

## Epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos de un área de salud

### Epidemiology of sexual erectile dysfunction in elders of a health area

Teresa Fonte Sevillano, Alberto Rojas Pérez, Yadira Hernández Pino, Damián Jorge Santos Hedman

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** El desempeño sexual masculino en la vejez es visto, generalmente, desde sus caracteres negativos. Conocer cuál es el comportamiento y los factores de riesgo para la disfunción sexual eréctil en la población estudiada permite una mejor adaptación a los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento, disfrutar de una sexualidad gratificante y elevar su calidad de vida.

**Objetivo:** Describir la presencia de disfunción eréctil en ancianos según variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas e identificar los posibles factores de riesgo asociados a su aparición.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en ancianos de un área de salud durante el período 2013-2016. El universo estuvo conformado por 290 ancianos. Se tomó una muestra de 220 los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se les aplicó un modelo de recogida de información anónimo. Los datos fueron validados estadísticamente mediante el chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher y la regresión logística.

**Resultados:** Predominaron las edades de 60 a 74 años, con bajo nivel escolar y jubilados. El grado de disfunción eréctil moderada fue el más frecuente. Los factores que se asociaron a esta fueron enfermedades crónicas no transmisibles, depresión, trastornos urológicos, hábitos tóxicos y fármacos como antihipertensivos, diuréticos, digitálicos y psicofármacos.

**Conclusiones:** La disfunción eréctil predominó en el grupo de ancianos con factores que deterioraron su salud. La sexualidad es un aspecto fundamental de esta, por lo que se incrementaron los casos de disfunción con el avance de la edad.

**Palabras clave:** Epidemiología; disfunción eréctil; ancianos; factores de riesgo.

## ABSTRACT

**Introduction:** The sexual masculine performance in old ages is generally seen from negative points of view. Knowledge on which are the risk behaviours and factors for the sexual erectile dysfunction in the studied population allows a better adjustment of the physiological changes of the aging process, to enjoy a gratifying sexuality and to raise their life's quality.

**Objective:** To describe the presence of erectile dysfunction in elders according to socio-demographic, epidemiological and clinical variables and to identify possible risk factors associated with its appearance.

**Methods:** A descriptive and cross-sectional study was conducted in elders of a health area from 2013 to 2016. The sample group consisted in 290 elders. A sample was taken in 220 of them whom met the inclusion and exclusion criteria. An anonymous model of data collection was applied to them. Data was statistically validated by means of Chi-Square, Fisher's exact test, and the logistic regression's test.

**Results:** Ages from 60 to 74 years, people with low educational level and pensioners were predominant. Moderate erectile dysfunction's degree was the most frequent. The factors associated to this one were: non-chronic communicable diseases, depression, urologic disorders, toxic habits and drugs such as antihypertensive, diuretics, digitalis, and psychoactive drugs.

**Conclusions:** Erectile dysfunction prevailed in the group of elders with factors that worsen their health. Sexuality is a fundamental aspect of health; that is why the cases of dysfunction increased at the same time as aging.

**Keywords:** Epidemiology; erectile dysfunction; elders; risk factors.

---

## INTRODUCCIÓN

La sociedad en su gran mayoría, e incluso parte de los profesionales de la salud, consideran que el anciano es un "ser asexuado". Sin embargo, los estudios sobre la capacidad eréctil en edades geriátricas han confirmado que muchos hombres ancianos conservan esta capacidad hasta edades avanzadas.<sup>1</sup>

Los primeros estudios epidemiológicos completos sobre la disfunción sexual eréctil fueron publicados por Kinsey (1948) en los Estados Unidos, con un estudio de 15 781 varones de 10 a 80 años.<sup>2</sup> Otro estudio epidemiológico sobre el tema fue el *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), realizado entre 1987 y 1989 en Estados Unidos donde se entrevistaron a 1 290 varones entre 40 y 70 años de edad.<sup>3</sup>

En los países latinoamericanos existe poca información sobre la prevalencia de disfunción eréctil. En nuestro medio no se encontraron investigaciones epidemiológicas acerca de la disfunción eréctil (DE) en ancianos. En consecuencia, ha habido escasa información sobre la naturaleza y frecuencia de este problema, o de la frecuencia de la actividad sexual en estas personas.

---

El conocimiento y estudio de la epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos permitirá una mejor adaptación a los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento y la adaptación de la actividad sexual de estos pacientes permitirá disfrutar de una sexualidad más completa, positiva y gratificante.<sup>4</sup>

Por todo lo antes expuesto se realizó esta investigación acerca de la epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos con el siguiente problema científico: ¿Cuál será el comportamiento y los factores de riesgo para la disfunción sexual eréctil en la población estudiada?

