



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster Universitario de Investigación en Ciencias SocioSanitarias

Curso Académico: 2014 – 2015

DISFUNCIÓN SEXUAL Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESTUDIO DESCRIPTIVO

SEXUAL DYSFUNCTION AND MULTIPLE SCLEROSIS DESCRIPTIVE STUDY

Realizado por:

Daniel Viejo Fernández

Dirigido por:

Lucía Llamazares Sánchez y Javier Pérez Rivera

En León, a 7 de Julio del 2015

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

ÍNDICE

RESUMEN.....	3-4.
INTRODUCCIÓN.....	5-9.
METODOLOGÍA.....	9-12.
RESULTADOS.....	12-15.
DISCUSIÓN.....	16-17.
CONCLUSIONES.....	17-18.
BIBLIOGRAFÍA.....	18-20.
ANEXO I: Carta de presentación.....	21.
ANEXO II: Cuestionario de auto-informe.....	22.

RESUMEN

Introducción. La preocupación de este estudio por la disfunción sexual se ha centrado en los socios afectados de la Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple (FACALEM). La disfunción sexual se clasifica en primaria, secundaria y terciaria. La primaria está ocasionada por la desmielinización y atrofia de fibras nerviosas, la secundaria está ocasionada por los cambios físicos relacionados con la enfermedad y la terciaria está relacionada con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales de la enfermedad. El objetivo es incrementar y mejorar el conocimiento sobre la disfunción sexual en pacientes con esclerosis múltiple mediante la descripción y evaluación de la población estudiada.

Metodología. Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, con una muestra de 273 socios afectados de FACALEM. La recogida de datos se realizó mediante cuestionario de auto-informe en soporte informático con el programa LimeSurvey®. La información se analizó con el programa EPI INFO® 3.5.4 empleando métodos descriptivos básicos, tablas de contingencia con la frecuencia y el porcentaje de casos y la prueba Chi-cuadrado de Pearson para conocer si entre las variables hay o no correlación.

Resultados. En el estudio se describieron las características demográficas y clínicas de los participantes en el estudio. En la consideración de la disfunción sexual como un problema importante se observaron diferencias significativas por sexo, estado civil y nivel de estudios. La distribución de la disfunción sexual fue del 62.6% con primaria, el 64.8% con secundaria y el 60.4% con terciaria. Se identificaron diferencias significativas en la disfunción sexual primaria, siendo las mujeres y los de ≥ 41 años los perfiles con una mayor presencia de dicha disfunción. Los principales síntomas causantes de disfunción sexual fueron la falta de interés o deseo sexual (49.5%), tardar mucho tiempo en llegar al clímax/orgasmo (47.3%), clímax/orgasmo menos intenso o satisfactorio (45.1%).

Conclusiones. Entre los socios afectados de FACALEM los problemas sexuales son frecuentes, siendo la disfunción sexual secundaria la más común. Éstos han considerado que la disfunción sexual es un problema importante, siendo hombres, divorciados y con estudios primarios los perfiles que se asocian con dicha consideración. Solo se identificaron diferencias significativas por sexo y edad en la disfunción sexual primaria. El estudio ha incrementado los conocimientos sobre la disfunción sexual pero hay que seguir estudiando este tema para reducir el deterioro en la satisfacción sexual que sufren los afectados por esclerosis múltiple.

Palabras clave: disfunción sexual, tipos, prevalencia, esclerosis múltiple.

SUMMARY

Introduction. The concern of this study on sexual dysfunction has been focused on the affected members of the Federation of Multiple Sclerosis Association Castilla y León (FACALEM). Sexual dysfunction is classified into three subscales, primary, secondary and tertiary. The primary is caused by demyelination and nerve fiber atrophy, the secondary by the physical changes related to the disease and the tertiary is related to the psychological, emotional and social aspects of the disease. The aim is to increase and improve knowledge through description and evaluation of sexual dysfunction in the study population.

Methodology. It is an observational, descriptive, transversal study with a sample of 273 affected FACALEM partners. Data collection was performed by self-report questionnaire in electronic format with LimeSurvey® program. The information was analyzed with the EPI program INFO® 3.5.4, using basic descriptive methods, contingency tables with the frequency and percentage of cases and the Pearson's Chi-square test to know whether or not there is correlation between variables.

Results. There are described the demographic and clinical characteristics of the study participants. In consideration of sexual dysfunction as a major problem were observed significant differences by sex, marital status and educational level. The distribution of sexual dysfunction was 62.6% in primary, 64.8% in secondary and 60.4% in tertiary. We identified significant differences in the primary sexual dysfunction, women and those profiles ≥ 41 years with a greater presence of this dysfunction. The main symptoms that cause sexual dysfunction are lack of interest or sexual desire (49.5%), take a long time to climax/orgasm (47.3%), climax/orgasm less intense or satisfactory (45.1%).

Conclusions. Among those affected partners FACALEM sexual problems are frequent, being the secondary sexual dysfunction the most common. The affected partners consider that sexual dysfunction is a major problem, being men, divorced and with primary education the profiles associated with that consideration. We only identified significant differences by sex and age in the primary sexual dysfunction. The study has increased knowledge about sexual dysfunction but we must continue studying about this issue to reduce the deterioration in sexual satisfaction to those who are affected by multiple sclerosis.

Keywords: sexual dysfunction, types, prevalence, multiple sclerosis MS.

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual

Las disfunciones sexuales se pueden definir como los problemas en el funcionamiento erótico que impiden desarrollar una vida plena y que, muy frecuentemente, deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas (Rubio & Díaz, 1994). Las disfunciones sexuales alteran una o más etapas del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) impidiendo al individuo o pareja disfrutar de la actividad sexual de modo satisfactorio (Sistema sanitario público Vasco, 2013). Sus determinantes pueden encontrarse en la naturaleza psicológica de las personas, en los vínculos de las parejas, en los ambientes socioculturales, en la constitución biológica como resultado de muchas enfermedades, etc. (Rubio & Díaz, 1994). En la bibliografía sobre las disfunciones sexuales en población general se observan datos muy dispares según los estudios y los contextos, por ello la evidencia sobre incidencia y prevalencia publicada no puede ser generalizada. En las mujeres la prevalencia de disfunción sexual oscila desde un 11,8% (La Calle et al. 2006) hasta un 43% (Laumann, Paik, & Rosen, 1999), mientras que en los hombres los porcentajes oscilan desde un 25% (Ballester & Gil, 1995) hasta un 40% (Guirao, 2008).

