo de disfunción sexual, este porcentaje concuerda con los reportes a nivel mundial en donde va desde un 20% hasta un 70% ⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾⁽²⁹⁾.

También se realizaron correlaciones con las variables confusoras en donde solamente la edad resultó ser significativa ($p=0.0681$) para la presencia de disfunción sexual, lo que concuerda con algunos estudios realizados que indican que a mayor edad, mayor riesgo de presentar algún tipo de disfunción sexual⁽³²⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾. En los resultados de regresión logística encontramos que hay un riesgo de hasta dos veces de presentar disfunción sexual cuando hay presencia de Trastorno Depresivo Mayor, tal y como ha sido reportado por diferentes autores en donde se menciona que “los problemas sexuales en pacientes con depresión son aproximadamente el doble que en los controles (50% frente a 24%)”⁽²⁹⁾. Esto corrobora nuestra hipótesis, donde la presencia de disfunción sexual está relacionada con la presencia de Trastorno Depresivo Mayor.

El presentar alteraciones en el deseo y en el orgasmo también resultaron ser factores de riesgo en la muestra obtenida para presentar disfunción sexual, con un OR de 7 y 69, respectivamente. En lo referente al deseo se podría explicar debido a que la alteración del mismo es la principal disfunción sexual, llegando a presentarse desde un 8 hasta un 40% de las mujeres, y muchas veces no se encuentra relacionado con ninguna patología de base y puede verse alterado por distintos factores que en este trabajo no fueron valorados como los cambios

neuroendocrinos, abuso y trauma sexual en la infancia, distorsiones de la imagen corporal, características de la personalidad, disfunción sexual en la pareja, problemas financieros y problemas en la relación de pareja, siendo este factor, considerado por varios autores, como el principal riesgo ya que no debemos olvidar que la respuesta sexual en la mujer es circular, y que la mayor parte del tiempo estará en la neutralidad⁽⁵⁷⁾, y se necesitará de un período de intimidad con su pareja para que así aparezca la fase de excitación, que conllevará a la fase del deseo sexual.⁽⁷⁾

Las alteraciones en el orgasmo se han relaciona fuertemente a la presencia de disfunción sexual. Se considera que es la segunda disfunción sexual más frecuente que pueden presentar las mujeres. En esta investigación no fueron evaluadas algunas variables que como en el deseo, pueden verse influenciadas. Cuando un dominio de la respuesta sexual femenina se ve afectado, es muy posible que haya otros que estén también deteriorados, por lo tanto si una mujer es incapaz de sentir orgasmos, es frecuente que tampoco disfrute con otros aspectos del juego amoroso y pierda también gran parte de su deseo sexual, por lo que ambas variables podrían estar relacionadas. Sin la presencia de uno, no existe el otro⁽⁵⁸⁾.

El estado civil tampoco resultó significativo, Del Pilar Andrea et al⁽⁴⁷⁾, reportaron que un matrimonio con una duración de más de 10 años era un factor de riesgo importante para la presencia de disfunción sexual en mujeres. En el caso de nuestra muestra, la mayoría se encontraban en una relación de noviazgo y con una duración de la relación mayor a 3 tres años pero menor a 10; sin embargo sí se observó que aquellas que llevaban más de tres años de relación tuvieron una frecuencia más alta de disfunción sexual (N=43, 46.7%) por lo que probablemente si se hiciera la determinación de estos factores unos años más tarde en esta población, pudiese haber un resultado significativo. Un nivel de escolaridad bajo también se ha relacionado con la presencia de disfunción sexual, en nuestro caso la mayoría de las pacientes tenían un nivel de estudios de Licenciatura, pudiendo esto ser un factor por el que no se encontró significativo ⁽⁴⁹⁾. La religión también ha

sido considerada como un factor de riesgo para disfunción sexual, hasta 6.5 veces. Esto debido a ideas erróneas de que la sexualidad y el sexo son malos y pecaminosos. En esta nuestra muestra no se encontró como factor de riesgo la religión a pesar de que 66 pacientes (71.7%) eran católicas y tuvieron disfunción sexual por lo que posiblemente hayan sido otros factores los que estuvieron implicados en este resultado como los rasgos de temperamento rasgos de personalidad, la interacción con el medio, la familia, la pareja y los pares ⁽⁴⁷⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾.

