

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA**



**Trabajo terminal
Que para obtener el diploma en la especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

C. Juan Jesús García Fiscal

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

Dra. Vanessa Johanna Caro.

**“Evaluación de la función sexual femenina y masculina
en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar
No. 28, Mexicali”**

Mexicali, Baja California, 08 de abril del 2025

Página. 1

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Alumno tesista: Dr. Juan Jesús García Fiscal Matrícula: 97024671
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28. Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Teléfono: (686) 171-65-68
Correo electrónico: juan.jesus.garcia.fiscal@uabc.edu.mx

Investigador principal/responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro Matrícula: 99264825
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Institución: UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409
Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador temático: Dr. Gabriel López Acosta Matrícula: 97025445
Cirujano urólogo adscrito a consulta de urología en HGZ No. 30 Institución: HGZ No. 30 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Teléfono: (686) 226-90-23
Correo electrónico: Gabriel.acosta89@hotmail.com

Investigador Metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano. Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias Institución: Universidad Autónoma de Baja California.
Teléfono: (686) 225-53-43
Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

Parte	Página
Título	1
Identificación de los investigadores	2
Agradecimientos	3
Índice	4
Abreviaturas, siglas y acrónimos	5
Lista de tablas	6
Lista de figuras	7
Resumen	8
Marco Teórico / conceptual	10
Antecedentes	14
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivos	20
Material y método	21
Definición de las variables y operacionalización	25
Procedimiento para realizar la investigación	28
Análisis estadístico	29
Aspectos éticos	30
Recursos: humanos, financiamiento y factibilidad	32
Cronograma de actividades	33
Resultados	34
Discusión	43
Conclusión y recomendaciones	43
Referencias	44

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMO

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
FSDS-R	Escala de angustia sexual femenina revisada
FSFI	Función Sexual Femenina
IFSF	Índice de función sexual femenina
IIEF-5	Índice Internacional de Función Eréctil
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
MGH-SFQ	Massachusetts General Hospital- Sexual Functioning Questionnaire
UMF	Unidad de Medicina Familiar

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Figura 1	Comorbilidades de los pacientes masculinos participantes	36
Figura 2	Comorbilidades de los pacientes femeninos participantes.	37
Figura 3	Puntuación media del IIEF-5 entre los participantes masculino y prevalencia de disfunción eréctil entre los pacientes participantes.	38
Figura 5	Prevalencia de eyaculación precoz entre los pacientes participantes.	40
Figura 6	Estado de la función sexual de las pacientes participantes	41

RESUMEN

“Evaluación de la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali”

Juan Jesús García Fiscal¹, Vanessa Johanna Caro², Dr. Gabriel López Acosta³, Dr. Alberto Barreras Serrano⁴. IMSS^{1,2,3,4} UABC

Introducción: La salud sexual modifica la calidad de vida de las personas conforme envejecen. La importancia del estudio disfunción sexual es debido a que se sabe ocurre del 22% al 43% de la población general. La disfunción sexual se define como trastornos caracterizados por síntomas clínicamente alterados en la respuesta sexual o la experiencia del placer sexual. Existen varios tipos disfunciones sexuales en el sexo masculino donde se encuentran la eyaculación precoz, disfunción eréctil, la disfunción eyaculatoria y el deseo sexual hipoactivo. La disfunción sexual femenina puede definirse como síntomas sexuales asociados con angustia que persisten durante al menos 3 meses. Se incluye una gama de trastornos comunes que afectan la respuesta sexual de las pacientes. **Objetivo:** Evaluar la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali **Materiales y métodos:** Se utilizaron como herramientas de evaluación el cuestionario IFSF, el Cuestionario de Gindin y Huguet para valorar eyaculación precoz y el cuestionario IIEF-5 para conocer el grado de alteración sexual en hombres. Al obtener resultados, fueron analizados aplicando estadística descriptiva. Los datos se recolectaron y procesaron en el programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** Se incluyeron un total de 373 masculinos y 376 femeninos de edad media 37.5 ± 14.1 años y 37.9 ± 14.9 años. La escolaridad más común fue preparatoria, secundaria y licenciatura en ambos sexos. La ocupación más frecuente fue en ambos grupos la de empleados, y en las mujeres seguida por ama de casa. El estado civil más común fue el casado, seguido por unión libre y solteros. En hombres las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (21%), seguida de ansiedad y depresión con 8 y 5%, respectivamente. En mujeres, la diabetes mellitus (11%), seguida de la hipertensión arterial (10.1%), la ansiedad y

la depresión. Con base al IIEF-5, el 60.9% fueron clasificados sin disfunción eréctil (DE), el 31.1% con DE leve, el 4.5% con DE leve-moderada y el 3.5% con DE moderada. El 86% no eran eyaculadores precoz, el 13% tenían eyaculación precoz ocasional y ninguno presentaba eyaculación precoz que ameritara tratamiento. En mujeres, la puntuación media del índice de función sexual femenino (IFSF) que fue de 27.2 ± 3.2 puntos, y con base en esta puntuación el 33% de las pacientes fueron clasificadas con riesgo de disfunción sexual y el 67% sin riesgo de disfunción sexual. El dominio más afectado en la evaluación de la función sexual femenina fue el deseo con un 66.5 %.

Conclusión: Se encontró que cuatro de cada diez pacientes tenían algún grado de disfunción eréctil, corresponde al 39.1% con algún grado de disfunción eréctil y el 13% tenían eyaculación precoz ocasional. Al evaluar la función sexual femenina se encontró que una tercera parte de ellas presentaron riesgo de disfunción sexual. El dominio más afectado en la evaluación de la función sexual femenina fue el deseo con un 66.5 %. Se obtuvo una asociación entre depresión y presencia de riesgo de disfunción sexual femenina de 6.251 en su valor de OR y se obtuvo una asociación entre hipertensión y presencia de riesgo de disfunción sexual femenina de 2.013 en su valor de OR.

Palabras clave: salud sexual, disfunción sexual masculina, disfunción eréctil, eyaculación precoz, disfunción sexual femenina.

MARCO TEÓRICO

La salud sexual implica un apartado importante en el ámbito de la salud general de una persona, y se ha demostrado que se relaciona con la calidad de vida cuando los seres humanos llegan a la vejez. (1) El mantenimiento de la función sexual normal depende de la coordinación del multisistema humano, que involucra la coordinación del sistema nervioso, el sistema cardiovascular, el sistema endocrino y el sistema reproductivo. Cuando se modifica el sistema mencionado o los aspectos psicosociales, afectará la calidad de la vida sexual normal. (2)

La disfunción sexual es definida como un grupo de trastornos caracterizados por síntomas clínicamente alterados en la respuesta sexual o la experiencia del placer sexual; La disfunción sexual ocurre en 22% a 43% de la población general. (3)

Se han reconocido cuatro tipos de disfunción según el modelo de Masters y Johnson y Helen Kaplan; en el que se explican las fases de deseo, excitación y orgasmo, así como el área de dolor genital. Cada una de las disfunciones se pueden clasificar en simples o complejas; refiriéndose si están relacionados a una sola fase o varias de estas, en primarias o adquiridas; haciendo énfasis al tiempo de inicio; ya sea desde la primera actividad sexual o después de tener una experiencia sexual normal y en situacional o generalizada. (3)

Los trastornos de la función sexual son comunes entre los hombres de todas las edades, etnias y antecedentes culturales. El Estudio de Envejecimiento Masculino de Massachusetts informó que el 52% de los pacientes de sexo masculino entre los 40 a 70 años de edad sufren diversos grados de disfunción sexual. (4)

Se han descrito varias disfunciones sexuales en hombres, incluida la eyaculación precoz, la disfunción eréctil, la disfunción eyaculatoria y el deseo sexual hipoactivo. La disfunción eréctil se define como "la incapacidad constante o recurrente para

lograr o mantener una erección del pene adecuada para las relaciones sexuales” y la eyaculación precoz se define como un tiempo de latencia eyaculatoria más corto por penetración vaginal. (5)

Algunos factores de riesgo relacionados con la disfunción sexual son los factores psicológicos, cirugía, traumatismos, enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes o la enfermedad renal crónica, disruptores endocrinos ambientales, los metales pesados , la radiación, un estilo de vida alterado, condiciones de vida estresante y efectos secundarios medicamentosos pueden causar disfunción sexual siempre que afecten a cualquier parte del ciclo de respuesta sexual. (6)

Un factor de riesgo relevante es la obesidad, en donde se encuentran afectados complejos vasculares, neurales, hormonales y psicológicos. Se cree que el nivel bajo de testosterona, en particular, tiene una relación bidireccional con la obesidad. La naturaleza específica de la relación entre el IMC y la disfunción sexual no está clara. Para algunas personas, las preocupaciones sobre la apariencia física y la imagen corporal pueden tener un impacto negativo en el deseo y la actividad sexual. De manera similar, las limitaciones físicas asociadas con la obesidad extrema pueden hacer que la actividad sexual sea desagradable, difícil, dolorosa o incluso imposible. (7)

El exceso de peso corporal tiene efectos negativos sobre una serie de hormonas que contribuyen al comportamiento sexual y al potencial reproductivo. El tejido adiposo es el sitio de aromatización de esteroides sexuales en el que los andrógenos se convierten en estrógenos. Esta conversión conduce a una deficiencia de andrógenos que puede influir en la disfunción eréctil. (8)

La disfunción sexual femenina tiene un alto impacto en la calidad de vida; puede afectar al 41% de las mujeres en edad reproductiva nivel global, lo cual se considera

una patología de importancia para la salud pública por su alta prevalencia, sin embargo, en México no existe información epidemiológica y se han realizado pocos estudios. (9)