Para evaluar la salud sexual se debe verificar el autodiagnóstico, valorar si es terapia lo que necesita la personas, realizar un diagnóstico diferencial, tener en cuenta los factores predisponentes y precipitantes, así como tener en cuenta la personalidad, el grado de motivación y la actitud hacia la sexualidad (Antona, 2013). Es fundamental abordar las preocupaciones y los problemas sexuales encontrándoles solución porque quebrantan la salud de la persona y la pareja, así como porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud y/o perpetuar otros trastornos en la persona y la pareja (World Association for Sexual Health, 2008). Para ello la salud sexual ha de ser abordada siguiendo una estructura similar a la de del sistema de salud: la prevención primaria realiza actividades de educación y modificación factores socioambientales; la prevención secundaria engloba las técnicas diagnósticas y los centros-servicios de atención; mientras que la prevención terciaria incluye la rehabilitación sexual y la atención en situaciones especiales y enfermedades crónicas (Antona, 2013). Las intervenciones sobre la sexualidad engloban métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar reproductivo (World Association for Sexual Health, 2008) y que han de ser analizadas desde una perspectiva holística y sistémica ya que las disfunciones sexuales no suelen tener una única causa, teniendo que considerar los diferentes determinantes de la conducta sexual (Antona, 2013).

La esclerosis múltiple

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica que afecta al Sistema Nervioso Central produciendo una progresiva atrofia y desmielinización que ocasiona discapacidad funcional, fatiga, dolor, problemas sexuales, reducción de la vitalidad, empeoramiento de la función física, deterioro cognitivo, ansiedad y depresión (Mula, 2014). La causa de la esclerosis múltiple se desconoce, pero se sabe que la desarrollan sujetos genéticamente susceptibles sobre los actúa algún factor ambiental, probablemente una infección que pone en marcha mecanismos inmunes anómalos (Fernández, 2000). Se trata de la enfermedad neurológica más frecuente en adultos jóvenes y una de las primeras causas de invalidez para este grupo de edad (Fernández, 1990), siendo las mujeres más susceptibles que los hombres con una relación 2:1 (Mula, 2014). Los brotes se definen como la aparición de síntomas nuevos de disfunción neurológica o el deterioro significativo de síntomas preexistentes (De Andrés, 2003). El 80-85% inicia la enfermedad con brotes (forma clínica remitente-recurrente) permaneciendo estables entre los brotes, un 50-60% experimentan a los 10-15 años una disfunción neurológica que progresa de forma gradual (forma secundariamente progresiva) y un 10-20% sigue un curso progresivo desde el comienzo (forma primariamente progresiva).

Para realizar el diagnóstico, demostrar la diseminación a lo largo del tiempo y excluir otras patologías se utilizan las técnicas de neuroimagen, el análisis de líquido cefalorraquídeo y los potenciales evocados (Mula, 2014). En España el tratamiento de primera línea es el interferón β , con el que se pretende disminuir el número de brotes y enlentecer la progresión de la enfermedad (García-Merino, Fernández, Montalban, De Andres & Arbizu, 2010). Además, el acetato glatiramero se utiliza para facilitar la neuroprotección y contribuir a la neurogénesis (García-Merino et al, 2010). Pero la ausencia de un tratamiento curativo hace que los pacientes y sus familiares tengan que ir adaptándose al progresivo deterioro que la esclerosis múltiple ocasiona en su calidad de vida con el paso del tiempo (Mula, 2014).

Planteamiento del problema

La preocupación de este estudio se ha centrado en incrementar y mejorar el conocimiento sobre la disfunción sexual en pacientes con esclerosis múltiple de nuestro medio, concretamente en los socios afectados de la Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple (FACALEM). Para ello, se han tomado como referencia las bien documentadas asociaciones entre esclerosis múltiple y trastornos sexuales, así como la menor atención que investigadores, clínicos y pacientes hacen de sus síntomas.

La disfunción sexual y la esclerosis múltiple

Generalmente a los pacientes con esclerosis múltiple se les valora la discapacidad neurológica y la evolución de la enfermedad (Alarcia Alejos, Ara Callizo, Martín Martínez & García Gomara, 2007), pero no se valora si tienen trastornos sexuales relacionados con la enfermedad (Blackmore, Hart, Albiani & Mohr, 2011) porque los pacientes no lo refieren de forma espontánea y porque los especialistas no interrogan sobre este tema (Alarcia et al., 2007). Lew-Starowicz y Rola (2013) observaron en su estudio una falta de interés sobre la disfunción sexual por parte de los médicos que trabajan con estos pacientes y Zorzon et al (1999) observaron que del 73% de los pacientes con trastornos sexuales sólo el 7.4% lo había comentado con su especialista. Esto sucede a pesar de que se sabe que las personas con disfunción sexual tienen una disminución en la calidad de vida y muestran resultados más pobres en las principales dimensiones que determinan bienestar (Mohammadi, Rahnama, Moayed Mohseni, Ali Sahraian & Montazeri, 2013). En esta línea, Germaine et al. (2003) identificaron que es necesaria más formación para los profesionales en la percepción, evaluación y tratamiento de la disfunción sexual. Todo ello, teniendo en cuenta que la disfunción sexual puede aparecer en cualquier momento y que la evaluación de la disfunción sexual se debe hacer en todas las personas diagnosticadas, con cualquier nivel de discapacidad y en cualquier momento (Ashtari, Rezvani, & Afshar, 2014).