El objetivo de este trabajo es describir la presencia de disfunción eréctil en ancianos según variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas e identificar los posibles factores de riesgo asociados a su aparición.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 290 ancianos de 60 años, masculinos, pertenecientes a los consultorios del grupo 1 del policlínico "Enrique Betancourt Neninger", municipio Habana del Este, en el período comprendido entre enero de 2013 a septiembre de 2016.

El criterio de inclusión fue que todos los pacientes tuvieran pareja estable. Se excluyeron aquellos con deterioro cognitivo, así como aquellos que por su condición física les fuera imposible realizar el acto sexual (postrados crónicos). La muestra quedó conformada por 220 pacientes.

El deterioro cognitivo se diagnosticó según los resultados del *Minimental State de Folstein*, (Anexo 1) escala neuropsicológica que tiene sensibilidad y especificidad superiores al 90 %.<sup>5</sup> El punto de corte establecido para considerar que el paciente tenía afectada la cognición fue una puntuación menor de 24.

Las principales variables estudiadas fueron: edad, escolaridad, ocupación, antecedentes patológicos personales, cirugía pélvica y vascular, ingestión de medicamentos, hábitos tóxicos, disfunción eréctil y grado de disfunción eréctil.

Los métodos de investigación utilizados fueron los teóricos y de los métodos empíricos se trabajó con la entrevista y la encuesta, (Anexo 2) así como la revisión de las historias clínicas individuales de cada paciente.

Se les aplicó el Cuestionario abreviado de salud sexual del (IIFE-5) (Anexo 3) para determinar la existencia o no de disfunción sexual y se les clasificó según el grado de esta, así como el test de *Yessavage*, (Anexo 4) para determinar su estado anímico.<sup>6</sup>

Los datos se procesaron por una computadora Pentium 4 y fueron validados estadísticamente mediante el chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher y la regresión logística.

## RESULTADOS

Los resultados muestran que 143 pacientes presentaron algún grado de disfunción sexual eréctil, lo que representa 65 % del total de casos. Al aplicar la clasificación aceptada para la evaluación del IIEF, hubo disfunción sexual eréctil moderada en 41 % de los casos, seguida de disfunción sexual leve con 37,8 %, mientras que 21,7 % presentaron disfunción severa (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comportamiento de la disfunción sexual eréctil en la muestra de estudio.

Disfunción sexual eréctil	Frecuencia	%
Presente	143	65
Ausente	77	35
<b>Total</b>	<b>n=220</b>	
<b>Grado</b>		
Leve	54	37,8
Moderado	58	41
Severo	31	21,7
<b>Total</b>	<b>n=143</b>	

Con respecto a la edad, el mayor número de casos lo representó el grupo de 85 años y más con 38,5 %, seguido del grupo de 60 a 74 años con 35 % y por último con el menor por ciento (26,5) el de 75 a 84 años. Respecto a la ocupación y a la escolaridad, 108 (75,5 %) de los 143 pacientes con DE estaban jubilados, mientras que 47 (32,9 %) tenían un nivel de escolaridad de primaria, seguido de secundaria, técnico medio, preuniversitario y universitario con 30,1, 20,3, 9,1, y 7,7 % respectivamente. 72 % de los casos estudiados eran fumadores con una significación de 0,001. En cuanto al alcoholismo se refiere, 46,9 % de los casos reportaron que consumían bebidas alcohólicas con carácter de dependencia, mientras que 53,1 % no han consumido ni consumen bebidas alcohólicas, lo que fue estadísticamente significativo para (p) menor que 0,05 (Tabla 2).

La hipertensión arterial estuvo presente en la mayoría de los casos, 77,6 %. Otros factores asociados a la DE que se comportaron como alto riesgo fueron: cardiopatía isquémica con 67,1 %, diabetes mellitus, depresión (ambas con un 35,0 %) y la hiperplasia benigna de próstata con 23,1 %, todos ellos con una significación estadística para (p) menor que 0,05 (Tabla 3).

El mayor número de casos con DE lo aportaron aquellos que tomaban fármacos antihipertensivos como el atenolol, con 79 %, seguido por los diuréticos con 39 %, así como con los hipoglucemiantes orales y psicofármacos, con 32,9 % y 31,5 %, respectivamente. Ocuparon un menor porcentaje la insulina, el ácido acetil salicílico y los digitálicos, los dos primeros con 6,3 % y el último con 5,6 %. Una significación estadística menor de 0,05 la ofrecieron los psicofármacos, diuréticos, antihipertensivos y digitálicos (Tabla 4).