La mayoría de la muestra obtenida no tenía hijos por lo que no se pudo encontrar a esta variable como un factor de riesgo para la presencia de disfunción sexual, en comparación a otros estudios en donde se reporta que el tener dos hijos o más sí es un factor de riesgo⁽⁵²⁾. El método de planificación familiar tampoco fue significativo, al igual que en la mayoría de los estudios que se han realizado, esto puede deberse a la naturaleza multifactorial de la sexualidad femenina⁽⁵³⁾.

No hubo ninguna relación significativa entre la presencia de alguna comorbilidad y la disfunción sexual, ya que la mayoría de las pacientes no presentaban ninguna otra enfermedad además del Trastorno Depresivo Mayor. En otros estudios que se han realizado se ha visto que el padecer Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólico y alteraciones en el eje tiroideo están relacionadas con la presencia de disfunción sexual femenino⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Dentro de las fortalezas:

- ✓ Nunca se había valorado con anterioridad este rubro de la sexualidad en pacientes femeninas con Trastorno Depresivo Mayor de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, por lo un servicio multidisciplinario de consejería sexual destinado a estas pacientes mejoraría de manera importante su salud sexual y su calidad de vida.

Dentro de las limitaciones:

- ✓ No se evaluaron más variables que pueden considerarse como factores de riesgo para la presencia de disfunción sexual, como por ejemplo la calidad de la relación de pareja, el antecedente de abuso sexual o la presencia de alguna disfunción sexual primaria.
- ✓ Al tratarse de un estudio transversal, y por el tipo de instrumentos utilizados puede ser no contestado con veracidad por parte de los participantes, pese al anonimato de sus respuestas, o bien por falta de conocimiento sobre el tema.

Se espera que esta investigación ayude a los profesionales de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, a tener conciencia de la complejidad de la disfunción sexual y su asociación con múltiples factores de riesgo y variables de la salud, en el caso nuestro, el Trastorno Depresivo Mayor como un factor de riesgo. Por otra parte se propone ampliar el estudio de los trastornos sexuales, más allá de las pacientes con depresión, ya que es un tema poco abordado en el país.

CONCLUSIONES

- Hay un sinnúmero de factores de riesgo para la presencia de disfunción sexual femenina, pero el primer lugar son los que no tienen un origen orgánico.
- El riesgo de que una paciente con TDM presente disfunción sexual es de dos veces más que quienes no lo padecen.
- La búsqueda de disfunciones sexuales en pacientes deprimidas debe ser imprescindible, y viceversa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arango de Montis I. Historia breve de la sexología clínica en occidente. In: Sexualidad Humana. 2008. p. 5.
2. Rubio Auriolés E. Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala.; 2000.
3. Guasch O. Para una sociología de la sexualidad. Rev Esp Invest Sociol. 1993;(64):105.
4. Auriolés DER. Lo que todo clínico debe saber de sexología. Vol. 148. 2014. 148–162 p.
5. Rubio Auriolés E. Disfunciones sexuales de la mujer. In: Lo que todo clínico debe saber de Sexología. Ciudad de México.; 2014. p. 30–6.
6. Boadas H. Masters of Sex y la sexología. Cuad la Fund Dr Antonio Esteve. 2013;(35):89–97.
7. Camacho-yLópez SM, Chávez-Martínez LC, Martínez-Campos JF, Padrón-Arce A, Rivera-Suárez EE, Tapia-Rodríguez RA. Sexología basada en evidencia: la respuesta sexual humana y sus disfunciones. XIKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan. 2022;10(20):18–26.
8. Granero M. Sexología basada en la evidencia: historia y actualización Evidence-Based Sexology: History and Current Status. Rev Costarric Psicol [Internet]. 2014;33(2):179–97. Available from: <http://www.rcps-cr.org>
9. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. Arch Sex Behav. 2013;42(6):915–33.
10. Sánchez-bravo C, Morales-carmona F. D isfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. 2005;19(3):152–60.
11. Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. Medwave. 2009;9(10):1–6.
12. Bravo CS, Meléndez JC, Ramirez SM, Gómez López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. Salud Ment. 2005;28(4):74–80.
13. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB C-CM. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. Rev Mex