Hace tiempo, Zorzon et al. (1999) detectaron que la incidencia de disfunción sexual era mucho mayor en pacientes con esclerosis múltiple ($\pm 73\%$) en comparación con otras enfermedades crónicas ($\pm 39\%$) y con la población general ($\pm 13\%$). Más recientemente, en su estudio de revisión, Zhen-Ni et al. (2012) corroboran que la frecuencia de disfunción sexual es mucho más frecuente en pacientes con esclerosis múltiple que en la población general, oscilando los porcentajes de problemas observados en función de los estudios (40%-75%). Los resultados de Lew-Starowicz et al. (2013) sugieren que los pacientes con esclerosis múltiple tienen menos coitos en comparación con la población general y Bronner et al. (2010) han observado que la disfunción de vejiga suele aparecer a menudo para augurar disfunción sexual en estos pacientes. Otros estudios han revelado que la frecuencia de disfunción sexual y el deterioro de la actividad sexual aumentan con el tiempo (Ashtari et al., 2014) y pueden aparecer con puntuaciones bajas de discapacidad o ausencia de grave déficit neurológico (Demirkiran, Sarica, Uguz, Yerdelen & Aslan, 2006). El estudio de Zhen-Ni et al. (2012) muestra que los síntomas más frecuentes en los hombres son la disfunción eréctil ($\pm 75\%$) y la disfunción eyaculatoria ($\pm 50\%$), mientras que la el retraso en el orgasmo ($\pm 40\%$) y la disminución de la lubricación ($\pm 35\%$) son los síntomas más frecuentes en mujeres.

En este estudio la disfunción sexual se clasifica en primaria, secundaria y terciaria (Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia, 2010). La primaria está ocasionada por la desmielinización y atrofia de las fibras nerviosas asociadas con la actividad sexual, la secundaria está ocasionada por los cambios físicos relacionados con la enfermedad que perjudican indirectamente las respuestas sexuales y la terciaria se relaciona con los aspectos psicológicos, emocionales, sociales y culturales de la enfermedad que pueden interferir con la función sexual (Astbury Ward, 2007).

Merghati-Khoei et al. (2013) observaron una puntuación total en el cuestionario “The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire—19” (MSISQ-19) que se correlacionaba con la edad y la duración de la enfermedad, correlaciones entre los 19 síntomas de disfunción sexual y asociaciones significativas con el nivel de educación y la situación económica. Alarcia et al. (2007) observaron que el 75% de los afectados de esclerosis múltiple y disfunción sexual consideraban que éste era un problema importante y entre los que no la padecían, tan solo, el 10% consideraba este problema relevante. En el estudio de Lew-Starowicz y Rola (2012) el 41.5% de los encuestados vio perjudicada su vida sexual desde el inicio de la esclerosis múltiple, el 55.4% apreció diferencias y el 3.1% consideró que su vida sexual había mejorado. Blackmore et al. (2011) investigaron en qué medida el apoyo de las parejas se asocia con la satisfacción sexual entre las personas con esclerosis múltiple, observando que los incrementos en el apoyo social positivo y la disminución del apoyo negativo se asocian con una mayor satisfacción sexual. Otros estudios han detectado que la edad (Ashtari et al., 2014), el nivel de estudios (Cordeau & Courtois, 2014), la duración de la enfermedad (Mohammadi et al., 2013) y el grado de discapacidad (Ashtari et al., 2014) se correlaciona de manera significativa con la disfunción sexual.

Justificación del estudio

Teniendo en cuenta lo expuesto, queda claro que los trastornos sexuales son un problema que afecta a la calidad de vida de los pacientes afectados por la esclerosis múltiple. Por lo tanto, se consideró conveniente realizar una valoración en nuestro medio más cercano al no existir ningún estudio que describiera la frecuencia y el tipo de disfunción sexual en los pacientes con esta enfermedad. Con los resultados obtenidos se pretende aportar información relevante al permitir comparar la situación en nuestro medio con los resultados de estudios similares, así como generar hipótesis para su comprobación mediante estudios analíticos. La información obtenida pretende incrementar y mejorar los conocimientos sobre la disfunción sexual y beneficiar a los afectados de esclerosis múltiple y a sus familiares, a las asociaciones, al personal sanitario y a todas aquellas personas interesadas en esta enfermedad.

Objetivos del estudio

El objetivo principal de este estudio es incrementar y mejorar el conocimiento sobre la disfunción sexual en los socios afectados de la Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple (FACALEM).

Los objetivos específicos son:

- Describir y analizar si la población estudiada considera que la disfunción sexual es un problema importante en relación a su enfermedad.
- Describir y analizar la frecuencia, los tipos y los síntomas que causan disfunción sexual en la población estudiada.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, diseñado para examinar la disfunción sexual en los socios afectados de FACALEM. El tejido asociativo de FACALEM incluido en el estudio consta de 8 entidades y la población de estudio incluyó a todos los socios afectados del tejido asociativo (Tabla 1).

Tabla 1
Tejido Asociativo FACALEM

Asociación Leonesa de Esclerosis Múltiple (ALDEM)	187
Asociación Palentina de Esclerosis Múltiple (APAEM)	30
Asociación Zamora de Esclerosis Múltiple (AZDEM)	52
Asociación de Familiares y Afectados de EM de Burgos (AFAEM)	110
Asociación Burgalesa de Esclerosis Múltiple (ASBEM)	45
Asociación Salmantina de Esclerosis Múltiple (ASDEM)	153
Asociación Vallisoletana de Esclerosis Múltiple (AVEM)	145
Asociación Segoviana de Esclerosis Múltiple (ASGEM)	50
TOTAL	772

Fuente: memoria anual FACALEM, año 2014

El tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta que el tamaño de la población estudiada (N) era de 772 individuos, estableciendo un nivel de confianza o de seguridad ($1-\alpha$) del 95%, con un porcentaje de error del 5% y una diversidad del universo del 50%. De este modo, el tamaño muestral necesario era de 257 individuos, pero se añadió una proporción de pérdidas esperadas del 15% y el tamaño muestral necesario se incrementó hasta los 296 individuos. El tamaño muestral obtenido en el estudio (n) fue de 273 socios afectados de esclerosis múltiple miembros del tejido asociativo de FACALEM.