**Tabla 2.** Comportamiento de la disfunción sexual eréctil en ancianos según variables sociodemográficas y epidemiológicas.

Variables		Disfunción sexual eréctil				Significación (p)
		No		Sí		
		Nº	%	Nº	%	
Edad	60-74	43	55,8	50	35,0	0,000
	75-84	27	35,1	38	26,5	
	85 y más	7	9,1	55	38,5	
Ocupación	Trabajador	33	42,9	35	24,5	0,008
	Jubilado	44	57,1	108	75,5	
Escolaridad	Primaria	10	13,0	47	32,9	0,000
	Secundaria	14	18,2	43	30,1	
	Pre-universitario	13	16,9	13	9,1	
	Técnico medio	18	23,4	29	20,3	
	Universitario	22	28,6	11	7,7	
Tabaquismo	Ausencia	64	83,1	40	28,0	0,001
	Presencia	13	16,9	103	72,0	
Alcoholismo	Ausencia	60	68,8	67	46,9	0,023
	Presencia	24	8,2	76	53,1	
Total		77		143		

**Tabla 3.** Comportamiento de la disfunción sexual eréctil en ancianos según antecedentes patológicos personales.

APP		Disfunción sexual eréctil				Significación (p)
		No		Sí		
		Nº	%	Nº	%	
Enfermedad depresiva	Ausencia	76	98,7	93	65,0	0,000
	Presencia	1	1,3	50	35,0	
Cardiopatía isquémica	Ausencia	44	57,1	47	32,9	0,001
	Presencia	33	42,9	96	67,1	
Enfermedad cerebro vascular	Ausencia	76	98,7	136	65,1	0,326
	Presencia	1	1,3	7	34,9	
Diabetes mellitus	Ausencia	62	80,5	93	65,0	0,025
	Presencia	15	19,5	50	35,0	
Hipertensión arterial	Ausencia	37	48,1	32	22,4	0,000
	Presencia	40	51,9	111	77,6	
Cirugía y trauma pélvico raquímedular anterior	Ausencia	77	100	137	95,8	0,093
	Presencia	0	0,0	6	4,2	
Hiperplasia benigna de prostata	Ausencia	74	96,1	110	76,9	0,001
	Presencia	3	3,9	33	23,1	
Total		77		143		

**Tabla 4.** Comportamiento de la disfunción sexual eréctil en ancianos según ingestión de medicamentos

Medicamentos	Disfunción sexual eréctil				Significación (p)
	No		Sí		
	Nº	%	Nº	%	
Antihipertensivos	40	52	113	79	0,021
Diuréticos	18	23,4	57	39,9	0,017
Digitálicos	0	0,0	8	5,6	0,021
ASA	1	1,3	9	6,3	0,171
Hipoglucemiantes orales	14	18,2	47	32,9	0,083
Insulina	6	7,8	9	6,3	0,660
Psicofármacos	1	1,3	45	31,5	0,000
<b>Total</b>	<b>77</b>		<b>143</b>		

## DISCUSIÓN

La investigación se propuso conocer los posibles factores que influyen en la aparición de la disfunción sexual eréctil en la tercera edad lo cual se cumplió. Sin embargo, se consideró que el número de ancianos evaluados es un número insuficiente para llegar a conclusiones definitivas. Lo anterior limita la generalización de los resultados, pero la metodología utilizada sería útil aplicarla en una muestra mucho mayor que facilite llegar a conclusiones más relevantes.

De los pacientes estudiados, 65 % presentaron algún grado de disfunción sexual eréctil. Este resultado se asemeja al estudio realizado en Colombia por *Robayo, García y Carbonel* basado en la escala internacional del índice de función eréctil (IIEF), donde las dos terceras partes de los pacientes encuestados (66 %) presentaron disfunción eréctil y aseguraron que esta cifra se encontraba ligeramente por encima de las cifras mundiales de disfunción (50 % en hombres mayores de 40 años).<sup>7</sup> En cambio, en el resto de la bibliografía revisada, dicho comportamiento fue semejante a las cifras mundiales referidas y queda por debajo de los resultados de este estudio.<sup>8-11</sup> Esta diferencia está dada por la relación con el rango de edades estudiadas, ya que en el resto de la bibliografía mencionada se incluyeron pacientes de 18 años de edad en adelante, que suelen tener menor grado de DE.<sup>8,12-14</sup>

En relación al grado de disfunción eréctil que presentan los pacientes encuestados, es necesario aclarar que tales resultados son producto de un instrumento de rastreo, basado en la Escala Internacional del Índice de Función Eréctil (IIEF), que no ofrece un elemento diagnóstico; en tanto que las disfunciones sexuales reúnen otros requisitos, tales como su persistencia y recurrencia.<sup>6</sup> Este dato sugiere entonces que los encuestados han sufrido episodios de dificultad para obtener o mantener una erección en los últimos 6 meses.