La disfunción sexual femenina es un término general que incluye una gama de trastornos comunes y a menudo una combinación de estos; se define como síntomas sexuales asociados con la angustia que persisten durante al menos 3 meses, ocurren con al menos el 75% de las experiencias sexuales e implica los siguientes trastornos: afecciones en el interés sexual, excitación, orgasmo y la presencia de dispareunia o dolor genital a la penetración. La disfunción sexual tiene una etiología múltiple, que puede ser biológica o por condición orgánica, por condiciones sociales o de origen psicológica. (10)

Los cambios; ya sean fisiológicos o no, en la función sexual de las mujeres están asociados con una serie de factores, que incluyen la edad, bajo nivel educativo, la etapa reproductiva, el estado de salud física; como problemas de tiroides o incontinencia urinaria, emocional; así como la ansiedad y la depresión y factores psicosociales; como la presencia de pareja. (11-13)

En el sexo femenino, las enfermedades crónicas son factores predisponentes para presentar disfunción sexual, ya que estas, pueden llegar a interrumpir la base neurovascular de la fisiología sexual y este es la enfermedad psiquiátrica. Así, la depresión, en lugar de la carga de la enfermedad física o la gravedad de complicaciones, es el factor independiente que determina la presencia o ausencia de disfunción sexual. (14)

Haciendo énfasis en las enfermedades crónicas; tanto la diabetes tipo 1 como la tipo 2 y la hipertensión están asociadas con una tasa de 2 a 3 veces mayor de disfunción sexual femenina. Biológicamente, la diabetes imparte daño microvascular crónico que podría afectar pequeños nervios y vasos sanguíneos en

el clítoris y estructuras asociadas, así mismo la hipertensión por mecanismo similares, lo que conduce a una alteración en la excitación y lubricación. (15)

Ahora bien, durante la vida media de la mujer existen otro tipo de factores influyentes tanto biológicos y psicosociales que a continuación se mencionan. Dentro de los factores biológicos destaca la menopausia, la cual se caracteriza por un agotamiento folicular ovárico e hipogonadismo. La producción disminuida de hormonas sexuales a nivel de ovario, conduce a alteraciones a nivel genital y en el aparato urinario, contribuyendo significativamente a la disfunción sexual, otro componente clave de este síndrome es la vulvovaginitis, la cual puede provocar sangrado vaginal poscoital, ardor vaginal, irritación, dolor e incomodidad durante el acto sexual. (16,17)

Durante la menopausia se experimenta un cambio del microbioma vaginal de lactobacilos productores de ácido láctico a bacterias gram negativas y positivas; este cambio da como resultado un aumento del pH vaginal, cambios inmunitarios locales y un aumento en la síntesis de citocinas que empeora los síntomas de sequedad y ardor vaginal. En el ámbito psicosocial varios factores están interrelacionados, algunos de ellos son: síntomas del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, estrés familiar o laboral, y una historia de trauma, particularmente trauma sexual. (18-20)

ANTECEDENTES

Existen múltiples estudios internacionales dirigidos a determinar la prevalencia de las disfunciones sexuales. Mutagaywa R, et al. (2014) realizado en Tanzania, donde se buscó factores asociados entre los hombres diabéticos para la prevalencia de disfunción eréctil. Se trató de un estudio transversal de base hospitalaria entre 312 pacientes diabéticos que asistieron a la clínica de diabetes en el Hospital Nacional de Muhimbili entre mayo y diciembre de 2011. Entre los resultados se encontró más de la mitad (55,1%) de los pacientes tenían algún tipo de disfunción eréctil (12,8% disfunción leve, 11,5% disfunción moderada y 27,9% disfunción grave). A mayor edad, se presentó un mayor grado de disfunción eréctil en la población estudiada. (21)

Goldstein I, Goren A, Li VW, et al. (2020) estudio realizado en Estados Unidos. Fue un estudio de tipo transversal, retrospectivo en donde “se buscó la actualización de la prevalencia disfunción eréctil en 8 países: China, Brasil, Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos.” (22) Se incluyeron a hombres mayores de 18 años. Se realizaron una serie de comparaciones por pares entre los Estados Unidos y cada uno de los otros países entre los encuestados con disfunción eréctil y sin BPH, de ≥ 18 años de edad, y dentro del subconjunto de masculinos entre 40 a 70 años de edad. Se encontró que la disfunción eréctil con BPH era $< 6,0\%$ en todos los países. La prevalencia general de disfunción eréctil varió del 37,2 % (Brasil) al 48,6 % (Italia). Las comorbilidades relacionadas con la disfunción eréctil fueron menores en países fuera de Europa. (22)

Marquez T, et al. (2019) Se realizó un estudio en Brasil, donde se tenía como objetivo primordial, la evaluación, prevalencia y factores que se pudieran asociar a presentar disfunción sexual con una muestra de 187 mujeres cursando licenciatura en ciencias de la salud. Se usó un estudio transversal utilizándose el IFSF así como la Escala de angustia sexual femenina revisada (FSDS-R). Del 100% encuestadas,

el 23% de los participantes reportaron angustia sexual. Como problema primario se reportó la dispareunia, de manera secundaria problemas para mantener un orgasmo por problemas en la lubricación vaginal, deseo sexual y satisfacción sexual. (23)

Molina D. et al. (2019). En Ecuador, se buscó determinar la prevalencia de la disfunción sexual masculina, así como su caracterización, siendo los evaluados, docentes y personal administrativo de una universidad ecuatoriana. Se utilizó como herramienta de evaluación el cuestionario de Gindin y Huguet y Índice de Función Eréctil. Concluido el estudio se obtuvo una prevalencia de disfunción sexual masculina del 75.4%. Se concluyó que el personal en general tenía una elevada prevalencia de disfunción sexual. (24)

Kevin C. et al. (2020) En Nicaragua. Se realizó un estudio de 97 pacientes en la consulta donde se comprobó una alta prevalencia de disfunción eréctil del 40,2% en hombres de 20 a 59 años. El 71% presentó asociación con factores de riesgo y comorbilidades. Tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas eran los factores de riesgo más frecuentes, los cuales resultaron asociados con 25% y 23% de disfunción eréctil, le sigue obesidad con 20.6 %, y pacientes sedentarios 42.06%. (25)

Espitia De La Hoz F. et al. (2022) En Hospital de San Jose, ciudad de Armenia, Colombia, se realizó un Estudio a 171 hombres mayores de 18 años en la consulta externa de urológica. En ellos, se utilizó como herramienta de evaluación el MGH-SFQ. Se obtuvieron como resultados una pérdida del interés sexual (15,78%) Teniendo una prevalencia total de las disfunciones del 21,63% (26).

Mota M. et al. (2020) Realizado en la ciudad de Mexicali, México. El investigador, realizó un estudio prospectivo, observacional y transversal donde utilizó como herramienta de estudio el cuestionario IIEF-5 y IPSS a una muestra de 350 hombres entre los 40 a 70 años, para evaluar la prevalencia de disfunción sexual relacionado

con la hiperplasia prostática benigna, bajo los lineamientos de la CEI-10 de una institución médica en Baja California en un periodo de 1 mes. El investigador comprobó una severa prevalencia de 65,4 % en el grupo de edad de 61-70(27).

López-Maguey RP et al. (2018) Ciudad de México. Se estudió a una población femenina de edades entre 20 a 60 años de edad, del 2016 al 2017. Como herramienta para su realización, se utilizó el Cuestionario IFSF. La prevalencia de disfunción fue de 17% en <30 años y del 66% en >40 años. Se obtuvieron las siguientes alteraciones: en el deseo (28%), excitación (17%), orgasmo (17%), lubricación (11%) y dolor a la penetración (11%) (28).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las disfunciones sexuales son problemas sumamente comunes en la consulta de atención primaria, tanto en hombres y mujeres de distintas edades sexualmente activos, por lo que es importante estudiar la salud sexual de nuestra población considerándolo un problema de salud pública.

Las consultas más comunes sobre problemas relacionados con sexo en los pacientes masculinos, son la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. En el sexo femenino, las consultas son por trastornos sexuales relacionados a anorgasmia o la falta de deseo sexual, siendo también motivo de consulta del hombre. El médico de primer nivel, conoce a sus pacientes, conoce su entorno y las circunstancias que les rodean, por tanto, el diagnóstico oportuno, y un manejo adecuado de las disfunciones sexuales, nos permite mejorar la calidad de vida de población tanto individual como conyugal.

Existen múltiples estudios internacionales relacionados con alteraciones sexuales tanto en el sexo masculino y femenino, pero en México, falta de información sobre la disfunción sexual y más en nuestra comunidad, es por tanto que debe ser investigada y posteriormente dar seguimiento a cada uno de los pacientes. El médico familiar, ocupa un lugar primordial para la prevención y para detectar estos problemas de salud.

Por lo comentado anteriormente se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 28, Mexicali?

JUSTIFICACION

El estudio de la sexualidad humana es un tema primordial e importante en la calidad de vida de las personas sexualmente activas, sin embargo, frecuentemente en la práctica médica, se puede observar trastornos relacionados con la sexualidad en los distintos grupos etarios, tanto en hombres como mujeres. La importancia del estudio de problemas de la sexualidad en el ser humano, es debido a que son trastornos sumamente frecuentes, tanto que se calcula que el 50% de hombres o mujeres puede llegar a presentarla en algún punto de su vida sexual activa, lo cual enfatiza la prioridad de su estudio en el primer nivel de atención. (29)

En hombres, la incidencia de eyaculación precoz es de alrededor del 30% de la población mundial, siendo considerado como el trastorno sexual más frecuente; Por otro lado, disfunción eréctil se encuentra en un segundo lugar con un 20% de los hombres mayores de 40 años. (30)

En mujeres, la disfunción sexual se calcula en un 22% a 43 % a nivel internacional y su característica principal es la alteración de algún proceso de la sexualidad femenina, específicamente en las fases del deseo, excitación, orgasmo o dispareunia. (31)

Se pretende identificar la prevalencia y buscar la evaluación de la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, todo esto con la finalidad de dar a conocer cuáles son los datos epidemiológicos actualizados sobre la salud sexual en gran parte población afiliada a esta institución y que repercute en su vida diaria.