Los sujetos incluidos en el estudio fueron todos los socios afectados de las asociaciones de esclerosis múltiple integrantes de la Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple. Los criterios de exclusión fueron no tener voluntad de participar en el estudio y/o cumplimentación inadecuada del cuestionario. Para no incluir como criterio de elegibilidad la disponibilidad de internet y/o de correo electrónico por considerar que la muestra se podría reducir considerablemente, los ordenadores de cada una de las sedes disponían de la carta de presentación con el link de acceso al cuestionario de auto-informe en soporte informático para que los socios afectados pudieran cumplimentar el cuestionario, solos o con ayuda, a pesar de no disponer de conexión a internet y/o correo electrónico.

Las variables analizadas en el estudio fueron sexo, edad, estado civil, estudios, años de diagnóstico, problemática de la disfunción sexual, disfunción sexual y tipo de disfunción sexual. Estas variables se describen en el recuadro que se muestra a continuación:

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Género al que pertenece	Sexo de la persona	Hombre o mujer.
EDAD	Años de vida de la persona	Años cumplidos	≤ 40 años o ≥ 41 años
ESTADO CIVIL	Grado de vínculo del individuo con su pareja, en caso de tenerla.	Estado civil legal	Soltero, Pareja de hecho, Casado, Divorciado o Viudo
ESTUDIOS	Grado académico alcanzado en instituciones educativas	Estudios cursados y aprobados	Sin estudios, Universitarios, Primarios o Secundarios,
AÑOS DIAGNOSTICO	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EM hasta la realización de la encuesta	Años de diagnóstico	≤ 10 años, 11-15 o ≥ 16 años
PROBLEMÁTICA DE LA DISFUNCIÓN	Percepción individual de que la disfunción sexual es un problema importante consecuencia de la EM	Valoración de la disfunción como en problema importante	Si o No
DISFUNCIÓN SEXUAL	Dificultades que impiden que el individuo disfrute de la actividad sexual	Cuestionario MSISQ-19 adaptada por Reyes-Velarde (2000)	Normalidad. Puntuaciones de 1, 2 o 3 en los ítems. Disfunción. Puntuaciones de 4 o 5 en alguno de los ítems.
TIPO DISFUNCIÓN SEXUAL	Primaria. Desmielinización y atrofia de fibras nerviosas asociadas a actividad sexual. Secundaria. Cambios físicos que perjudican indirectamente las respuestas sexuales. Terciaria. Aspectos emocionales, psicológicos y sociales que interfieren con la función sexual.	Cuestionario MSISQ-19 adaptada por Reyes-Velarde (2000)	Primaria. Puntuaciones de 4 o 5 en ítems 12, 16, 17, 18 y 19. Secundaria. Puntuaciones de 4 o 5 en ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11. Terciaria. Puntuaciones de 4 o 5 en los ítems 7, 9, 13, 14, 15.

En Enero del 2015 se realizó la búsquedas de información sobre el tema abordado en bases de datos electrónicas (IBECS, IME, Web of Knowledge, Scopus, CUIDEN, LILACS, Cuidatge, Embase, Cinahl, E-Revistas y Cochrane library plus) y se elaboró el instrumento de recogida de información con preguntas de cuestionarios validados. El estudio empleó un cuestionario de autoinforme porque el uso de cuestionarios ayuda a aliviar las barreras comunes que se reportan alrededor de las cuestiones sexuales (Cordeau et al., 2014). Las seis primeras preguntas del cuestionario se tomaron del estudio sobre disfunción sexual “Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple” de Alarcia et al. (2007). Las siguientes 19 preguntas incluidas se corresponden con el cuestionario “The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire—19” sobre disfunción sexual validado, adaptado y traducido al castellano por Reyes-Velarde (2000). De este modo se obtuvo el instrumento que permitió recoger los datos necesarios para responder a los objetivos establecidos (ANEXO II).

Durante los meses de Febrero, Marzo y Abril del 2015 se realizó la captación de la muestra y la recogida de datos. Inicialmente se contactó con los responsables de las asociaciones para explicar los objetivos y el método de recogida de datos. A continuación, desde el 1 de Marzo hasta el 30 de Abril, se recogieron los datos mediante cuestionario de auto-informe en soporte informático con el programa LimeSurvey®. Durante este periodo de tiempo los socios afectados tuvieron a su disposición los cuestionarios, a los que podían acceder mediante un hipervínculo disponible en la carta de presentación que recibieron en su correo electrónico. La carta de presentación facilitada a los socios afectados incluía una presentación, el motivo del estudio, las instrucciones, la dirección de contacto para consultar dudas y/o conocer los resultados y el hipervínculo de acceso al cuestionario (ANEXO I).

Por último, en Mayo y Junio se realizó el análisis de los datos, se elaboraron las conclusiones y se redactó la memoria final del estudio. La información procedente del cuestionario de auto-informe en soporte informático del LimeSurvey® se descargó en una tabla de Excel y se registró en una base de datos creada con el programa informático EPI INFO® 3.5.4 (30 de Julio del 2012). Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente. En las tablas de contingencia se mostraron la frecuencia y el porcentaje de casos que presentaban las dos características de forma conjunta. Para conocer si entre las dos variables había o no dependencia se realizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas fueron aquellas cuya $p < .05$. También se comprobaron si las proporciones de columna eran o no diferentes. Finalmente se desarrollaron las conclusiones y se redactó la memoria científica del estudio.

Aspectos éticos y legales

La participación en el estudio fue voluntaria, consentida e informada, garantizando una confidencialidad absoluta de los datos. El estudio ha sido llevado a cabo de acuerdo con la ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica publicada en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E) número 159 de 4/7/2007, páginas 28826 a 28848, de acuerdo a la confidencialidad de los datos obtenidos en la encuesta, y con la guía ética de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en el mes de febrero del año 2010.