Un estudio que muestra semejanza con el actualmente discutido fue el *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS), realizado entre 1987 y 1989, en Estados Unidos, sobre entrevistas a 1 290 varones entre 40 y 70 años, donde la DE fue moderada en 25 %, leve en 17 % y grave en 10 % de los casos.<sup>3,9</sup>

Sin embargo, existen investigaciones que se comportan de manera diferente al presente estudio. Uno de ellos es el EDEM, (epidemiología de la disfunción eréctil masculina), realizado en España, donde se estudió la prevalencia de la DE en una muestra de 2 480 varones, donde 19 %, basándose en el IIEF de los varones entre 25 y 70 años, presentaron algún grado de disfunción eréctil (16 % leve, 2 % moderada y 1 % severa). Esta prevalencia aumentó con la edad (8,6 % en varones de 25 a 39 años, 13,7 % de 40-49 años, 24,5 % entre 50 y 59 años y 49 % en sujetos de 60 a 70 años).<sup>10</sup>

Vale destacar que el presente es un estudio descriptivo en el que se encuentran diferentes sesgos; es claro que para determinar causalidad o factores de riesgo relacionados con disfunción eréctil se requieren estudios de tipo analítico.

Al buscar la relación entre disfunción eréctil y las variables sociodemográficas, de ocupación y escolaridad solo se encontró una relación de dependencia con los pacientes jubilados y de forma estadísticamente significativa con un bajo nivel de escolaridad, lo cual puede estar relacionado a que dichos aspectos negativos se asocian frecuentemente con otras condiciones sociales adversas, en las que con frecuencia, se encuentran inmersos sentimientos de insatisfacción y una alta frustración.

La asociación que aparece con la disfunción eréctil puede comprenderse mejor mediante el uso de un marco más amplio en el entorno de la persona que se encuentra expuesta a situaciones de frustración, las mismas que repercuten en forma global en su vida, en consecuencia, la sexualidad se transforma en un síntoma más de su experiencia emocional insatisfactoria.<sup>12</sup> En el estrés laboral, el sentimiento de sentirse agobiado, es el desencadenante inicial de la disfunción eréctil.<sup>13</sup> Estos fallos de erección se producen también cuando hay problemas laborales o pérdida de empleo.<sup>14,15</sup>

Al igual que en el presente trabajo, en la Guía de disfunción eréctil de Colombia<sup>16</sup> se precisa que el tabaquismo tiene importante función en la aparición de la DE y asegura que los hábitos de vida como la obesidad, el tabaquismo o la falta de ejercicio influyen negativamente, pero que se obtiene una mejoría significativa de la función eréctil y los marcadores de enfermedad cardiovascular cuando estos se modifican.

La incidencia de un excesivo consumo de alcohol se reduce después de los 65 años debido a varias razones planteadas por diferentes autores entre las que se encuentran que la población anciana actual tiene menos hábitos de bebida que sus predecesores.<sup>17</sup> En cambio, en otros estudios los autores prestan mayor importancia a que el declive de la salud o las deficiencias funcionales que acompañan al envejecimiento suelen conllevar una disminución de la ingesta de alcohol o que las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol impiden a muchos alcohólicos alcanzar la vejez.<sup>18,19</sup>

En cuanto al comportamiento de la disfunción sexual eréctil según antecedentes patológicos personales nuestros resultados difieren de otras investigaciones donde aseguran que la disfunción eréctil se presenta con mayor frecuencia en pacientes diabéticos que en pacientes con otras enfermedades, como corroboró la doctora *Coronado* en su estudio, donde encontró que 95 % de los pacientes diabéticos entre 60 y 69 años tenían algún grado de disfunción eréctil.<sup>20,21</sup>

Existen estudios de corte transversal que sugieren que pacientes con presencia de síntomas del tracto urinario bajo se asocian con disminución en la frecuencia de encuentros sexuales; donde el aumento en el índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) se relacionó con un aumento en 40 % del riesgo de disfunción eréctil.<sup>7</sup> Aunque en el presente trabajo los problemas urológicos fueron estadísticamente significativos se encuentran diferencias en cuanto al porcentaje de casos encontrados.