Al conocer los resultados de la situación relacionada con la función de la sexualidad de nuestra población, se pudo brindar orientación a los pacientes, referirlos al módulo de planificación familiar, así como con su médico familiar para el tratamiento

de las condiciones que los ameriten ya que son enfermedades que pudieran afectar el bienestar de los pacientes y que pueden ser atendidos por el médico familiar en la consulta externa y en caso de requerirse, se pudieron referir a consulta de segundo nivel.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, situación laboral, orientación sexual, comorbilidades.
- 2.- Evaluar la prevalencia de disfunción eréctil en la población masculina de 18 a 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali mediante la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil.
- 3.- Determinar la prevalencia de eyaculación precoz en la población masculina de 18 a 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali mediante la aplicación del cuestionario de Gindin y Huguet.
- 4.- Determinar la prevalencia de frecuencia de riesgo de disfunción sexual en la población femenina de 18 a 60 años en pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 mediante la aplicación del índice de Función sexual femenina.
- 5.- Asociar en el sexo femenino las comorbilidades y riesgo de disfunción sexual femenina.
- 6.- Asociar en el sexo masculino las comorbilidades con la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio correlacional, prospectivo, observacional y transversal.

Población: Pacientes adscritos a Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar no. 28 de ambos sexos entre las edades de 18 a 60 años.

Periodo: Junio – Septiembre del 2023

Lugar de realización: Unidad de Medicina Familiar no. 28, Mexicali, Baja California.

Tipo de Muestreo: Muestreo no aleatorizado por conveniencia.

Determinación del tamaño de la muestra: Al tratarse de un estudio descriptivo se utilizará la fórmula para población finita. Es importante resaltar que, como se estarán aplicando instrumentos distintos para hombres y mujeres se calculará la muestra por separado.

Hombres:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq} = \frac{(51128)(3.84)(0.402)(0.598)}{(0.0025) (51127) + (3.84)(0.402)(0.598)} = \frac{47197.3121}{128.7406} = 366$$

Dónde:

N = Hombres de 18 a 60 años en la UMF No. 28 = 51,128

Z² = Nivel de confianza al 95% = 1.96

p = Proporción aproximada del fenómeno de estudio = 40.2% (Se consideró el estudio realizado por Kevin C, et al 2020 en Nicaragua, donde la prevalencia fue del 40.2%)²⁵ = 0.402

q = Proporción de la población que no tiene el fenómeno de estudio (1-p) = 0.598

d = nivel de precisión absoluta = 0.05

Mujeres:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq} = \frac{(44506)(3.84)(0.415)(0.584)}{(0.0025)(44505) + (3.84)(0.415)(0.585)} = \frac{41490.9855}{112.1948} = 370$$

Dónde:

N = Mujeres de 18 a 60 años en la UMF No. 28 = 44,506

Z² = Nivel de confianza al 95% = 1.96

S² = varianza de la población en estudio = 41.5% (Se consideró el estudio realizado por López- Maguey en la Ciudad de México en 2018, donde la prevalencia en menores de 30 años fue de 17% y en mayores de 40 66%, por lo que se tomó un valor medio de 41.5%)²⁸=0.415

d = nivel de precisión absoluta = 0.05

Criterios de selección

o Criterios de inclusión:

- Población masculina de 18 a 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali.
- Población femenina de 18 a 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali.

o Criterios de exclusión:

- Paciente con algún trastorno de salud mental que le impida tomar decisiones por sí mismo.
- Paciente con alguna alteración cognitiva que le impida poder responder algún cuestionario.
- Pacientes que no deseen realizar los cuestionarios de evaluación.

o Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas

Instrumentos de medición:

Se utilizaron como herramientas de evaluación el IFSF el cual, para valorar la función sexual en la mujer, el Cuestionario de Gindin y Huguet para valorar eyaculación precoz y el IIEF-5 el cual tiene como propósito el diagnóstico y conocer el grado de Disfunción Eréctil en la persona afectada.

El IFSF validado en el año 2004 con un Test α -Cronbach de $>0,80$. "Consiste en un cuestionario de 19 preguntas, se valoran seis 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 con la actividad 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, y 5: casi siempre. De acuerdo con la validación del artículo "ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER" (2004). Para los ítems 1 y 2 que corresponde al deseo se multiplicara por factor 0.6, el ítem 3 a 6 de excitación se multiplicara por el factor 0.3, los ítems 7 a 10 para lubricación se multiplicara por el factor 0.3, los ítems 11 a 13 para orgasmo se multiplicara por factor 0.4, los ítems 14 a 16 par satisfacción se multiplica por el factor 0.4 y los ítems 17 a 19 para dolor se multiplica por factor 0.4. El puntaje final del IFSF va de 2 a 36 puntos; un resultado menor o igual a 26,5 puntos, o cuando la puntuación de algún dominio es menor a 3,6 puntos, es considerado riesgo de disfunción sexual y cuando es mayor a 26.5 = Índice de función sexual femenino." (51)

El IIFE-5 fue validada en el año 1994 un test α -Cronbach $> 0,8$ en los cinco dominios. "Son una serie de preguntas que constan de cinco apartados con cinco opciones a elegir. El puntaje total es entre los 5 y 25 puntos. En base al puntaje obtenido, se clasifican en Severa (puntuación 5-7), Moderada (8-11), De media a moderada (12-

16), Media (17-21), y No sufre disfunción eréctil (22-25)". (50)

El Cuestionario de Gindin y Huguet, fue validado en 1993, tiene un test α -Cronbach $> 0,8$. "La respuesta debe responder sobre su actividad sexual en los últimos 6 meses, Es un cuestionario que consta de 21 preguntas, donde cada una de ellas, consta de distinto puntaje. Si sumando los puntos de la suma total de los puntos obtenidos de cada pregunta, si <15 puntos: no eyaculador precoz. Entre 15 y 20 puntos: eyaculación precoz ocasionalmente, no requiere tratamiento. Entre 30 y 40 puntos: eyaculación precoz importante, requiere asistencia médica así como terapia. $>$ de 40 puntos: el pronóstico no es bueno." (49)

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Es el tiempo en años que ha transcurrido desde que nace una persona.	La cantidad de años que ha vivido una persona de acuerdo con la fecha de nacimiento.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Caracterización de genitales de una persona, si es hombre o mujer.	Género al que pertenece una persona, hombre o mujer, siendo importante para la incidencia de los trastornos en los distintos sexos.	Cualitativa nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Nivel de estudio de una población determinada.	Grado de estudios hasta donde ha estudiado la persona encuestada.	Cualitativa ordinal	1. Sin estudios 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Maestría 11. Doctorado
Estado civil	Es la situación conyugal de una persona o pareja.	Estado conyugal al momento del estudio.	Cualitativa nominal	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo
Ocupación	Actividad que una persona se desenvuelve en un determinado tiempo por una remuneración monetaria.	Profesión u oficio que se dedica la persona evaluada al momento del estudio.	Cualitativa nominal	1. Al hogar 2. Empleado 3. Pensionado 4. Jubilado
Situación laboral	Estado donde una persona se encuentra laborando o no.	Situación relacionada con su trabajo, donde se sabe si la persona se encuentra con un trabajo actualmente.	Cualitativa nominal	1. Empleado 2. Desempleado
Comorbilidades	Presencia de dos o más patologías o trastornos al mismo tiempo.	Patologías o trastornos mencionados por el individuo al momento del estudio	Cualitativa nominal	1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Cardiopatía 4. Enfermedad reumatológica. 5. Enfermedad tiroides 6. Enfermedad renal 7. Depresión o ansiedad.

				8. Hiperplasia prostática benigna 9. Otros
Disfunción eréctil IIFE-5	Incapacidad de lograr una erección eficaz para conseguir una penetración vaginal completa que permita una relación sexual satisfactoria.	Es la percepción del paciente sobre la situación evaluada mediante el cuestionario para evaluar la disfunción eréctil.	Cualitativa ordinal	1. Severa (5-7) 2. Moderada (8-11) 3. De media a Moderada (12-16) 4. Media (17-21), 5. No D.E. (22-25)
Eyacuación precoz Cuestionario de Gindin y Huguet	Salida o expulsión del semen de manera incontrolada antes de haber realizado una penetración completa o antes que el individuo lo desee.	Es la percepción del paciente sobre su situación sexual al aplicar el cuestionario para evaluar la eyacuación precoz.	Cualitativa ordinal	1. Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz. 2. Entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyacuación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo. 3. Entre 30 y 40 puntos: padece una eyacuación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual. 4. Más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno
Riesgo de disfunción sexual femenina IFSF	Síntomas sexuales femeninos recurrentes y persistentes con alguna alteración de la respuesta sexual.	Es la percepción del paciente ante la aplicación del cuestionario aplicado para evaluar los dominios relacionadas con la actividad sexual.	Cualitativa nominal	1. Riesgo de disfunción sexual = < 26.55 2. Índice de función sexual femenina satisfactoria = > 26.5

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Previa autorización por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud y por la dirección de la UMF. 28 se procedió de la siguiente manera:

Paso 1. Se identificaron a los pacientes a investigar y que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar en los turnos matutino y vespertino.

Paso 2. Se le brindó información de manera general para que nos apoyen con su participación en el estudio.

Paso 3. En caso de que el paciente aceptara participar, en ese mismo momento se solicitó pasar a un consultorio el cual se encuentre asignado para otorgarle la información completa acerca del proyecto de investigación, en que consta su participación, cuáles son sus riesgos y beneficios. Posterior a ello, se explicó de lo que trata el consentimiento informado y si deseó continuar con su participación en el estudio se le solicitó la firma del mismo.

Paso 4. Se empleó una hoja para recolectar datos y el instrumento a utilizar de acuerdo al sexo. Para hombres se utilizó el IIEF-5 y del cuestionario Gindin y Huguet para eyaculación precoz, mientras que para mujeres se utilizó cuestionario de IFSF.