RESULTADOS

En primer lugar se describen las características demográficas y clínicas de los participantes en el estudio (tabla 2). De los 273 individuos observados, 132 (48.4%) fueron hombres y 141 (51.6%) mujeres. Consideraron que la disfunción sexual era un problema importante (figura 1) 183 individuos (67%). El porcentaje de hombres que consideró que la disfunción sexual era un problema importante (tabla 3) fue significativamente mayor que el de mujeres ($\chi^2_1 = 18.11$; $p = .001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($\chi^2_1 = 1.57$; $p = .210$) al considerar si la disfunción sexual era un problema importante (tabla 4). Entre el estado civil y la consideración de la disfunción sexual como un problema importante en relación a la esclerosis múltiple se observaron diferencias significativas ($\chi^2_1 = 14.89$; $p = .002$), siendo los porcentajes estadísticamente menores en casados que en divorciados y solteros (tabla 5).

Tabla 2
Descriptivo de la muestra

	<i>n</i>	%
DEMOGRÁFICAS		
Sexo		
Hombre	132	48.4
Mujer	141	51.6
Edad		
≤40 años	96	35.2
≥41 años	177	64.8
Estado civil		
Casado	153	56.0
Divorciado	27	9.9
Pareja de hecho	45	16.5
Soltero	48	17.6
Estudios		
Primarios	39	14.3
Secundarios	90	33.0
Universitarios	144	52.7
CLÍNICAS		
Años diagnóstico		
≤10 años	126	46.2
11-15 años	48	17.6
≥16 años	99	36.3
Problema		
No	90	33.0
Si	183	67.0

Se observaron diferencias significativas entre el nivel de estudios y la consideración de la disfunción sexual como un problema importante ($\chi^2_1 = 10.44$; $p = .005$), siendo los porcentajes estadísticamente menores en universitarios (figura 2) que en los que tienen estudios primarios y secundarios (tabla 6). Entre los años con el diagnóstico y la consideración de la disfunción sexual como un problema importante en relación a la esclerosis múltiple (tabla 7) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_1 = 5.38$; $p = .069$).

Figura 1. Consideración de la disfunción sexual como un problema importante vs sexo

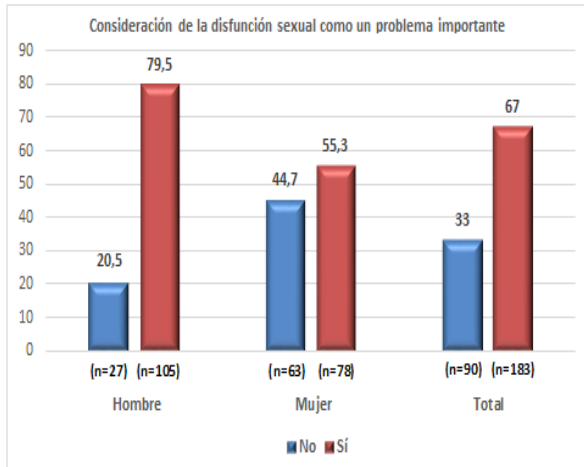


Figura 2. Consideración de la disfunción sexual como un problema importante vs estudios

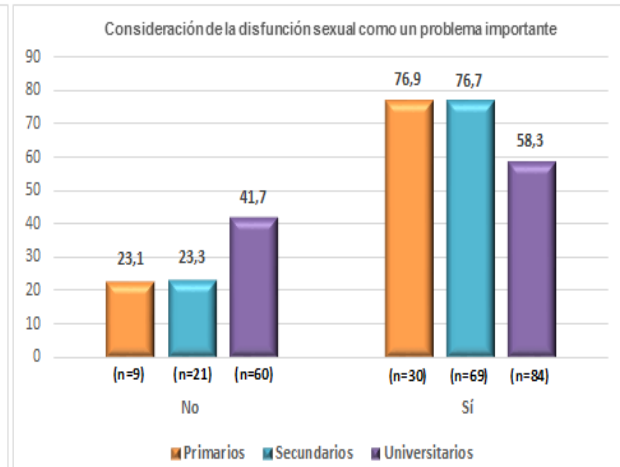


Tabla 3

Contingencia: consideración de la disfunción sexual como problema importante vs sexo

Problema	Sexo n (%)		Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	Hombre	Mujer				
No	27 (20.5)	63 (44.7)	90 (33.0)	18.11	1	.001
Sí	105 (79.5)	78 (55.3)	183 (67.0)			

Tabla 4

Contingencia: consideración de la disfunción sexual como problema importante vs edad

Problema	Edad n (%)		Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	≤40 años	≥41 años				
No	27 (28.1)	63 (35.6)	90 (33.0)	1.57	1	.210
Sí	69 (71.9)	114 (64.4)	183 (67.0)			

Tabla 5

Contingencia: consideración de la disfunción como un problema importante vs estado civil

Problema	Estado civil n (%)				Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	Casado	Divorciado	Pareja hecho	Soltero				
No	63a (41.2)	3b (11.1)	15a, b (33.3)	9b (18.8)	90 (33.0)	14.89	3	.002
Sí	90a (58.8)	24b (88.9)	30a, b (66.7)	39b (81.3)	183 (67.0)			

Nota. Cada letra (a, b) indica un subconjunto cuyas proporciones de columna no difieren entre sí ($p > .05$).

Tabla 6

Contingencia: consideración de la disfunción como un problema importante vs estudios

Problema	Estudios n (%)			Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	Primarios	Secundarios	Universitarios				
No	9 b (23.1)	21b (23.3)	60a (41.7)	90 (33.0)	10.44	2	.005
Sí	30 b (76.9)	69b (76.7)	84a (58.3)	183 (67.0)			

Nota. Cada letra (a, b) indica un subconjunto cuyas proporciones de columna no difieren entre sí ($p > .05$).

Tabla 7

Contingencia: consideración de la disfunción como un problema vs años de diagnóstico

Problema	Años de diagnóstico n (%)			Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	≤10 años	11-15 años	≥16 años				
No	45a (35.7)	9a (18.8)	36a (36.4)	90 (33.0)	5.38	2	.069
Sí	81a (64.3)	39a (81.3)	63a (63.6)	183 (67.0)			

Nota. Cada letra (a, b) indica un subconjunto cuyas proporciones de columna no difieren entre sí ($p > .05$).