Existen artículos que muestran que los procesos depresivos en ancianos están relacionados o desencadenados en muchas ocasiones por situaciones de jubilación y enfermedad, lo que produce sentimientos de frustración o agobio y desarrolla desinterés por el acto sexual, comportándose como desencadenante inicial de la disfunción eréctil.<sup>3</sup> No en vano diversos autores aseguran que los estados depresivos son muy dañinos sobre la respuesta sexual. Incluso en ocasiones, la falta de erección asociada con la falta de deseo sexual es la primera y tal vez la única manifestación del trastorno depresivo.<sup>22</sup>

El doctor *Moya González* estudió la epidemiología de la DE y planteó que 10 % de los medicamentos que se prescribieron comúnmente en los adultos mayores causaron impotencia, además aseguró que la causa medicamentosa insidió en la disfunción eréctil de casi 25 % ancianos.<sup>23</sup>

En estudios publicados por autores como *Achiong* y *Mooradian*, al igual que en el presente trabajo, se evidencia que muchos de los fármacos de amplio uso en la población geriátrica son causantes de DE.<sup>24,25</sup> En dichos casos se mencionan en primer y segundo lugar los fármacos antihipertensivos y con acción sobre el sistema cardiovascular como los digitálicos, con 46,7 % y 32,1 % respectivamente, aunque no se comporta exactamente en ese orden, tanto los antihipertensivos como los digitálicos desde el punto de vista estadístico mostraron significación para  $p$  menor que 0,05.

En el presente estudio se detectó que el uso de psicofármacos se asocia de forma estadísticamente significativa con la DE, lo cual coincide con los resultados de los trabajos publicados por *Clayton* y *Gommoll*.<sup>26,27</sup> Así mismo, otros estudios exponen que los fármacos antidepresivos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, estuvieron asociados a la DE.<sup>28-30</sup>

La DE predominó en el grupo de ancianos con factores que deterioran su salud. La sexualidad es un aspecto fundamental de esta, por lo que se incrementaron los casos de disfunción con el avance de la edad.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrado Ramos AM, Sánchez Pérez L, Somonte López R, Cabrera Marsden AM. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. Rev Novedades en Población. 2014;10(9):65-4.
2. Kinsey AC, Romero WB. Sexual behavior in the human male. Philadelphia. WB: Saunders; 1948. p. 78.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Study. J Urol. 1994;151(1):54-61.
4. González Rodríguez RI, Cardente García J. El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba. Rev Haban Cienc Med. 2015;14(6):14-2.
5. Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R. The assessment of changes in cognitive functioning: reliable change indices for neuropsychological instruments in the elderly. Dement Geriatr Cogn Disord. 2016;29:275-86.
6. Vroege JA. The Sexual Health Inventory for Men (IIEF-5): reply to Cappelleri and Rosen. Int J Impot Res. 2012;12(5):297-8.
7. Robayo JA, García HA, Carbonel J. Prevalence of erectile dysfunction and related factors at a tertiary level hospital. Sociedad Colombiana de Urología. Colombia. 2008. p. 30-34.
8. Brotto L, Atallah S, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. Journal of Sexual Medicine; 2016 [28 abr 2016]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com>
9. Araujo AB, Feldman HA. Prevalence and incidence of androgen deficiency in middle-aged and older men: estimate from the Massachusetts Male Anging Study. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89-6.
10. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I. Prevalence and independent risk factors for Eréctil Dysfunction in Spain: Results of EDEM study. J Urol. 2004;166(2):569-75.
11. Atallah S, Wylie K. Diferentes factores que aumentan la vulnerabilidad para padecer disfunción sexual. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). 2016 [28 abr 2016]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com>
12. García López R. Sexualidad en los mayores, tabú y retos. Ed. Balzac. España; 2014;34.
13. Rodríguez RT. Disfunción sexual eréctil: ¿apenas una dificultad de los órganos sexuales? Rev Finlay. 2016;7:225-28.
14. Heim L. Sexual dysfunctions in depression and anxiety. Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, EE.UU. Ame Fam Phy. 2015;32-4.