- Urol. 2008;68(2):98–102.
14. Richard D. Hayes, BSc, Catherine M. Bennett, Christopher K. Fairley, MBBS, PhD L, Dennerstein, MBBS P. What can Prevalence Studies Tell Us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction? *J Sex Med.* 2006;3:589–95.
 15. Bravo L, Meléndez A, Martínez R GC. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Medigraphic Salud Ment.* 2012;28(4):74–80.
 16. Asociación Psiquiátrica Americana. Disfunciones Sexuales. In: Publishing. AP, editor. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* 2013. p. 227–30.
 17. Brotto LA et al. Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *J Sex Med.* 2008;7(1):586–614.
 18. Guarín-Serrano R, Cadena-Afanador L, Mujica-Rodríguez AM, Ochoa-Vera ME, Useche-Aldana B. Prevalence of orgasm in female university students in Bucaramanga (Colombia), 2013. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2014;65(4):330–7.
 19. Becerra-Alfonso YA. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. *Rev los Estud Med la Univ Ind Santander* [Internet]. 2015;28(3):267–72. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a01.pdf>
 20. González LMS, Blanco EDD, Ortega LR, Moraguez DM. Dispareunia and vaginism, sexual disorders due to pain. *Rev Cuba Med Mil.* 2020;49(3):1–22.
 21. INEGI. *Salud Mental.* [Internet]. 2017. Available from: https://www.inegi.org.mx/temas/salud/#Informacion_general
 22. Esquinca J, Gacía A, Platas E, Rodriguez D, Zamora M, Santillana S. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en el Adulto. In: *Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en el Adulto Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2015. p. 1–64. Available from: http://www.infomedicsa.com/panamajournals/pdf/PJ_RMDP_1998_023_001-8.pdf
 23. Vercellino M, Philippi R. A comprehensive review of the use of antidepressants

- drugs in major depressive disorder and sexuality. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2020;58(4):400–12.
24. Baldwin D. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull.* 2001;57(1):81–99.
 25. Pérez Rivera R. Respuesta Sexual Humana y Disfunciones Sexuales. p. 1–8.
 26. Lin CF, Juang YY, Wen JK, Liu CY, Hung Dr. CI. Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Med J.* 2012;35(4):323–31.
 27. Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, Montejo L, González-García N, Pérez J, et al. A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Arch Sex Behav.* 2019;48(3):923–33.
 28. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, Matthews K, Kravitz HM, Powell LH. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004;33(6):539–48.
 29. Marina P, García-Portilla MP, Jiménez L, Palicioc L, Trabajo P, Bobes J. Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014;76(3):161.
 30. Amelia S, Villar C. Disfunciones sexuales femeninas. Guía de práctica clínica. *Col Mex Espec en Ginecol y Obstet.* 2014;82–100.
 31. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *J Am Med Assoc.* 1999;281(6):537–44.
 32. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: Focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477–86.
 33. Kroenke K SR. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32(9):509–15.
 34. Spitzer RL, Kroenke K WJ. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999;282:1737–44.
 35. Löwe B, Schenkel I, Carney-Doebbeling C, Göbel C. Responsiveness of the