La distribución de la disfunción sexual por tipos (figura 3) fue de 171 (62.6%) con disfunción sexual primaria, 177 (64.8%) con disfunción sexual secundaria y 165 (60.4%) con disfunción sexual terciaria. Por género (figura 4), la disfunción sexual primaria se detectó en 72 hombres (54.5%) y 99 mujeres (70.2%), la secundaria se detectó en 87 hombres (65.9%) y 90 mujeres (90%) y la terciaria se detectó en 81 hombres (61.4%) y 84 mujeres (59.6%), siendo las diferencias significativas (tabla 8) únicamente en la disfunción sexual primaria ($\chi_1^2 = 7.51$; $p = .007$). Respecto al tipo de disfunción por edad (tabla 9), solo se observaron diferencias significativas en la disfunción sexual primaria ($\chi_1^2 = 5.73$; $p = .017$), con unos porcentaje de disfunción del 53.1% en ≤ 40 años y del 67.8% en ≥ 41 años. Por último, no se observaron diferencias entre los tipos de disfunción y los años de diagnóstico (tabla 10).

Tabla 8
Contingencia: tipo de disfunción sexual vs sexo

Disfunción	Sexo n (%)		Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	Hombre	Mujer				
Primaria						
No	60 (45.5)	42 (29.8)	102 (37.4)	7.51	1	.007
Sí	72 (54.5)	99 (70.2)	171 (62.6)			
Secundaria						
No	45 (34.1)	51 (36.2)	96 (35.2)	0.13	1	.719
Sí	87 (65.9)	90 (63.8)	177 (64.8)			
Terciaria						
No	51 (38.6)	57 (40.4)	108 (39.6)	0.09	1	.763
Sí	81 (61.4)	84 (59.6)	165 (60.4)			

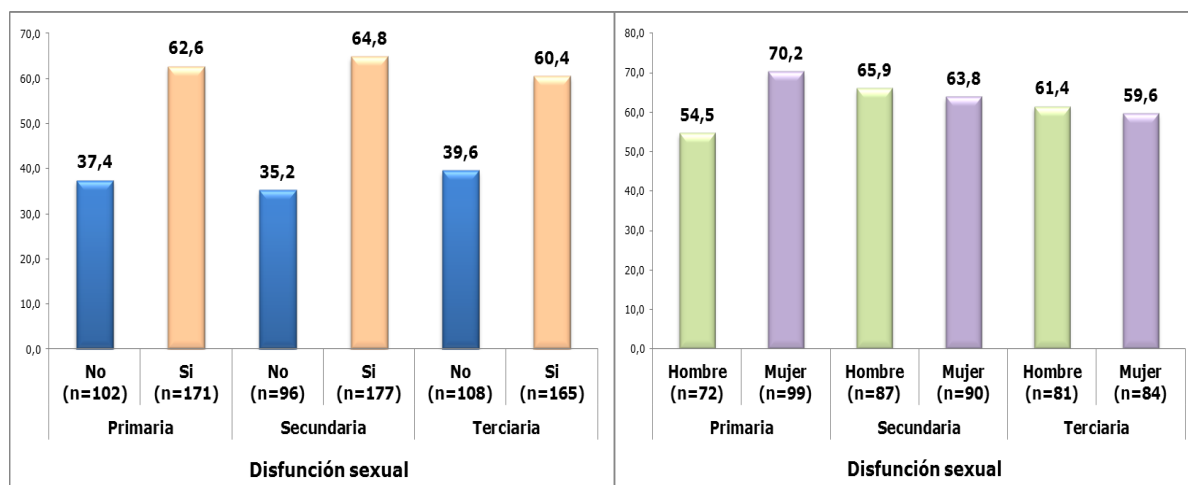
Tabla 9
Contingencia: tipo de disfunción vs edad

Disfunción	Edad n (%)		Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	≤ 40 años	≥ 41 años				
Primaria						
No	45 (46.9)	57 (32.2)	102 (37.4)	5.73	1	.017
Sí	51 (53.1)	120 (67.8)	171 (62.6)			
Secundaria						
No	36 (37.5)	60 (33.9)	96 (35.2)	0.35	1	.552
Sí	60 (62.5)	117 (66.1)	177 (64.8)			
Terciaria						
No	39 (40.6)	69 (39.0)	108 (39.6)	0.07	1	.791
Sí	57 (59.4)	108 (61.0)	165 (60.4)			

Tabla 10
Contingencia: tipo de disfunción vs años de diagnóstico.

Disfunción	Años diagnóstico n (%)			Total	Chi-cuadrado	g.l.	p
	≤ 10 años	11-15 años	≥ 16 años				
Primaria							
No	51a (40.5)	12a (25.0)	39a (39.4)	102 (37.4)	3.83	2	.147
Sí	75a (59.5)	36a (75.0)	60a (60.6)	171 (62.6)			
Secundaria							
No	48a (38.1)	15a (31.3)	33a (33.3)	96 (35.2)	0.94	2	.624
Sí	78a (61.9)	33a (68.8)	66a (66.7)	177 (64.8)			
Terciaria							
No	57a (45.2)	15a (31.3)	36a (36.4)	108 (39.6)	3.51	2	.173
Sí	69a (54.8)	33a (68.8)	63a (63.6)	165 (60.4)			

Figura 3. Distribución de la disfunción sexual por tipos Figura 4. Distribución de la disfunción por tipo y sexo



En general, para ambos sexos, los principales síntomas con una puntuación de 4-5 en el test MSISQ-19 y, por lo tanto, causantes de disfunción sexual (tabla 11) son: falta de interés o deseo sexual (49.5%), tardar mucho tiempo en llegar al clímax/orgasmo (47.3%), clímax/orgasmo menos satisfactorio (45.1%). En los hombres lo son: sentirse menos seguro de su sexualidad (52.3%), preocupación por satisfacer sexualmente a su pareja (50%) y disfunción eréctil (47.7%). En las mujeres lo son: falta de deseo sexual (53.2%), tardar mucho tiempo en llegar al clímax/orgasmo (51.1%) y problemas urinarios o con la vejiga (48.9%).