15. Vaernet AM, Kupferberg IB, Rivera PR. Características de la disfunción sexual en las distintas afecciones psiquiátricas y el impacto de los psicofármacos en ella. Centro Integral de Psiquiatría y Psicología (CIDEPP). 2015; 130: 469-89.
16. Ceballos M, Villarraga D, Silva H. Guía de disfunción eréctil. Rev Urol Colomb. 2015 [citado 11 abr 2016]; 24: 185. Disponible en: <http://www.elsevier.es/uroco>
17. Fernández k. Disfunción sexual en el anciano. Centro provincial de promoción y Educación para la Salud, Santiago de Cuba. 2014.
18. Paredes Díaz R, Orraca Castillo O, Marimón Torres ER, Casanova Moreno MC, Véliz Martínez DM. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. Rev Ciencias Médicas. 2015 [citado 15 ene 2016]; 19(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu>
19. Alonso R, Francisco J, Casas H, Iráizoz A. Disfunción eréctil en el adulto mayor. Servicio de Geriátría, Hospital de Navarra, Pamplona, España. 2012; 24(5).
20. Basu A, Ryder R. New treatment options for erectile dysfunction in patients with Diabetes Mellitus Drugs. Uro Int. 2014; 64: 2667-88.
21. Coronado CI, Escalante PJ, Celis RA. Prevalencia de las alteraciones de la función sexual en sujetos mexicanos con diabetes mellitus tipo 1 y 2 que acuden a una Unidad Médica de Alta Especialidad. Gac. Med. Mex. 2014; 150 (Suppl 1): 107-13.
22. Vaernet AM. Disfunciones sexuales. Evaluación y tratamiento. Campus Virtual IntraMed; 2016 [8 abr 2016]. Disponible en: <http://www.cursos.intramed.net>
23. Moya González F. Caracterización epidemiológica de población con disfunción eréctil y análisis de sus factores de riesgo y grado de disfunción eréctil en un centro cuaternario. Hospital Clínico Universidad de Chile. Revista Chilena de Urología. 2016 [8 abr 2016]; 81(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistachilenadeurologia.cl/urochi/wp>
24. Achiong Estopiñán F, González Hernández Y, Vega Rico O, Guillot Alzubiaga O, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, et al. Algunos resultados posintervención en el control, tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial. Revista Médica Electrónica. 2016 [8 abr 2016]; 38(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu>
25. Mooradian AD. Geriatric sexuality and chronic diseases. Clin Geriatr Med. 2014; 7: 113-31.
26. Clayton A, Kennedy S, Reed C. The effect of antidepressant on sexual function during the treatment of major depressive disorder. University of Virginia, Charlottesville, EE.UU. Journal of Sexual Medicine. 2014; 10(10): 2465-76.
27. Gommoll C, Mathews M. Sexual dysfunction during treatment of major depressive disorder with Vilazodone, Citalopram, or placebo: Results from a phase iv clinical trial. University of Virginia, EE.UU. International Clinical Psychopharmacology. 2015; 30(4): 216-23.

28. Isaac KB. Disfunciones sexuales por psicofármacos: Intervenciones posibles. Psicofármacos que no interfieren en la sexualidad. Campus Virtual IntraMed; 2016. Disponible en: <http://www.cursos.intramed.net>

29. Waldinger M. Incidencia y tratamiento de la disfunción sexual asociada con el uso de antidepresivos. Handbook of Clinical Neurology; 2015 [30 abr 2016]. Disponible en: <http://www.cursos.intramed.net>

30. Rivera RP. Los trastornos de la sexualidad en los pacientes psiquiátricos. Comité de Redacción Científica de SIIC; 2015 [22 dic 2015]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com>

Recibido: 12 de diciembre de 2017.

Aprobado: 2 de julio de 2018.

*Yadira Hernández Pino.* Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [yadirahdez@infomed.sld.cu](mailto:yadirahdez@infomed.sld.cu)

## ANEXO 1

Miniexamen del estado mental (MMS DE FOLSTEIN):

Esferas	Puntuación Máxima
<u>Orientación</u> Cuál es: año, mes, fecha, día, estación Dónde está usted: país, provincia, pueblo, lugar, área	5
<u>Registro</u> Nombrar tres objetos con intervalos de 1 segundo Pedirle al paciente que los repita Dar un punto por cada respuesta correcta. Si después de 6 intentos es incapaz de aprenderlos	3

la memoria no puede ser probada plenamente	
<p><u>Atención y cálculo</u></p> <p>Deberá ir restando de 7 en 7 a partir de 100, hasta un total de 5 veces.</p> <p>Cada acierto es un punto.</p> <p>Alternativamente, deletrear al revés la palabra MUNDO.</p>	5
<p><u>Memoria</u></p> <p>Pedirle que recuerde los tres objetos mencionados antes</p>	3
<p><u>Lenguaje</u></p> <p>Señalarle un reloj y un bolígrafo y que los nombre (2 puntos).</p> <p>" (1 punto).</p> <p>Pedirle que repita: "Ni sí, ni no, ni peros</p> <p>Darle un papel y pedirle que lo tome con la mano derecha, lo doble y lo ponga en el suelo (3 puntos).</p> <p>Leer en un papel y obedecer: "CIERRE LOS OJOS" (1 punto).</p> <p>Pedirle que escriba una oración (1 punto).</p> <p>Copiar el dibujo de dos pentágonos que se interceptan (1 punto).</p> <p>Copiar el dibujo de dos pentágonos que se interceptan (1 punto).</p>	9



VALORES

Para individuos que tengan de 5 a 8 años de escolaridad:

24-30 (No existe deterioro)

11-23 (Deterioro ligero-moderado)

0-10 (Deterioro severo).