Paso 5. Posterior a la aplicación de cada uno de los instrumentos y al entregar los formatos el paciente, se evaluó el resultado y en caso de contar con alguna problemática en la función sexual masculina o femenina se derivó a la consulta externa de Medicina Familiar con el resultado obtenido.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó un análisis descriptivo para las variables obtenidas.

Para las variables categóricas y cuantitativas discretas obtenidas, se presentaron los resultados a través de gráficas de barra con la finalidad de explicar el comportamiento de las variables dentro del estudio realizado.

Como estadística inferencial para realizar asociaciones se utilizó Chi-cuadrada, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Para obtener la probabilidad de ocurrencia de un evento se utilizó OR con IC 95%.

Los datos se recolectaron y procesaron en el programa estadístico SPSS su versión más reciente la cual se solicitó en área de informática de Facultad de Medicina Mexicali, BC.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio estuvo efectuado según la Declaración de Helsinki y en base a lo establecido por la Ley General de Salud “para la investigación médica en humanos, en el artículo 98, así como lo establecido por la normativa de la Ley General de Salud en lo que respecta a la Investigación para la Salud, junto con las directrices del manual de procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación sanitaria.”(52) Se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, siempre resguardando la privacidad de los pacientes.

Con autorización previa por el Comité Local de Investigación en Salud, CLIS-204, cumpliendo con lo establecido en la reglamentación institucional de investigación en salud y seres humanos, se agrega la Carta de Consentimiento Informado de cada uno de las personas que participaron, para ser incluidos en el estudio, además de la Carta de Autorización del director de la UMF No. 28, Mexicali, BC.

En base a lo referido en el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación” (52) Art. 16, toda información obtenida en el estudio fue protegida de manera confidencial por el alumno tesista e investigador responsable. Cabe destacar que no se registró información personal o fuera del propósito de estudio, por lo que no se dio información de ningún dato personal en informes o resultados, respetando la confidencialidad del paciente en todo momento.

En base al Art. 17 del “Reglamento de la Ley General de Salud en su inciso I, para esta investigación” (52) el riesgo correspondiente es mínimo, ya que es un estudio prospectivo en donde se emplearon procedimientos comunes, sin manipular a los participantes en la investigación con algún tipo de medicamento.

Beneficio del estudio para los participantes

Dentro de los beneficios para el paciente se encuentra la detección oportuna de trastornos en la sexualidad, buscando evaluar la función sexual masculina y femenina, a fin de brindar orientación o en caso de ser necesario, derivarlos a consulta externa de Medicina Familiar para tratamiento de las condiciones que lo ameriten.

Riesgo del estudio para los participantes

Corresponde a una investigación con riesgo mínimo.

Proporcionalidad Riesgo/Beneficio

La presente investigación se consideró con riesgo mínimo. El beneficio que obtuvieron los participantes posteriores al estudio es superior al riesgo, por lo que en la proporcionalidad riesgo/beneficio fue superior el beneficio.

RECURSOS: HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

Alumno tesista: Residente de Medicina Familiar Juan Jesús García Fiscal

Investigador principal responsable: Dra. Vanessa Johanna Caro Asesor temático:
Dr. Gabriel López Acosta

Asesor metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano.

Recursos materiales: Laptop personal, lápices, plumas, hojas blancas, acceso a internet, impresora y cartuchos de tinta.

Recursos financieros: El financiamiento del material fue provisto por el alumno Tesista.

Factibilidad

Se logró llevar a cabo este estudio porque se disponía del material necesario para su realización, en lo que respecta al recurso humano, se contó con investigadores dispuestos tanto en el turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar no. 28, así como el financiamiento necesario a cargo del alumno tesista.

RESULTADOS

Características demográficas de los pacientes masculinos

Los pacientes incluidos tienen una edad media de 37.5 ± 14.1 años, de los cuales el 5.9% tenían escolaridad primaria, el 31.1% secundaria, el 44.4% preparatoria y el 18.6% licenciatura. El estado civil predominante fue el casado con 52.9% seguido de unión libre (19.4%) y de los solteros (16%). La ocupación principal fue de empleados, seguida de los estudiantes [Tabla 1].

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes masculinos

	Valores
Edad (años)	37.5±14.1
Nivel de estudios	
Primaria	5.9(22)
Secundaria	31.1(117)
Bachillerato	44.4(167)
Licenciatura	18.6(70)
Estado civil	
Soltero	16.0(60)
Casado	52.9(199)
Unión libre	19.4(73)
Viudo(a)	3.2(12)
Divorciado(a)	8.5(32)
Ocupación	
Empleado	92(346)
Estudiante	6.9(26)
Pensionado	1.1(4)

Características demográficas de los pacientes femeninos

La edad media obtenida fue 37.9 ± 14.9 años. Tenían nivel educativo de preparatoria el 38.6%, secundaria el 31.4% y licenciatura 20.4%. el estado civil más común fue el casado (52%), seguido de unión libre (21.2%) y de las solteras (15.8%). La ocupación más común fue el de empleadas (76.1%) seguida de las amas de casa 15.0%)[Tabla 2].

Tabla 2. Características demográficas de los pacientes femeninos

	Valores
Edad (años)	37.9±14.9
Escolaridad	
Primaria	9.7(36)
Secundaria	31.4(117)
Preparatoria	38.6(144)
Licenciatura	20.4(76)
Estado civil	
Soltero	15.8(59)
Casado	52.0(194)
Unión libre	21.2(79)
Viudo(a)	2.9(11)
Divorciado(a)	8.0(30)
Ocupación	
Empleado	76.1(284)
Ama de casa	15.0(56)
Jubiladas	1.6(6)
Estudiante	6.4(24)
Pensionado	0.8(3)

Comorbilidades de los pacientes masculinos

Al identificar las comorbilidades de los pacientes masculinos, encontramos que el 37% tenían alguna comorbilidad, y el 63% ninguna. En orden de frecuencia, la mas común fue la hipertensión (21%), seguida de ansiedad y depresión con 8 y 5%, respectivamente [Figura 1].

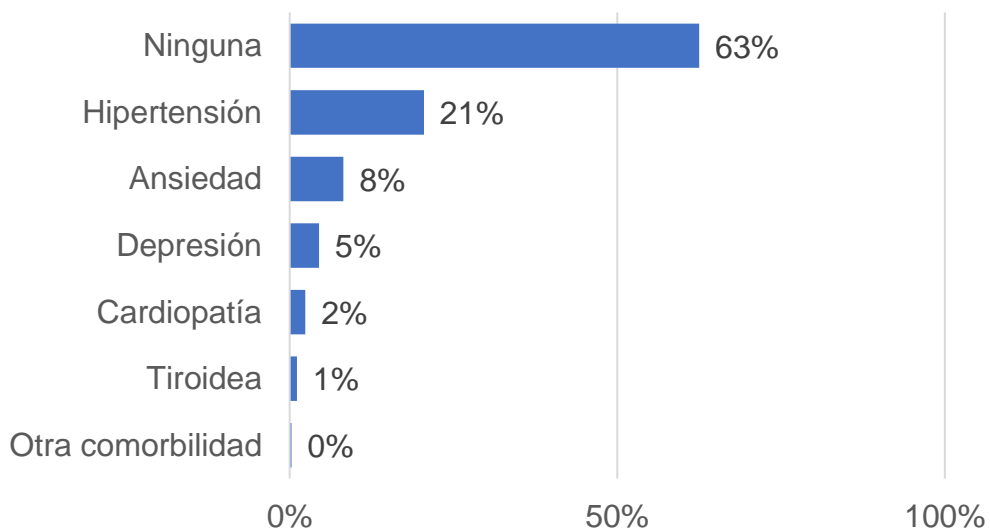


Figura 1. Comorbilidades de los pacientes masculinos participantes.

Comorbilidades de los pacientes femeninos

En cuanto a las comorbilidades de las pacientes femeninos, tuvieron alguna el 35.1%, y las mas frecuentes fueron la diabetes mellitus (11%), seguida de la hipertensión arterial (10.1%), la ansiedad y la depresión. Otras menos frecuentes fueron enfermedad tiroidea, fibromialgia, reumatológica, cáncer de mama y

enfermedad renal crónica [Figura 2].

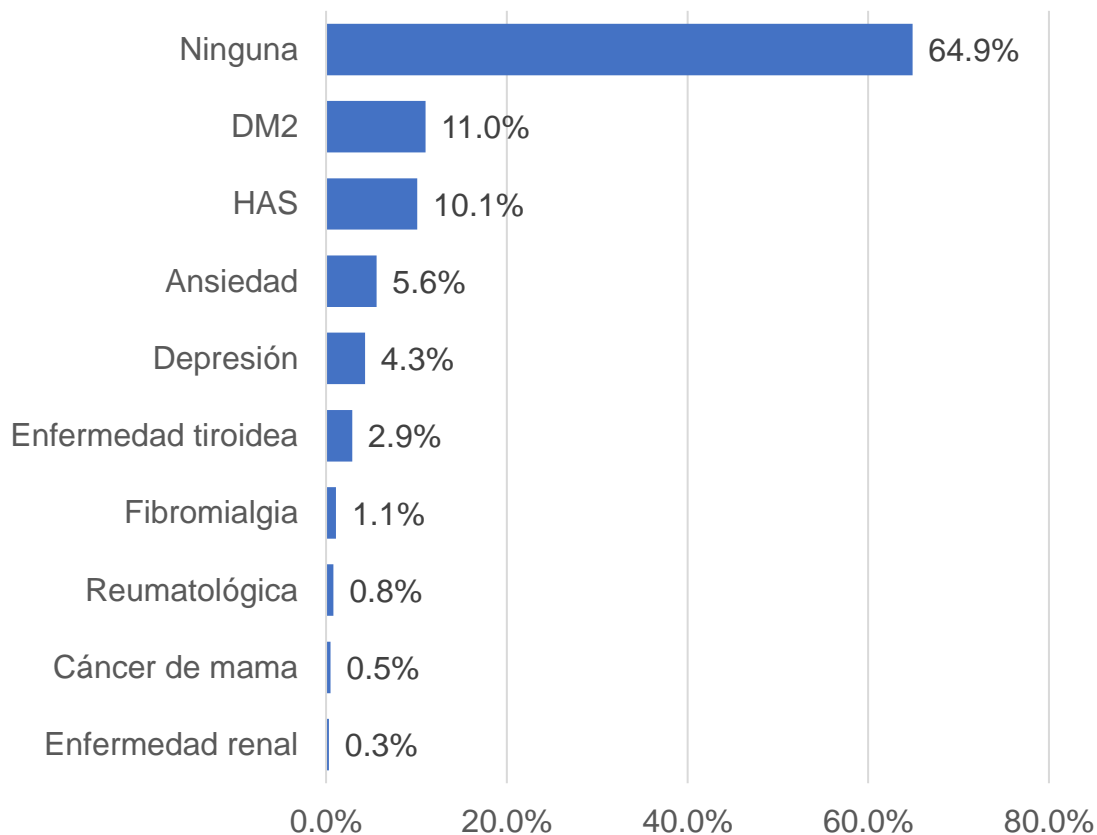


Figura 2. Comorbilidades de los pacientes femeninos participantes.