- PHQ-9 to psychopharmacological depression treatment. *Psychosomatics*. 2006;47(1):62–7.
36. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):53–60.
 37. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T E al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010;8:348–53.
 38. Sarabia SV. Sintomatología depresiva según PHQ-9 y rendimiento académico en estudiantes de primero a quinto año de medicina. 2017;55.
 39. Kroenke K. Enhancing the clinical utility of depression screening. *C Can Med Assoc J*. 2012;184(3):281–2.
 40. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry [Internet]*. 2010;32(4):345–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
 41. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P et al. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad en la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118–25.
 42. De La Hoz FJE. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):9.
 43. Rosen R, Brown C, Heiman J et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) A multidimensional Self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191–208.
 44. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, Nappi RE, Briganti A CR et al. Women's sexual dysfunction: A pathophysiological review. *BJU Int*. 2004;93(8):1156–64.
 45. Ortiz O, Sánchez S, De M, Vicenti M. Disfunción sexual femenina en atención primaria: estudio de prevalencia. *Med Gen y Fam*. 2012;1(2):71–8.
 46. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales

- masculinas y femeninas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Ment* [Internet]. 2005;28(4):74–80. Available from: <http://www.redalyc.org/html/582/58242808/>
47. Muñoz D ADP, Camacho L PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(3):168–80.
 48. Haro Vilela MJ, Sanizaca Saetros C. Aspectos biológicos y psicosociales que afectan la sexualidad en mujeres mayores de 40 años atendida en el centro de salud Cisne II. 2018;35–48.
 49. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*. 2016;13(2):153–67.
 50. Artilés Pérez V, Gutiérrez Sigler MD, Sanfélix Genovés J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Aten Primaria* [Internet]. 2006;38(6):339–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13093371>
 51. اع ربه. Sexualidad Humana الفريد العقد. Vol. №3, Вестник Казнму. 316AD. 400 p.
 52. Díaz-vélez C, Samalvides-cuba F. Peru Antecedente. 2017;82(4):386–95.
 53. de Castro Coelho F, Barros C. The Potential of Hormonal Contraception to Influence Female Sexuality. *Int J Reprod Med*. 2019;2019:1–9.
 54. Hernández-Ramírez M, Baez-Hernández FJ, Morales-Nieto A, Nava-Navarro V, Zenteno-López MÁ, Compean-Ortiz LG. Factores fisiológicos, función y disfunción sexual en mujeres con diabetes tipo 2. *Acta Univ*. 2020;30:1–10.
 55. García P. Disfunciones Sexuales Y Cardiopatía. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2019. 1689–1699 p.
 56. Disfunción sexual persistente. *Butll Groc* [Internet]. 2018;31(2). Available from: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg312.18e.pdf>
 57. Herms, Erika. La relación de pareja como factor etiológico del deseo sexual hipoactivo. V Congr Int Investig y Práctica Prof en Psicol [Internet]. 2013; Available from: <https://www.aacademica.org/000-054/221>

58. Cañones P, Aizpiri J, Barbado J, Fernández A, Gonçalves F, Rodríguez J, et al. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. *Med Gen.* 2002;916–22.

ANEXOS

ANEXO I. CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"



CPDENP/D/SM/CEI/ 1 1 3 9 /2022
29 de marzo de 2022
Código: 16S.2

MEMORÁNDUM

ASUNTO: Dictamen de protocolo

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.

DRA. MARÍA FERNANDA CUERVO LEDESMA
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

El comité de Ética en Investigación en sesión ordinaria del día 25 de Marzo del presente año le informa el resultado de la revisión del protocolo: "Asociación de disfunciones sexuales femeninas en pacientes con trastorno depresivo mayor", encontrando el consentimiento informado continua siendo muy extenso, se solicita resumir sin omitir los elementos fundamentales del mismo, se dictamina su autorización con número de registro CEI-CPENP-22-01. No omito recordar su compromiso de entregar avances del proyecto así como el informe de resultados.