Para individuos que tengan de 0 a 5 años de escolaridad:

22-30 (No existe deterioro)

11-21 (Deterioro ligero-moderado)

0-10 (Deterioro severo).

## ANEXO 2

### MODELO DE RECOLECCIÓN DEL DATO PRIMARIO

1- Edad\_\_\_\_\_ años.

2- Raza:

Blanca\_\_\_\_\_, Negra\_\_\_\_\_, Mestiza\_\_\_\_\_

3-Escolaridad:

Primaria\_\_\_\_\_, Secundaria\_\_\_\_\_, Preuniversitario\_\_\_\_\_, Técnico medio\_\_\_\_\_, Universitario\_\_\_\_\_.

2-Ocupación:

•Trabajador\_\_\_\_\_

•Jubilado\_\_\_\_\_

3-Antecedentes patológicos personales: (sí o no)

• Hipertensión arterial\_\_\_\_\_

• Cardiopatía isquémica\_\_\_\_\_ especifique\_\_\_\_\_

• Diabetes Mellitus\_\_\_\_\_

• Insuficiencia arterial periférica\_\_\_\_\_

• Enfermedad cerebro vascular\_\_\_\_\_

• Hipercolesterinemia\_\_\_\_\_

• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica\_\_\_\_\_

• Insuficiencia hepática\_\_\_\_\_

• Insuficiencia renal crónica\_\_\_\_\_

- Hipertiroidismo\_\_\_\_\_
- Hipotiroidismo\_\_\_\_\_
- Enfermedad de Parkinson\_\_\_\_\_
- Enfermedad de Peyronie\_\_\_\_\_
- Infecciones de transmisión sexual\_\_\_\_\_
- Trauma pélvico\_\_\_\_\_ especifique\_\_\_\_\_
- Trauma raquímedular\_\_\_\_\_especifique\_\_\_\_\_
- Trastorno psicológico\_\_\_\_\_
- Otras\_\_\_\_\_

4- Cirugía pélvica y/o vascular:

Sí \_\_\_\_\_especifique\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

5- Ingestión de medicamentos: (marcar con una cruz).

- Antihipertensivos (metildopa \_\_\_\_\_, propranolol\_\_\_\_\_, atenolol\_\_\_\_\_, captopril\_\_\_\_\_, enalapril\_\_\_\_\_, amlodipino\_\_\_\_\_, verapamilo\_\_\_\_\_, diltiazem\_\_\_\_\_, otros\_\_\_\_\_)
- Diuréticos (clortalidona\_\_\_\_\_, hidroclorotiazida\_\_\_\_\_, furosemida\_\_\_\_\_, espironolactona\_\_\_\_\_, otros\_\_\_\_\_)
- Digitálicos (digoxina\_\_\_\_\_, digitoxina\_\_\_\_\_)
- ASA (especificar dosis diaria-----)
- Hipoglicemiantes orales (gibenclamida\_\_\_\_\_, metformina\_\_\_\_\_, tolbutamida\_\_\_\_\_, otros\_\_\_\_\_)
- Insulina\_\_\_\_\_ (especificar cuál \_\_\_\_\_)
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina\_\_\_\_\_imipramina\_\_\_\_\_desipramina\_\_\_\_\_)
- Antipsicóticos - Neurolépticos (clorpromazina\_\_\_\_tioridazina\_\_\_\_haloperidol\_\_\_\_\_)
- Ansiolíticos-tranquilizantes (diazepam\_\_\_\_medazepam\_\_\_\_nitrazepam\_\_\_\_midazoam\_\_\_\_meprobamato\_\_\_\_alprazolam\_\_\_\_clordiazepóxido\_\_\_\_\_)
- Anti ulceroso (cimetidina\_\_\_\_\_, ranitidina\_\_\_\_\_, omeprazol)

•Otros\_\_\_\_\_

6-Hábitos tóxicos: (sí o no)

•Fumador\_\_\_\_ Cantidad de cigarros por día

•Exfumador\_\_\_\_\_ (sí o no)

•Consumo de alcohol actual \_\_\_\_ (sí o no)

•Ex consumidor de alcohol\_\_\_\_ (sí o no)

•Abstemio\_\_\_\_ (sí o no)

7- Frecuencia de relaciones sexuales: (marcar con una cruz)