Puntuación del IIEF-5 de los pacientes masculinos y frecuencia de disfunción eréctil

La puntuación media de los participantes fue 27.2 ± 3.2 [Figura 3], con base en la cual el 60.9% fueron clasificados sin disfunción eréctil (DE), el 31.1% con DE leve, el 4.5% con DE leve-moderada y el 3.5% con DE moderada [Figura 4].

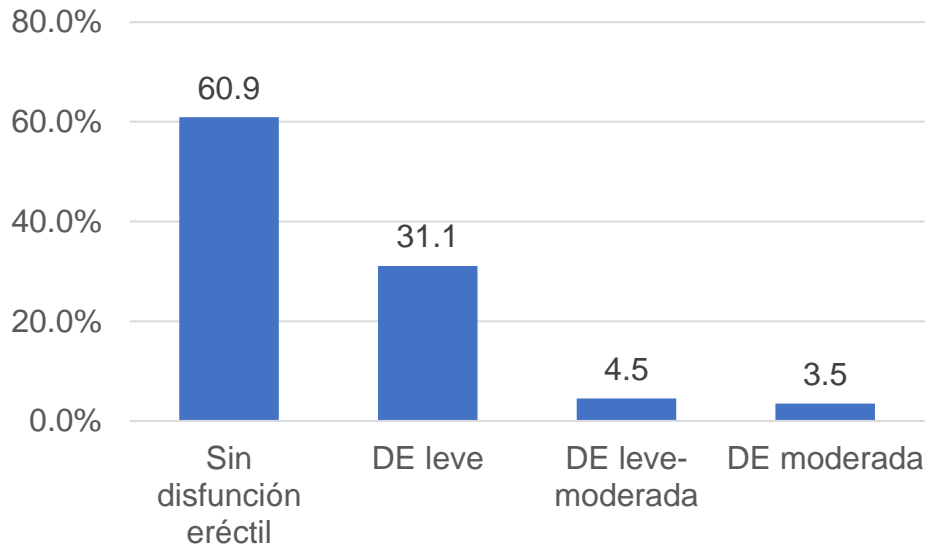


Figura 3. Prevalencia de disfunción eréctil entre los pacientes participantes.

Clasificación de eyaculación precoz de los pacientes según el test Gindin-Huguet

Posteriormente, se clasificó el grado de eyaculación precoz de los pacientes según el test Gindin-Huguet encontrando que, el 86% no eran eyaculadores precoz, el 13% tenían eyaculación precoz ocasional y ninguno presentaba eyaculación precoz que ameritara tratamiento [Figura 5].

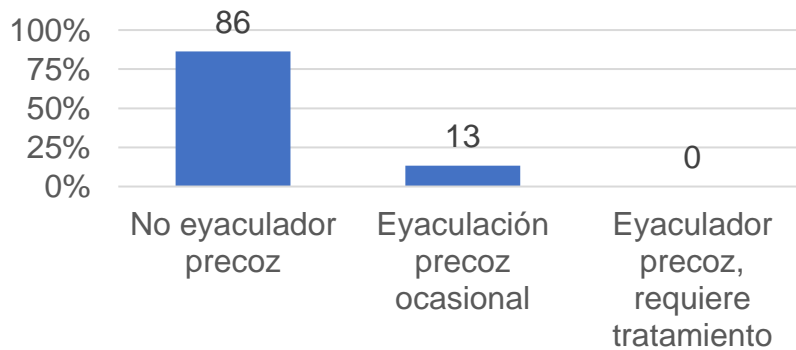


Figura 4. Prevalencia de eyaculación precoz entre los pacientes participantes.

Puntuación del índice de función sexual femenino (IFSF)

Finalmente, se obtuvo una puntuación media de 27.2 ± 3.2 puntos, y con base en esta puntuación el 33% de las pacientes fueron clasificadas con riesgo de disfunción sexual y el 67% sin riesgo de disfunción sexual [Figura 5].

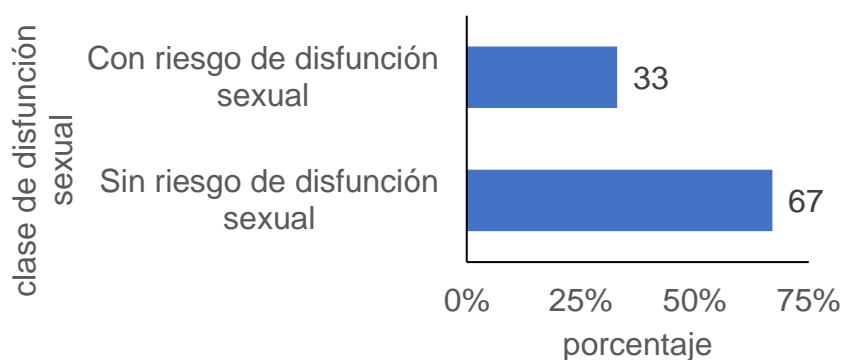


Figura 5. Estado de la función sexual de las pacientes participantes

El 66.5% de las mujeres encuestadas presentaron predominante afección en el dominio del deseo, orgasmo 53.2 %, excitación 34.6 %, lubricación 26.6%, dolor 18.6% y satisfacción 15.7% respectivamente [Tabla 3].

Tabla 3. Dominios mayormente afectados en la evaluación de la función sexual femenina

	%
--	---

Dominio deseo	66.5 (250)
Dominio orgasmo	53.2 (200)
Dominio excitación	34.6 (130)
Dominio lubricación	26.6 (100)
Dominio dolor	18.6 (70)
Dominio satisfacción	15.7 (59)

Se obtuvo una asociación entre depresión y presencia de riesgo de disfunción sexual femenina de 6.251 en su valor de OR, indicando el valor de veces de mayor probabilidad de presencia de riesgo de disfunción sexual femenina ante la presencia de depresión y se obtuvo una asociación entre hipertensión y presencia de riesgo

Tabla 4. Asociación entre comorbilidades y riesgo de disfunción sexual femenina

	Disfunción sexual femenina		Odds Ratio	Intervalo	confianza 95%	p>Chi-cuadrada
	Riesgo	bueno				
Hipertensión						
positivo	17	24	2.013	1.02	3.99	0.04
negativo	63	179	1.0			
Ansiedad						
positivo	2	8	0.710			
negativo	63	179	1.0	0.15	3.43	0.66
Depresión						
positivo	11	5	6.251			
negativo	63	179	1.0	1.02	18.69	0.001
Diabetes						
positivo	1	10	0.284			
negativo	63	179	1.0	0.04	2.26	0.20

de disfunción sexual femenina de 2.013 en su valor de OR, indicando el valor de veces de mayor probabilidad de presencia de riesgo de disfunción sexual femenina ante la presencia de hipertensión. [Tabla 4].

Tabla 5. Asociación entre comorbilidades y eyaculación precoz

	Eyaculación precoz		Odds Ratio	Intervalo	confianza 95%	p>Chi-cuadrada
	Ocasional	No eyaculador				
Hipertensión						
positivo	18	72	1.382	0.74	2.58	0.31
negativo	63	199	1.0			
Ansiedad						
positivo	3	14	1.185	0.32	4.33	0.79
negativo	36	199	1.0			
Depresión						
positivo	1	16	0.35	0.04	2.68	0.28
negativo	36	199	1.0			

Tabla 6. Asociación entre comorbilidades y disfunción eréctil

	Disfunción eréctil		Odds Ratio	Intervalo	confianza 95%	p>Chi-cuadrada
	Presente	No DE				
Hipertensión						
positivo	38	52	1.388	0.86	2.24	0.17
negativo	63	145	1.0			
Ansiedad						
positivo	7	10	1.128	0.42	3.07	0.81
negativo	36	145	1.0			
Depresión						
positivo	1	16	0.101	0.02	0.77	0.027
negativo	90	145	1.0			

En los pacientes masculinos estudiados, no se detectó una correlación entre las comorbilidades y la existencia de disfunción sexual. [Tabla 5 y 6].