Lo anterior con sustento en la Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta Edición 2015. DOF. Lunes 11 de Enero de 2016 y al procedimiento interno de revisión de protocolos.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

MEyAS. MARIA MERCEDES PÉREZ BETANCOURT

DIRECTO

Elaboró

MEyAS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Secretaria del Comité de Ética en Investigación

Revisó

ME y AS. Maria Mercedes Pérez Betancourt
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO: 1 hoja

c.c.p. Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez.- Encargada de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c.c.p. Dra. Laura Elena Pérez Ramos.- Jefa de Educación e investigación de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c.c.p. Archivo y Minutario.



06 ABR. 2022

ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

PACIENTE ADULTO

TÍTULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
ASOCIACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	
Nº REGISTRO DEL PROTOCOLO AUTORIZADO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	PERIODO DE EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO AUTORIZADO
INVESTIGADOR PRINCIPAL	ADSCRIPCIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
Dra. María Susana Juárez Tobías	Médico adscrito del Departamento de pediatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
CO-INVESTIGADOR	ADSCRIPCIÓN DEL CO-INVESTIGADOR
Dra. María Fernanda Cuervo Ledesma	Médico residente de la Especialidad en psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” U.A.S.L.P

El Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí junto con la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” realiza este estudio de investigación con el objetivo de evaluar la asociación de las disfunciones sexuales femeninas con la presencia de Trastorno Depresivo Mayor. En este estudio se incluirán todas las mujeres que acudan a consulta al Servicio de Urgencias de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”

INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPANTE

Las disfunciones sexuales son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una

vida erótica plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja. Estas son causadas por gran número de causas, entre las que se encuentran factores psicosociales, enfermedades médicas generales, trastornos psiquiátricos así como tratamientos psiquiátricos y no psiquiátricos. Dentro de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que causan estas disfunciones se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor el cual supone una pérdida del interés general, con dificultad para experimentar experiencias placenteras, incluyendo el interés sexual. Usted ha sido invitada a participar en este estudio y consideramos muy valiosa su participación. En este estudio de investigación se medirá su función sexual y la presencia o no de trastorno depresivo mayor para determinar cuál es la asociación entre ambas.

PROCEDIMIENTOS A LOS QUE SE SOMETERÁ LA PARTICIPANTE

Su participación en este estudio de investigación es completamente voluntaria y si usted acepta participar, le pediremos que lea cuidadosamente el presente documento de consentimiento informado y que haga todas las preguntas necesarias a la médica investigadora responsable, la Dra. María Fernanda Cuervo Ledesma, para que pueda resolver sus dudas. Cuando ya no tenga alguna duda con respecto a lo que se hará en este estudio. Si acepta participar en este estudio le pediremos que firme su aceptación de participar en la hoja de consentimiento. Durante su participación de le realizarán algunas preguntas referentes a su edad, estado civil, religión, escolaridad, presencia de alguna enfermedad, así como preguntas relacionadas a su vida sexual y su salud mental mediante los instrumentos de índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ- 9) que se pueden responder en 10-15 minutos, esto con la finalidad de conocer si usted presenta alteraciones en su salud sexual y mental y poder otorgarle el tratamiento que más se apegue a sus necesidades.

BENEFICIOS PARA LA PARTICIPANTE

Al participar en este estudio, no recibirá remuneración económica alguna, pero se le informará de sus resultados una vez concluida la aplicación de instrumentos, y en caso necesario, se le brindará retroalimentación para mejorar su vida sexual y su estado de ánimo.

POTENCIALES RIESGOS PARA EL PARTICIPANTE

No existen riesgos para su salud al participar en este estudio. Si alguna de las preguntas que le realizarán la hicieran sentir incómoda, tiene el derecho de no responderla.

GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD

La información personal y médica obtenida de usted en este estudio es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación de este proyecto para analizar y complementar los resultados obtenidos y no estará disponible para ningún otro propósito. Todos los datos obtenidos de este estudio se manejarán de manera confidencial y serán utilizados únicamente por el investigador principal y su equipo de trabajo. Su identidad, registro e información serán de igual forma confidenciales aun cuando los resultados de este estudio se publiquen en una revista científica.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y usted ha sido invitada a participar. Usted está en la libertad de negarse a participar en este estudio de investigación; pero si decide participar, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, usted puede revocar o anular el consentimiento que ahora firma. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna forma el trato que reciba en la institución. Su participación es voluntaria.

Está en completa libertad de rehusarse a participar en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación al investigador principal y sin que exista penalización.

De acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí, sus datos personales no podrán tratarse, transferirse o utilizarse para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que sea estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se dé cumplimiento a un mandato legal; sea necesarios por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros. Cualquier otro uso que se requiera para el uso de sus datos o análisis o manejo de sus muestras y/o resultados de los análisis que se describen en este documento, deberá ser informado y solicitado con la debida justificación al Comité de Ética en Investigación de este Hospital, quien determinará la pertinencia de la solicitud y en su caso, autorizará un uso diferente para sus datos, muestras y/o productos derivados de sus muestras y/o resultados. Siempre en apego a los lineamientos y normas legislativos nacionales e internacionales y en beneficio y protección de la integridad de los actores participantes.

Existen instituciones u organismos mexicanos como la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitario. (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) o incluso el Comité de Ética en Investigación (CEI) de este hospital, que se encargan de vigilar el buen manejo de los datos personales y médicos que usted y los demás pacientes han autorizado para que sean utilizados en la realización de estudios de investigación como el presente. Estas instituciones u organismos pueden solicitar en cualquier momento a los investigadores de este estudio, la revisión de los procedimientos que se realizan con su información y con sus mediciones, con la finalidad de verificar que

se haga un uso correcto y ético de los mismos; por lo que podrán tener acceso a esta información que ha sido previamente asignada con un código de identificación, cuando así lo requieran.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se considera de nulo riesgo debido a que los investigadores responsables de este estudio no tomarán decisiones referentes a sus posibles diagnósticos y únicamente le solicitarán los autorice a medir su función sexual y la presencia o no de trastorno depresivo mayor. Se le entregará una copia de este consentimiento informado, firmada por el investigador responsable donde se incluyen sus datos de contacto y los datos del Comité de Ética en Investigación de este hospital para aclarar cualquier duda que pudiese surgir.

COMPROMISO DE RESPUESTA A PREGUNTAS Y DUDAS

Para realizar cualquier pregunta, duda o aclaración sobre este el estudio de la asociación de disfunciones sexuales femeninas con el trastorno depresivo mayor puede comunicarse con: Dra. María Susana Juárez Tobías Médico adscrito del Departamento de pediatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” Av. Venustiano Carranza 2395, Zona Universitaria San Luis Potosí, S.L.P. C.P. 78290
Tel: 444 834 2766 27

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si usted acepta participar de manera voluntaria en este proyecto de investigación, por favor proporcione su nombre, datos de contacto, fecha y firma en este documento en la parte inferior. Si usted firma significa que, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo, “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, donde se señala que, en toda investigación donde el ser humano sea objeto de

estudio, debe predominar el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, así como a La Declaración de Helsinki, acepta lo siguiente:

1. Se me ha dado la información completa y adecuada en forma verbal y por escrito sobre el objetivo del estudio y se me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y conciso.
2. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento y terminar mi participación en el estudio en cualquier momento sin perjudicarme.
3. Es mi responsabilidad aclarar cualquier duda en relación a mi participación en este estudio con las autoridades correspondientes. He hecho todas las preguntas a la persona que realiza el proceso de consentimiento y he recibido respuestas satisfactorias.
4. Soy mayor de edad y legalmente capaz de dar este consentimiento.
5. Acepto participar en esta investigación de manera voluntaria sin que me hayan presionado u obligado. Entiendo que mi negación a participar o la discontinuación de mi participación en cualquier momento, no implicará penalidad o pérdida de beneficios a los que de otra forma tengo derecho.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información obtenida a partir del presente estudio puede ser utilizada para la publicación de estos resultados con fines académicos como parte de la divulgación científica y como apoyo a la práctica clínica, pero que en todo momento se utilizará un código asignado para mantener mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.
7. Me han explicado que la información personal y clínica que proporcione será privada y se manejará en forma confidencial ya que se utilizará un número de identificación para mantener mi anonimato.
8. Los investigadores que participan en este proyecto se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en el momento en el que lo solicite y me entregarán una copia de este documento de consentimiento informado.

Por medio del presente documento de consentimiento informado acepto participar

en el estudio médico titulado **“ASOCIACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR”** de manera libre y voluntaria

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS CLÍNICOS

Se le solicita que indique su acuerdo o desacuerdo para que los investigadores responsables de este proyecto puedan utilizar los datos clínicos, de manera anónima para la realización de este protocolo de investigación, cuyos objetivos y procedimientos se le han explicado y que usted de manera libre y voluntaria les ha proporcionado.

Marque con una X su respuesta:

_____ Sí, doy mi autorización a los investigadores que participan en este proyecto para el uso los datos clínicos que les he proporcionado en la investigación que me han explicado.

_____ No doy mi autorización a los investigadores que participan en este proyecto para el uso los datos clínicos que les he proporcionado en la investigación que me han explicado.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	PARENTESCO
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL	

NOMBRE DEL TESTIGO 1	FIRMA DEL TESTIGO 1
FECHA	PARENTESCO
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 1	

NOMBRE DEL TESTIGO 2		FIRMA DEL TESTIGO 2	
FECHA		PARENTESCO	
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 2			

(Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento informado) INVESTIGADOR PARTICIPANTE EN EL PROTOCOLO	

Dra. María Susana Juárez Tobías		Dra. María Fernanda Cuervo Ledesma	
INVESTIGADOR PRINCIPAL		CO-INVESTIGADOR	
Adscrita del departamento de pediatría del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" CÉDULA PROFESIONAL: 13216		Médico residente de psiquiatría de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña" CÉDULA PROFESIONAL: 11033671	

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto a la Investigadora Principal, la doctora María Susana Juárez Tobías, que es mi voluntad revocar el consentimiento informado que he aceptado el día _____ para participar en el protocolo de Investigación denominado **“ASOCIACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR”**. Es mi derecho solicitar que mis datos clínicos y personales, así como los resultados de las pruebas que me han realizado hasta el momento sean eliminadas de esta investigación y ya no sean incluidas en los resultados finales y los reportes o publicaciones que se generarán de este estudio de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE
FECHA DE LA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 1	FIRMA DEL TESTIGO 1
FECHA DE LA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 2	FIRMA DEL TESTIGO 2
FECHA DE LA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

<p>Dra. María Susana Juárez Tobías INVESTIGADOR PRINCIPAL Adscrita del departamento de pediatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” CÉDULA PROFESIONAL: 13216</p>
--

ANEXO III. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	
Estado civil	1: Relación abierta. 2: Noviazgo. 3: Casada. 4: Unión libre
Tiempo de relación	
Número de hijos	0: Ninguno. 1: Un hijo. 2: Dos hijos. 3: Tres hijos. 4: Más de tres hijos.
Religión	0: Ninguna. 1: Católica. 2: Cristiana. 3: Testigo de Jehová. 4: Atea. 5: Otra
Escolaridad	1: Primaria. 2: Secundaria. 3: Bachillerato. 4: Licenciatura. 5: Maestría. 6: Doctorado
Método de Planificación Familiar	0: Ninguno 1: Preservativo.