• Semanal (al menos una vez por semana) \_\_\_\_\_

• Quincenal (si tiene una vez por quincena)\_\_\_\_\_

• Mensual (una vez al mes)\_\_\_\_\_

• Menos frecuente\_\_\_\_\_ (especificar)\_\_\_\_\_

• No tiene\_\_\_\_\_

8- Motivos que afectan sus relaciones sexuales: (marcar con una cruz)

• Temor al desempeño sexual\_\_\_\_

• Viudez\_\_\_\_

• Carecer de privacidad\_\_\_\_

• Falta de comunicación\_\_\_\_

• Monotonía\_\_\_\_

• Enfermedad\_\_\_\_

• No desea\_\_\_\_

• Mi pareja no desea\_\_\_\_

• No tengo ningún problema\_\_\_\_

• No responde\_\_\_\_

9- Respeto a la intimidad: (marcar con una cruz):

• Sí\_\_\_\_

• No\_\_\_\_

• No responde\_\_\_\_

10- Calidad de lazos afectivos con la pareja: (si o no)

• Comunicación\_\_\_\_

• Compañía\_\_\_\_

• Afectividad\_\_\_\_

### ANEXO 3

Cuestionario abreviado de salud sexual de la Escala Internacional del Índice de Función Eréctil (IIFE-5):

Instrucciones para el paciente:

La salud sexual masculina es una parte importante de bienestar físico y emocional general.

La disfunción eréctil, también conocida como impotencia, es una condición médica muy común que afecta a salud sexual de 100 millones de hombres en el mundo.

Afortunadamente, existen alternativas de tratamiento para la disfunción eréctil.

Este cuestionario está diseñado para ayudarlo a usted y a su médico a detectar si usted está experimentando una disfunción eréctil, si así fuera, usted podría conocer las alternativas de tratamiento.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles.

Marque con una X la respuesta que mejor describe su situación.

Por favor elija una sola respuesta por cada pregunta.

Durante los últimos 6 meses:

1-¿Cómo califica usted su confianza en poder tener y mantener una erección?

1-muy baja\_\_\_\_ 2-baja\_\_\_\_ 3-moderada\_\_\_\_ 4-elevada\_\_\_\_ 5-muy elevada\_\_\_\_

2- ¿Cuándo usted tuvo erecciones con estimulación sexual, con qué frecuencia fueron sus erecciones lo suficientemente firmes para lograr penetración?

0-no tuve actividad sexual\_\_\_\_

1-casi nunca/nunca\_\_\_\_

2-unas pocas veces (menos de la mitad de las veces)\_\_\_\_

3-a veces (la mitad de las veces)\_\_\_\_

4-la mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces) \_\_\_\_\_

5- casi siempre/siempre\_\_\_\_\_

3-durante el coito ¿con que frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?

0-No intenté mantener relaciones sexuales\_\_\_\_\_

1-casi nunca/nunca\_\_\_\_\_

2-unas pocas veces (menos de la mitad de las veces)\_\_\_\_\_

3-a veces (la mitad de las veces)\_\_\_\_\_

4-la mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)\_\_\_\_\_

5- casi siempre/siempre\_\_\_\_\_

4-Durante el coito ¿cuán difícil fue mantener su erección hasta la finalización del coito?

0-No intente mantener relaciones sexuales\_\_\_\_\_

1-Extremadamente difícil\_\_\_\_\_

2-Muy difícil\_\_\_\_\_

3-Difícil\_\_\_\_\_

4-Ligeramente difícil\_\_\_\_\_

5- No tuve dificultades\_\_\_\_\_

5-Cuando intento tener una relación sexual, ¿con que frecuencia fue esta satisfactoria para usted?

0-No intente mantener relaciones sexuales\_\_\_\_\_

1-Casi nunca/nunca\_\_\_\_\_

2-Unas pocas veces (menos de la mitad de las veces) \_\_\_\_\_

3-A veces (la mitad de las veces) \_\_\_\_\_

4-La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces) \_\_\_\_\_

5- Casi siempre/siempre\_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN

---

Más de 21 puntos, no hay disfunción sexual.

De 16 a 21 puntos, disfunción sexual ligera.

De 10 a 15 puntos, disfunción sexual moderada.

Menor o igual a 9 puntos, disfunción sexual severa.

#### ANEXO 4

Escala de depresión geriátrica de Yessavage:

Nº	Preguntas	Sí	No
1	¿Estás básicamente satisfecho con tu vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Tiene miedo a que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le gusta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
16	Total de puntos acumulados		

Resultados

0-5 puntos: Normal.

6-9 puntos: Depresión menor.

Mayor o igual a 10 puntos: Depresión mayor.