DISCUSIÓN

El funcionamiento sexual en los adultos tiene una profunda importancia tanto para el bienestar individual como para las relaciones interpersonales. Las experiencias sexuales positivas favorecen la satisfacción global, la confianza en sí mismo y a un equilibrio mental. (32) Por el contrario, la disfunción sexual o la insatisfacción pueden provocar estrés, ansiedad y relaciones tensas. (33)

En cuanto al estado civil reportados en nuestro estudio, la mayoría eran casados con un 52.9%, lo que es esperado por la edad de los participantes y coincide con el perfil demográfico de la población adulta mexicana obtenida por el INEGI, en donde los casados, seguidos de los que viven en unión libre son los estados civiles más frecuentes. Mientras que, en cuestión de escolaridad los hombres y mujeres participantes concluyeron formación de nivel preparatoria, lo que coincide con 10 años en promedio de escolaridad entre la población mexicana de acuerdo al INEGI, por lo que, los resultados de nuestro estudio podrían aplicarse para la población mexicana de ambos sexos y del mismo rango de edad. (36)

En cuanto a las comorbilidades, una tercera de ambos sexos las presentó. En orden de frecuencia, la más común fue la hipertensión seguida de ansiedad y depresión en hombres, mientras en las mujeres la más común fue la diabetes mellitus, seguida también de hipertensión, ansiedad y depresión. Estas comorbilidades son también las enfermedades más frecuentes en población mexicana. La diabetes por ejemplo afecta al 18% de los mexicanos según la ENSANUT y la hipertensión al 23%. (37, 38)

Analizando nuestro estudio, podemos compararlo con el realizado por González-Cuenca (2012), en México a una muestra de 160 pacientes masculinos, donde se aplicaron 2 cuestionarios de evaluación de la función sexual, el cuestionario de la Encuesta de Salud Urológica Masculina y el IIEF-5. El 33.8% tenía disfunción eréctil, resultados similares a lo obtenido en nuestro estudio en la UMF. 28, ya que se

encontró una prevalencia del 39.1% siendo de eso, el 31.1% con DE leve, el 4.5% con DE leve-moderada y el 3.5% con DE moderada. (44)

Jáuregui-Vélez en el año 2022 realizó un estudio en Tijuana, México, donde se buscó describir el grado de disfunción eréctil en adultos jóvenes, en la cual participaron 286 participantes donde se les realizó el IIEF-5, se encontró DE leve con un 66%, eventualmente distinta a la obtenida en nuestras encuestas obteniendo una prevalencia de disfunción eréctil leve con un 31.1%, y esto se podría deber a la utilización de una muestra menor que la utilizada en nuestro estudio. (45)

Si comparamos nuestro estudio con el realizado por Molina-Reino en el año 2019, el cual utilizó una muestra de 114 hombres en Ecuador de edades entre 20-39 años, en donde la muestra estudiada contaba con una escolaridad de licenciatura en donde se buscó evaluar la disfunción eréctil, diferente al grado de estudio predominante en nuestra muestra la cual era de preparatoria terminada. El 55.5% presentó disfunción eréctil, siendo de tipo leve en un 93.5% muy por encima del 31.1% obtenido en nuestra población además de encontrar una prevalencia de eyaculación precoz del 89.8% presentando eyaculación precoz, 36.2% eyaculación precoz ocasional, 48.1% eyaculación precoz con no buen pronóstico y 15.2% eyaculación precoz importante que requieren terapia, muy por encima de los resultados obtenidos en nuestra muestra masculina, la cual se encontró que del total de la muestra, el 13% tenían eyaculación precoz ocasional en donde ninguno de nuestros encuestados requería tratamiento. (46)

Para la evaluación de la función sexual femenina, se comparó nuestro estudio con el realizado por Molina-Reino en el año 2019, en donde se buscó evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres 132 de profesión médicas, se les aplicó como herramienta el IFSF mismo utilizado en nuestro estudio, la edad media fue de $48,6 \pm 4,5$ años eventualmente muy distinto a la edad media de la población femenina de nuestro estudio con $37,9 \pm 14,9$ años. Se encontró un promedio de índice de función sexual femenina, donde el 46,96% de las mujeres presentó disfunción sexual distinto a nuestros resultados donde se encontró un 33% de riesgo de

disfunción sexual, donde se debe tomar en cuenta la diferencia de edad de los encuestadas para considerar la diferencia de los resultados. (47)

Pinos-Vélez en el año 2019 en Ecuador, donde se aplicó una encuesta a 253 pacientes femeninos con una edad media de 32.8 años \pm 10.8 muy similar a la edad media de nuestro estudio con una edad media de 37.9 \pm 14.9 años, pero muy inferior en cuanto al tamaño de muestra comparándolo con nuestro estudio, reportando una prevalencia de disfunción sexual femenina del 58.1% cifra muy alta comparado con nuestros resultados. Así mismo se reportó que 70% de las participantes presentaron alteración en el deseo sexual, muy cercano al 66.5% obtenido en nuestro estudio. (48)

CONCLUSIÓN

Al evaluar la función sexual masculina se encontró que cuatro de cada diez pacientes tenían algún grado de disfunción eréctil, corresponde al 39.1% con algún grado de disfunción eréctil y el 13% tenían eyaculación precoz ocasional

Al evaluar la función sexual femenino se encontró que una tercera parte de ellas presentaron riesgo de disfunción sexual con base en el resultado del IFSF. 33% de las pacientes fueron clasificadas con riesgo de disfunción sexual y el 67% sin riesgo de disfunción sexual. El dominio más afectado en la evaluación de la función sexual femenina fue el deseo con un 66.5 %.

Se obtuvo una asociación entre depresión y presencia de riesgo de disfunción sexual femenina de 6.251 en su valor de OR, indicando el valor de veces de mayor probabilidad de presencia de riesgo de disfunción sexual femenina ante la presencia de depresión y se obtuvo una asociación entre hipertensión y presencia de riesgo de disfunción sexual femenina de 2.013 en su valor de OR, indicando el valor de veces de mayor probabilidad de presencia de riesgo de disfunción sexual femenina ante la presencia de hipertensión.

RECOMENDACIONES

Nuestros hallazgos revelan la importancia de evaluar la función sexual femenina y masculina en la consulta médica, así como desarrollar estrategias integrales de atención médica, enfatizando la necesidad de comunicación abierta, educación y apoyo para incrementar el bienestar sexual nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reprod Biol Endocrinol* [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];18(1):10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32066450/>
2. Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? *Brain Behav* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];9(12):e01389. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31568703/>
3. Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, Rotim C, Jukić T, Polona Mivšek A. Infertility and sexual dysfunctions: A systematic literature review. *Acta Clin Croat* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];58(3):508–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31969764/>
4. Chen L, Shi G-R, Huang D-D, Li Y, Ma C-C, Shi M, et al. Male sexual dysfunction: A review of literature on its pathological mechanisms, potential risk factors, and herbal drug intervention. *Biomed Pharmacother* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];112(108585):108585. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30798136/>
5. Bates JN, Kohn TP, Pastuszak AW. Effect of Thyroid Hormone Derangements on Sexual Function in men and women. *Sex Med Rev* [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];8(2):217–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30458985/>
6. Kruljac M, Finnbogadóttir H, Bobjer J, Giraldi A, Fugl-Meyer K, Giwercman A. Symptoms of sexual dysfunction among men from infertile couples: prevalence and association with testosterone deficiency. *Andrology* [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];8(1):160–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31325248/>
7. Sarwer DB, Hanson AJ, Voeller J, Steffen K. Obesity and sexual functioning. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];7(4):301–7. Disponible

en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220074/>

8. Ho JH, Adam S, Azmi S, Ferdousi M, Liu Y, Kalteniece A, et al. Male sexual dysfunction in obesity: The role of sex hormones and small fibre neuropathy. *PLoS One* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];14(9):e0221992. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31509565/>

9. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];14:1745506518762664. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29649948/>

10. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];18(1):108. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29929499/>

11. Faubion SS, Parish SJ. Sexual dysfunction in women: Can we talk about it? *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2017 [citado el 27 de abril de 2022];84(5):367–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28530895/>

12. Preda A, Moreira S. Stress urinary incontinence and female sexual dysfunction: The role of pelvic floor rehabilitation. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];32(11):721–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31703185/>

13. Rovere G, Perna A, Meccariello L, De Mauro D, Smimmo A, Proietti L, et al. Epidemiology and aetiology of male and female sexual dysfunctions related to pelvic ring injuries: a systematic review. *Int Orthop* [Internet]. 2021 [citado el 27 de abril de 2022];45(10):2687–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34378143/>

14. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];29(5):631–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29318334/>

15. Corona G, Isidori AM, Aversa A, Bonomi M, Ferlin A, Foresta C, et al. Male

and female sexual dysfunction in diabetic subjects: Focus on new antihyperglycemic drugs. *Rev Endocr Metab Disord* [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];21(1):57–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31863254/>

16. Basson R. Sexual dysfunctions in women: Are androgens at fault? *Endocrinol Metab Clin North Am* [Internet]. 2021 [citado el 27 de abril de 2022];50(1):125–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518181/>

17. Carranza-Lira S, Núñez F de DC. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre- and postmenopausal Mexican women. *Prz Menopauzalny* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];17(1):39–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29725284/>

18. Faubion SS, Fairbanks F, Kuhle CL, Sood R, Kling JM, Vencill JA, et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A cross-sectional study from the Data Registry on Experiences of Aging, menopause, and Sexuality. *J Sex Med* [Internet]. 2020 [citado el 27 de abril de 2022];17(10):1971–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32771351/>

19. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2022];55(9):559. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31480774/>

20. Thomas HN, Neal-Perry GS, Hess R. Female sexual function at midlife and beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];45(4):709–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30401552/>

21. Mutagaywa RK, Lutale J, Aboud M, Kamala BA. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among diabetic men attending diabetic clinic at Muhimbili National Hospital in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Pan Afr Med J*. 2014 Mar 26;17:227. doi: 10.11604/pamj.2014.17.227.2695. PMID: 25170371; PMCID: PMC4145282.