	<ul style="list-style-type: none">2: Anticonceptivos orales.3: DIU4: Implante subdérmico.5: Salpingoclasia.6: Vasectomía (pareja)
Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none">0: Ninguna1: Diabetes Mellitus.2: Hipertensión Arterial Sistémica.3: Hipotiroidismo4: Síndrome de Ovario Poliquístico.5: Otras
Tratamiento	

ANEXO IV. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

ANEXO V. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

INSTRUCCIONES:

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

DEFINICIONES:

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

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 sexual? | 5 | Casi siempre o siempre |
| | | 4 | Muchas veces (más de la mitad de las veces) |
| | | 3 | Algunas veces (la mitad de las veces) |
| | | 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces) |
| | | 1 | Casi nunca o nunca |
| 2 | En las últimas 4 semanas ¿En qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo sexual? | 5 | Muy alto |
| | | 4 | Alto |
| | | 3 | Regular |
| | | 2 | Bajo |
| | | 1 | Muy bajo o nada |
| 3 | En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual? | 0 | Sin actividad sexual |
| | | 5 | Casi siempre o siempre |
| | | 4 | Muchas veces (más de la mitad de las veces) |
| | | 3 | Algunas veces (la mitad de las veces) |
| | | 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces) |
| | | 1 | Casi nunca o nunca |

4	En las últimas 4 semanas ¿En qué porcentaje estimaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy alto
		4	Alto
		3	Moderado
		2	Bajo
		1	Muy bajo o nada
5	En las últimas 4 semanas ¿Qué confianza tenía de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy alta confianza
		4	Alta confianza
		3	Moderada confianza
		2	Baja confianza
		1	Muy baja o sin confianza
6	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
7	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha lubricado (mojado) naturalmente durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
8	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue lubricarse (mojarse) naturalmente, durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
9	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia mantuvo la lubricación natural hasta completar la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca
10	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue mantener su lubricación natural hasta completar la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
11	En las últimas 4 semanas ¿Cuándo ha tenido estimulación sexual, con qué frecuencia logró el orgasmo (climax)?	0	Sin actividad sexual
		5	Casi siempre o siempre
		4	Muy muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		2	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		1	Casi nunca o nunca

12	En las últimas 4 semanas ¿Cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		1	Extremadamente difícil o imposible
		2	Muy difícil
		3	Difícil
		4	Levemente difícil
		5	Sin dificultad
13	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
14	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	0	Sin actividad sexual
		5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
15	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?	5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
16	En las últimas 4 semanas ¿Cuán satisfecha ha estado con su vida sexual en general?	5	Muy satisfecha
		4	Moderadamente satisfecha
		3	Igualmente satisfecha e insatisfecha
		2	Moderadamente insatisfecha
		1	Muy insatisfecha
17	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Casi siempre o siempre
		2	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		5	Casi nunca o nunca
18	En las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Casi siempre o siempre
		2	Muchas veces (más de la mitad de las veces)
		3	Algunas veces (la mitad de las veces)
		4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
		5	Casi nunca o nunca
19	En las últimas 4 semanas ¿Con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?	0	Sin actividad sexual
		1	Muy alto
		2	Alto
		3	Regular
		4	Bajo

NO COMPLETAR EL CUADRO. ÚNICAMENTE PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR

DOMINIO	PREGUNTAS	RANGO	FACTOR	SCORE MÍNIMO	SCORE MÁXIMO	SCORE
Deseo	1, 2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Excitación	3, 4, 5, 6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubricación	7, 8, 9, 10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasmo	11, 12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfacción	14, 15, 16	0 (ó 1) - 5	0.4	0	6.0	
Dolor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6.0	
RANGO TOTAL DE LA ESCALA				2.0	36.0	

*Test desarrollado por Rosen y cols. 2000.
Validado por American Psychological Association
(APA).