Tabla 11
Descriptivo de los síntomas con una puntuación de 4-5 en el test MSISQ-19

Síntomas	Sexo n (%)		Total
	Hombres	Mujeres	
Disfunción sexual primaria			
Adormecimiento o sensación disminuida de genitales	36 (27.2)	42 (29.8)	78 (28.6)
No tiene interés o deseo sexual	60 (45.5)	75 (53.2)	135 (49.5)
El clímax u orgasmo es menos intenso o satisfactorio	60 (45.4)	63 (44.7)	123 (45.1)
Tarda mucho tiempo en llegar al clímax u orgasmo	57 (43.1)	72 (51.1)	129 (47.3)
Insuficiente lubricación/disfunción eréctil	63 (47.7)	48 (34)	111 (40.7)
Disfunción sexual secundaria			
Músculos tensos o espasmos	45 (34)	57 (40.4)	102 (37.4)
Problemas urinarios o con la vejiga	45 (34)	69 (48.9)	114 (41.8)
Problemas intestinales	36 (27.3)	30 (21.3)	66 (24.2)
Sensación de dependencia	21 (15.9)	54 (38.3)	75 (27.5)
Temblores o movimientos involuntarios	48 (36.4)	48 (34)	96 (35.2)
Dolor, ardor o molestias en el cuerpo	30 (22.7)	39 (27.6)	69 (25.3)
Problemas moviendo el cuerpo	63 (47.7)	45 (31.9)	108 (39.6)
Problemas de concentración, memoria y pensamiento	48 (36.3)	57 (40.4)	105 (38.5)
Exacerbación o empeoramiento de la esclerosis	39 (29.5)	36 (25.5)	75 (27.5)
Disfunción sexual terciaria			
Sensación de que su cuerpo ya no es tan atractivo	33 (25)	51 (36.2)	84 (30.8)
Se siente menos masculino o femenina	30 (22.7)	36 (25.5)	66 (24.2)
Temor a ser rechazado/a sexualmente	51 (38.7)	30 (21.2)	81 (29.7)
Preocupación por satisfacer sexualmente a su pareja	66 (50)	51 (36.1)	117 (42.9)
Se siente menos seguro/a de su sexualidad	69 (52.3)	42 (29.8)	111 (40.7)

DISCUSIÓN

En cuanto a la consideración de la disfunción sexual como un problema importante en relación con la esclerosis múltiple, se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo (79.5% hombres y 55.3% mujeres), por estado civil (58.8% casados, 88.9% divorciados, 66.7% parejas de hecho y el 81.3% solteros) y por nivel de estudios (76.9% estudios primarios, 76.7% estudios secundarios y 58.3% universitarios). No observándose diferencias significativas por edad ni por años con el diagnóstico de esclerosis múltiple. En esta línea, Alarcia et al. (2007) detectaron que el 75% de los pacientes con disfunción sexual consideraban que la disfunción sexual era un problema importante.

Varios estudios han detectado una mayor prevalencia de disfunción en pacientes con esclerosis múltiple que en personas con otras enfermedades crónicas y que en la población general (Zhen-Ni et al., 2012). En este estudio el 64.8% de los individuos padecían al menos una disfunción sexual. Esta prevalencia es superior a la del estudio de Alarcia et al. (2007) con un 43%, similar a la de Zorzon et al. (1999) con un 62.9% e inferior a la de Lew-Starowicz et al. (2013) con un 82.5%. La distribución de la disfunción sexual por tipos fue del 62.6% primaria, del 64.8% con secundaria y del 60.4% con terciaria, todos ellos superiores a los de Ashtari et al. (2014) con 52.4%, 37.5% y 41% respectivamente. Por género, la disfunción sexual primaria se detectó en el 54.5% de los hombres y el 70.2% de las mujeres, la secundaria en el 65.9% de los hombres y el 90% de las mujeres, y la terciaria en 61.4% de los hombres y el 59.6% de las mujeres; mientras que Alarcia et al (2007) no observaron diferencias en la prevalencia de disfunción sexual entre hombres y mujeres.

Respecto al tipo de disfunción sexual, se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo (54.5% hombres y 70.2% mujeres) y por edad (53.1% en ≤ 40 años y del 67.8% en ≥ 41 años) en la disfunción sexual primaria. No se observaron diferencias significativas por años con el diagnóstico de esclerosis múltiple ni para las disfunciones sexuales secundaria y terciaria. Alarcia et al. (2007) no observaron relaciones estadísticamente significativas entre la disfunción sexual, el sexo, la edad ni los años de diagnóstico. Por su parte, Mohammadi et al. (2013) indican en su estudio que los síntomas se incrementan a los dos años de seguimiento y que existe una correlación entre la esclerosis múltiple y la disfunción sexual a los nueve años del diagnóstico.

En cuanto a la disfunción sexual primaria, los principales síntomas en los hombres de la población estudiada fueron la disfunción eréctil (47.7%), falta deseo sexual (45.5%) y clímax u orgasmo menos satisfactorio (45.4%). Estos síntomas también son los más frecuentes en los estudios de Zorzon et al. (1999), Zhen-Ni et al. (2012) y Tarhan et al. (2012) aunque el

orden y las frecuencias son diferentes: disfunción eréctil (63%-75%), clímax u orgasmo menos satisfactorio (50%) y falta de deseo sexual (39%-40%). En este estudio la falta de deseo sexual es más frecuente que el clímax menos satisfactorio. En las mujeres de la población estudiada los principales síntomas de disfunción sexual fueron falta de deseo sexual (53.2%), tardar mucho tiempo en llegar al clímax u orgasmo (51.1%) y clímax u orgasmo menos satisfactorio (44.7%). En los estudios de Zorzón et al. (1999) y Fletcher, et al. (2009) los síntomas más frecuentes fueron falta de deseo sexual (31-61%), disminución de la lubricación vaginal (35%-47%), clímax u orgasmo menos satisfactorio (37%). En este estudio la disminución de la satisfacción sexual no se encuentra entre los síntomas más frecuentes y sí lo hace el tardar mucho tiempo en llegar al clímax u orgasmo.