22. Goldstein I, Goren A, Li VW, Tang WY, Hassan TA. Epidemiology update of Erectile Dysfunction in Eight Countries with High Burden. *Sex Med Rev* [Internet]. 2020;8(1):48–58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052119300733>

23. Marques Cerentini T, La Rosa VL, Goulart C da L, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack AC. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women – a cross-sectional study. *Sex Relation Ther* [Internet]. 2020;1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2020.1748592>.
24. Reino M, Mercedes D, Cárdenas T, Patricia J, Del Migrante A, Maldonado J. Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el [Internet]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1100686/7-disfunciones-sexuales-masculinas-ucacue.pdf>
25. Corea K. Prevalencia de Disfunción Eréctil en pacientes de 20 a 59 años atendidos en la Consulta Externa de Urología del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca en el período de Mayo a Octubre del año 2020 [Internet]. *Csuca.org*. [citado el 31 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repositoriosidca.csuca.org/Record/RepoUNANM15882/Details>
26. De La Hoz FJE. Prevalencia y factores asociados al deseo sexual hipoactivo en hombres del Quindío. *Rev Urol Colomb / Colomb Urol J* [Internet]. 2021;30(01):048–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1714724>
27. Mota Chávez M, Vanessa D, Caro J, Raquel D, Sánchez S, Serrano AB. Frecuencia de disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia prostática benigna de la UMF No. 28, Mexicali B.C [Internet]. *Uabc.mx*. [citado el 31 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/8088/1/MED016280.pdf>
28. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA y col. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Urol*. 2018 mayo-junio;78(3):169-175. DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i3.1747>
29. López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado el 20 de junio de

2022];44(9):525–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-deteccion-disfunciones-sexuales-atencion-S0212656712002557>

30. Cohen SD. The challenge of erectile dysfunction management in the young man. *Curr Urol Rep* [Internet]. 2015 [citado el 31 de julio de 2022];16(12):84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563194/>

31. Carrizales L, Centeno Y, Hernández D, Rodríguez, Traslaviña S. Características De La Disfunción Sexual Femenina. [citado el 31 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33599/4/Disfunci%C3%B3n%20Sexual%20Femenina%20.pdf>

32. Stefanou C, McCabe MP. Adult attachment and sexual functioning: a review of past research. *J Sex Med*. 2012;9(10):2499-2507. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x

33. Dunkley CR, Dang SS, Chang SC, Gorzalka BB. Sexual Functioning in Young Women and Men: Role of Attachment Orientation. *J Sex Marital Ther*. 2016;42(5):413-430. doi:10.1080/0092623X.2015.1061075

34. Ueda P, Mercer CH, Ghaznavi C, Herbenick D. Trends in Frequency of Sexual Activity and Number of Sexual Partners Among Adults Aged 18 to 44 Years in the US, 2000-2018. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e203833.

35. Maas MK, Lefkowitz ES. Sexual Esteem in Emerging Adulthood: Associations with Sexual Behavior, Contraception Use, and Romantic Relationships. *J Sex Res*. 2015;52(7):795-806. doi:10.1080/00224499.2014.945112

36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2023. "Demografía y Sociedad". Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/> [20 Noviembre, 2023]. <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>.

37. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, Rivera JA, Romero-Martínez M, Barquera S,
Página. 46

Barrientos-Gutiérrez T. Prevalence of prediabetes and diabetes in Mexico: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):S163-S168.

38. Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, Hernández-Barrera L, Barquera S. Prevalence, treatment and control of hypertension in Mexican adults: results of the Ensanut 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1)S169-S180.

39. Barroso-Aguirre J, Ugarte RF, Pimentel-Nieto D. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum.* 2001;15(4):254-261.

40. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Van Hemelrijck M. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int.* 2019;124(4):587-599.

41. Murillo GG. Eyaculación precoz. *Med Int Mex.* 2010;26(3):250-258.

42. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Martínez Ramírez S, Gómez López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2005; 28(4): 74-80.

43. Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed.* 2021;19(5):421-432.

44. Eduardo G-C, I. V-SC, Mariano SZ, Raúl I-S, B. C-PM, Héctor Q-C, et al. Prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven en México [Internet]. *Medigraphic.com.* 2012 [citado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2012/ur125f.pdf>

45. Jáuregui-Vélez DI, Bermúdez-Villalpando VI, Vidal-Solorzano LC, Castillo-Montes MA, Ochoa MC, Ramírez-Leyva DH. Análisis del grado de disfunción eréctil en adultos jóvenes de Tijuana, México. *Aten Fam [Internet].* 2022;30(1):33–8.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2023/af231d.pdf>

46. Vista de Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019 [Internet]. Edu.ec. [citado el 15 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3115/236>

6

47. Unam.mx. [citado el 15 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000835301/3/0835301.pdf>

48. Vista de Disfunciones sexuales femeninas en la comunidad de Sayausí, Cuenca 2019 [Internet]. Edu.ec. [citado el 19 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3476/291>

3.

49. Gindin LR, Huguet M. Test de Eyaculación Precoz, 1993. En Alcoba S, García-Giralda L, San Martín C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: Organización Médica Colegial. Ed. IM&C, 2004

50. Ceballos M del P, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. Rev Urol Colomb / Colomb Urol J [Internet]. 2015;24(3):185.e1-185.e22. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120789X15000167>

51. Blümel M Juan Enrique, Bínfa E Lorena, Cataldo A Paulina, Carrasco V Alejandra, Izaguirre L Humberto, Sarrá C Salvador. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 2024 Nov 26] ; 69(2): 118-125. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006&lng=es)

[75262004000200006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006)

52. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la F el. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Marzo – septie mbre 2022	Octubr e 2022	Abril - Agost20 23	Septie mbre -2023	Octub re 2023	Noviem bre2023	Febrero 2024
Elaboración del protocolo							
Envío para revisión por comité de investigación y ética							
Recolección de datos							
Capturas de datos obtenidos							
Análisis de resultados							
Elaboración de reporte final							
Presentación final							

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio:	
Fecha:	
Edad:	
Genero: 1.- Femenino, 2.- Masculino	
Estado civil: 1.- Casado 2.-Soltero 3.- Viudo/a 4.- Divorciado	
Ocupación: 1.- Al hogar 2. Empleado, 4.- Pensionado, 4.- Jubilado	
Escolaridad: 1.- Sin estudios, 2.- Primaria incompleta, 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.-Secundaria completa 6.- Preparatoria incompleta 7.- Preparatoria completa 8.- Licenciatura incompleta 9.- Licenciatura completa 10.- Maestría 11-. Doctorado.	
Comorbilidades: 1.-Diabetes mellitus, 2.- Hipertensión arterial 3.- Cardiopatía 4.- Enfermedad reumatológica 5. Enfermedad de tiroides 6.- Enfermedad renal 7.- Depresión 8.- Ansiedad 9. Hiperplasia prostática benigna 9.- Otros	
Puntaje obtenido de cuestionario IFSF: 1. < 26.55 = Riesgo de disfunción sexual 2. > 26.5 = Índice de función sexual femenino satisfactorio	
Puntaje obtenido de cuestionario de Gindin y Huguet: 1. Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz. 2. Entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo. 3. Entre 30 y 40 puntos: padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual. 4. Más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno	
Puntaje obtenido de cuestionario IIFE-5: 1. Severa (5-7) 2. Moderada (8-11) 3. De media a Moderada (12-16) 4. Media (17-21) 5. No D.E. (22-25)	

ANEXO 2 CUESTIONARIO DE GINDIN Y HUGUET*. (49)

Conteste todas las preguntas que se exponen a continuación. Su respuesta debe reflejar con sinceridad los resultados de su actividad sexual en los últimos 6 meses:

Test para detectar eyaculación precoz

1. Edad (5p) Menos de 20 años (4p) 20-25 años (3p) 25-30 años (2p) Más de 30 años
2. Sudoración de las manos antes del acto sexual (2p) Sí (0p) No
3. Palpitaciones y/o sensación de ahogo antes del acto sexual (2p) Sí (0p) No
4. Nerviosismo al pensar cómo le irá el acto sexual (2) Sí (0p) No
5. Frecuencia coital (1p) 3 veces por semana o más (2p) 1-2 veces por semana (3p) 1 vez por semana (4p) 1 cada 15 días más o menos
6. ¿Tiene dificultades para la erección de forma frecuente (no continuamente)? (3p) Sí (0p) No
7. ¿Le resulta imposible decidir el momento de eyacular? (5p) Sí (0p) No
8. Duración habitual de la penetración coital (8p) Menos de 30 segundos (6p) Menos de 1 minuto (4p) De 1 a 3 minutos (1p) Más de 3 minutos (0p) Más de 15 minutos
9. Duración habitual de los juegos previos (9p) Menos de 1 minutos (6p) De 1 a 3 minutos (3p) De 5 a 15 minutos (1p) De 15 a 30 minutos (0p) Más de 30 minutos
10. **¿Suele intentar una segunda relación para compensar el fracaso de la primera?** (2p) Sí (0p) No
11. **¿Evita a menudo el acto sexual propuesto o insinuado por su pareja?** (4p) Sí (0p) No

12. ¿Suele su pareja quejarse sobre la rápida penetración o corta duración del coito?

(4p) Sí (0p) No

13. ¿Eyacula a veces antes de la penetración?

(4p) Sí (0p) No

14. ¿Eyacula a veces mientras está penetrando?

(4p) Sí (0p) No

15. ¿Eyacula a veces antes de los 30 movimientos coitales?

(4p) Sí (0p) No

16. ¿Intenta tener relaciones de forma compulsiva pensando que esta vez le irá muy bien?

(2p) Sí (0p) No

17. ¿Ve mucho más importante dar placer a su pareja que recibirlo?

(3p) Sí (0p) No

18. ¿Suele pensar “en otra cosa” para distraerse y retrasar la eyaculación?

(2p) Sí (0p) No

19. ¿Usa anestésicos, pomadas o condones para “disminuir la sensibilidad del pene”?

(4p) Sí (0p) No

20. Si tras el coito su pareja no llegó al orgasmo, ¿intenta que llegue por otros medios?

(2p) Sí (0p) No

21. ¿Evita que su pareja acaricie, toque o estimule sus genitales?

(4p) Sí (0p) No

Resultados

Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz. **Entre 15 y 20 puntos:** padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo. **Entre 30 y 40 puntos:** padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual. **Más de 40 puntos:** el pronóstico no es bueno

Tabla modificada de Gindin LR, Huguet M, 1993. (49)

ANEXO 3 CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL, IIEF-5 (50)

Instrucciones

- Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles. • Marque el número que mejor describa su situación. • Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta.

En los últimos 6 meses: **¿Cómo calificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?** • Sin actividad sexual 0 puntos • Muy baja 1 punto •

Baja 2 puntos • Regular 3 puntos • Alta 4 puntos • Muy alta 5 puntos

Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente rígidas para la penetración?

- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 puntos • Casi nunca o nunca 1 punto

- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos • Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos • Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos

- Casi siempre o siempre 5 puntos

Durante el acto sexual o coito, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 puntos • Casi nunca o nunca 1 punto

- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos • Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos • Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos

- Casi siempre o siempre 5 puntos

Durante el acto sexual o coito, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?

- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 puntos • Extremadamente difícil 1 punto
- Muy difícil 2 puntos • Difícil 3 puntos • Poco difícil 4 puntos • Sin dificultad 5 puntos

Cuando intentó realizar el acto sexual o coito, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 puntos • Casi nunca o nunca 1 punto
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos • Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos • Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos • Casi siempre o siempre 5 puntos

Resultado D.E: Severa (5-7), Moderada (8-11), De media a Moderada (12-16), Media (17-21), No D.E. (22-25)

Tabla modificada de Ceballos M del P, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. 2015. (50)

ANEXO 4. INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA (51)

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.

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

- 1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?** – Siempre o casi siempre – La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad) – Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca

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

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

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados < 26.55 = Riesgo de disfunción sexual > 26.5 = Índice de función sexual femenino satisfactorio (49)

Tabla modificada de Blümel M Juan Enrique, Binfa E Lorena, Cataldo A Paulina, Carrasco V Alejandra, Izaguirre L Humberto, Sarrá C Salvador, 2004. (51)

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación de la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali"
Lugar y fecha:	IMSS Unidad de medicina familiar No.28 Mexicali, B.C., 2022-2023
Número de registro:	
Justificación y Objetivo del Estudio:	<p>Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación titulado "Evaluación de la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali"</p> <p>En este estudio de investigación, se pretende evaluar la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 con la finalidad de dar a conocer cuáles son los datos epidemiológicos actualizados sobre la salud sexual en gran parte población afiliada a esta institución y que repercute en su vida diaria.</p> <p>Para lograr este propósito, al igual que usted participarán en el estudio otros 262 pacientes de esta unidad.</p>
Procedimientos:	<p>Su participación en el estudio consiste en lo siguiente: al iniciar el estudio, se le brindará información de manera general para que nos apoyen con su participación en el estudio. Se explicará de lo que trata el consentimiento informado y si desea continuar con su participación en el estudio se le solicitará la firma del mismo. Se aplicará la hoja de recolección de datos y el instrumento a utilizar de acuerdo al sexo. Para hombres se utilizará el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) y del cuestionario Gindin y Huguet para eyaculación precoz, mientras que para mujeres se utilizará el Índice de función sexual femenina (IFSF).</p> <p>Se brindará un tríptico para hombre y para la mujer para así conocer sobre la disfunción sexual. Posterior a la aplicación de cada uno de los instrumentos y al entregar los formatos el paciente, se evaluará el resultado y en caso de contar con alguna problemática en la función sexual masculina o femenina se derivará a la consulta externa de Medicina Familiar con el resultado obtenido en caso de que desee manejo a su problema.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Debido a que es un estudio donde se utilizan cuestionarios relacionados con su sexualidad, es posible que haya incomodidad y vergüenza al responder las preguntas, destacando que los resultados obtenidos son para fines de evaluación de su salud y si así lo desea, puede no responder el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de obtener algún resultado anormal, se podrá referir a consulta externa de medicina familiar para su evaluación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se otorgará información sobre los resultados obtenidos, siempre de manera transparente y con el mayor beneficio para el paciente.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es voluntaria, y en caso de que acepte participar y posteriormente desea retirarse del estudio, lo puede hacer en cualquier momento, sin impedimentos de que se proporcione atención médica en su unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Su información personal es confidencial, solo será manejada por los investigadores para fines de investigación donde no será revelados su identidad.

Declaración de consentimiento para la participación en el estudio:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio:

No acepto participar en este estudio.

Si acepto participar en este estudio y que se tome la información necesaria solo para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador principal/responsable	Dra. Vanessa Johanna Caro Correo electrónico: vanessa.caro@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Juan Jesús García Fiscal Correo electrónico: juan.jesus.garcia.fiscal@uabc.edu.mx
	Dr. Alberto Barrera Serrano Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx
	Dr. Gabriel López Acosta Matricula Correo electrónico: Gabriel.acosta89@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del CLIS 204 del IMSS: Blvd. Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas s/n La Mesa, Tijuana Baja California CP 22450. Tel. Conmutador 664 6296350 Ext.31315. Correo electrónico:

_____ Nombre y firma del participante Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 6. CARTA DE NO CONVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD

CARTA DE NO INCOVENIENTE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD.

Mexicali, B. C. a 05 de agosto del 2022.

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Presente. -

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“Prevalencia y evaluación de la función sexual femenina y masculina en pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28, Mexicali”

Que, de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Vanessa Johanna Caro con Matrícula: 99264825 adscrita a dicha unidad médica familiar no. 28 como **investigador principal/responsable**.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

Atentamente



Dr. José Ramiro Herrera López
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28

ANEXO 7. TRIPTICO 1.

PUEDE MEJORAR SU SALUD SEXUAL MASCULINA

Si se encuentra alguna alteración de su salud sexual, puede ser referido con su médico familiar para iniciar tratamiento y manejo a su problema.



Si el médico familiar así lo valora, se enviará a consulta de segundo nivel para su manejo especializado por expertos en la sexualidad.



¿COMO MEJORAR MI SALUD SEXUAL?

- Haz ejercicio 
- Come sano 
- No fumar 
- No abusar del alcohol 
- Acude a consulta ante cualquier duda. 

Dr. Juan Jesús García Fiscal
Residente de medicina familiar

DISFUNCION SEXUAL MASCULINA



Cualquier alteración ocurrida durante el acto sexual, que impida una actividad sexual satisfactoria.






Existen varias disfunciones sexuales en hombres, incluida la eyaculación precoz, la disfunción eréctil, la disfunción eyaculatoria y el deseo sexual hipoactivo.

La disfunción eréctil y la eyaculación precoz son las más frecuentes.

52% de los hombres de 40 a 70 años de edad sufren diversos grados de disfunción sexual.

Algunas cifras 1 de cada 2 hombres mayores de 40 años padecen disfunción eréctil que corresponden a 7 millones de hombres de los cuales el 30% acuden a consulta médica.

SÍNTOMAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

-  Dificultad para alcanzar la erección
-  La erección es más débil o menos rígida
-  Las erecciones espontáneas por la mañana son menos frecuentes
-  Se llega al clímax en menos tiempo o con una erección incompleta
-  Pérdida de erección con el cambio de postura

CAUSAS DISFUNCIÓN ERÉCTIL ORGÁNICA

-  Depresión
-  Alcohol, tabaco y drogas
-  Fármacos
-  Hipertensión
-  Colesterol elevado
-  Afeciones cardíacas
-  Diabetes

EYACULACION PRECOZ

Salida del semen **antes** que la persona así lo desee.

Se va a producir con una mínima estimulación sexual.



-  La padecen 1 de cada 3 hombres activos sexualmente.
-  Si no se trata a tiempo puede convertirse en crónica.
-  Te afecta a la autoestima y a tus relaciones sociales. Es difícil que se cure sola.

ANEXO 8. TRIPTICO 2.

CUANDO DEBES CONSULTAR A TU MEDICO



Si los problemas sexuales afectan tu relación o te preocupan, programa una consulta con el médico para hacerte una evaluación, en dado caso iniciar tratamiento y manejo a su problema.

Si el médico así lo valora, se enviará a consulta de segundo nivel para su manejo especializado por expertos de la sexualidad.

¿COMO MEJORAR MI SALUD SEXUAL?

- **Allimentarse saludable** 
- **No abusar y reducir el consumo del alcohol** 
- **No fumar** 
- **Normalizar el uso de preservativos para evitar posibles enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados** 
- **Tener una buena información y educación sexual** 
- **Hacer ejercicio con regularidad** 

Dr. Juan Jesús García Fiscal
Residente de Medicina Familiar



DISFUNCION SEXUAL FEMENINA



¿Qué es?

Es un trastorno que se produce cuando hay un cambio en el comportamiento sexual habitual de la mujer.

En estos cambios puede haber una disminución, o incluso no tener deseo de relaciones sexuales. Por otro lado, puede ser que exista también una incapacidad para disfrutar de ellas.

SINTOMAS

Poco deseo sexual Falta de interés sexual o disposición sexual.

Trastorno orgásmico Dificultades continuas o recurrentes para alcanzar el orgasmo luego de suficiente excitación sexual o estimulación continua.

Trastorno de excitación sexual. Dificultades con la excitación o no puedas excitarte

Tienes dolores relacionados con la estimulación sexual o el contacto vaginal. **Dolor sexual**



¿CUALES PODRIAN SER LAS CAUSAS?

Existen algunos factores que pueden aumentar el riesgo de tener disfunción sexual:

- **Depresión o ansiedad**
- **Enfermedades relacionadas con el corazón**
- **Estrés emocional o psicológico**
- **Antecedentes de abuso sexual**
- **Enfermedades como la diabetes, hipertensión, enfermedades de la tiroides, obesidad y colesterol alto en sangre**

La disfunción sexual ocurre en el 22% al 43% de la población general



Afecta al 41 % de las mujeres en la edad reproductiva en el mundo

Siendo la alteración en el deseo sexual mas frecuente y en segundo lugar la alteración en el orgasmo femenino