Las diferencias entre los estudios podrían ser debidas a la utilización de diferentes herramientas de detección, a las características ligeramente diferentes en las muestras, a un mayor deterioro de los participantes de algunos estudios, a los diferentes tratamientos farmacológicos utilizados y a la presencia de enfermedades concomitantes que pueden causar disfunción sexual.

Limitaciones

Como todos los estudios de auto-informe, los datos pueden estar influidos por factores como el sesgo de auto-informe y puede existir sesgo de información por la naturaleza sensible de las preguntas. Además, como sólo se reclutaron individuos pertenecientes a FACALEM, los resultados no se pueden generalizar a todos los individuos con Esclerosis Múltiple de Castilla y León. Por otra parte, se deberían haber neutralizado más variables de confusión (fármacos, enfermedades concomitantes, apoyo social y satisfacción sexual). Las futuras líneas de investigación deberían valorar si la disfunción sexual tienen una disminución en la calidad de vida, en qué medida el grado de discapacidad se correlaciona con la disfunción sexual y la eficacia a medio plazo de una estrategia educativa grupal.

CONCLUSIONES

En conclusión, los socios afectados consideran que la disfunción sexual es un problema importante en relación con su enfermedad, siendo hombres, divorciados y con estudios no universitarios los perfiles que lo consideran como un problema importante. Tan solo se identificaron diferencias significativas en la disfunción sexual primaria, siendo las mujeres y los de ≥ 41 años los perfiles con una mayor presencia de dicha disfunción. Los problemas sexuales en los socios afectados de FACALEM son frecuentes y la disfunción

sexual secundaria es la más común. Los principales síntomas de disfunción sexual en los hombres son sentirse menos seguro de su sexualidad, preocupación por satisfacer a su pareja y disfunción eréctil, mientras que en las mujeres lo son falta de interés o deseo sexual, tardar mucho en llegar al clímax/orgasmo y problemas urinarios o con la vejiga.

Los resultados obtenidos han incrementado y mejorado los conocimientos sobre la disfunción sexual en los socios afectados de FACALEM, pero se debe seguir estudiando el acceso a los apoyos profesionales y las estrategias que reduzcan el deterioro en la satisfacción sexual de las personas que esclerosis múltiple. De este modo, se podrían desarrollar intervenciones para los problemas sexuales con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcia Alejos, R., Ara Callizo, J. R., Martín Martínez, J., & García Gomara, M. (2007). Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple. *Revista de neurología*, 44 (9), 524-526.
- Antona, A. (2013). Disfunciones sexuales. Notas de clase. *Instituto de Salud Pública*, 1(1) 1-35.
- Ashtari, F., Rezvani, R. & Afshar, H. (2014). La disfunción sexual en las mujeres con esclerosis múltiple: Dimensiones y factores contribuyentes. *Journal medical science research*, 19 (1), 228-33.
- Astbury Ward, E. (2007). *Sexual dysfunction in MS. A practical guide for nurses*. Reino Unido: Porterhouse Medical Ltd, PML.
- Ballester, R & Gil, M.D. 1995. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicotema*, 7 (1), 95-14.
- Blackmore, D. L., Hart, S.J., Albiani, J., & C. Mohr, D. (2011). Improvements in partner support predict sexual satisfaction among individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation psychology*, 56 (2), 117-122. doi:10.1037/a0023362
- Bronner, G., Elran, E., Golomb, J. & Korczyn A.D. (2010). Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problema and the intervention. *Journal compilation, Acta de neurología*, 121 (1), 289–301. doi: 10.1111/j.1600-0404.2009.01314.x
- Cordeau, D. & Courtois, F. (2014). Sexual disorders in women with MS: Assessment and management. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 57 (5), 337-347.

- De Andrés, C. (2003). Interés de los brotes en la esclerosis múltiple. Fisiopatología y tratamiento. *Revista de neurología*, 36 (11), 1058-1064.
- Demirkiran, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D & Aslan, K. (2006). Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: Are there any differences?. *Multiple sclerosis*, 12 (2), 209-214. doi: 10.1191/135248506ms1253
- Fletcher, S.G., Castro-Borrero, W., Remington, G., Treadaway, K., Lemackand, G.E. & Frohman, E.M. (2009). Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. *Nature clinical urology*, 6 (2), 1-12. doi:10.1038/ncpuro1298
- Fernández, O. (1990). *Epidemiología de la esclerosis múltiple en España*. In Alfaro A, Sancho J, eds. Neuroepidemiología. Madrid: MCR, 115-22.
- Fernández O. (2000). Factores genéticos y ambientales en la esclerosis múltiple. *Revista de neurología*, 30 (1), 964-967.
- García-Merino, A., Fernández, O., Montalban, X., De Andres, C. & Arbizu T. (2010). Documento de consenso sobre el uso de medicamentos en esclerosis múltiple: escalado terapéutico. *Neurología*, 25 (1), 378-90.
- Germaine, A., Griswold, M.A., Foley, F., June Halper, M.S.N., LaRocca, N.G & Zemon, V. (2003). Una encuesta de confort, formación de profesionales de salud y consulta sobre disfunción sexual. *International journal of MS care*, 2 (5), 3-15.
- Guirao, C. (2008, 21 de Mayo). Porcentajes de disfunción sexual. *El mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/05/21/mujer/1211377785.html>
- La Calle, P. et al. 2006. Dificultades sexuales en la práctica ginecológica. *Sexología integral*, 3 (4), 204-209.
- Laumann, E.O, Paik, A. & Rosen, R.C. 1999. Sexual Dysfunction in the United States prevalence and predictors. *Journal of american medical association*, 281 (1), 537-544.
- Lew-Starowicz, M. & Rola, R. (2012). Sexual quality of life in women with multiple sclerosis. *Przegląd menopauzalny*, 5 (1), 381–387. doi: 10.5114/pm.2012.31463
- Lew-Starowicz, N., & Rola, R. (2013). Prevalence of sexual dysfunctions among women with multiple sclerosis. *Sex disabil*, 31 (1), 141-153. doi:10.1007/s11195-013-9293-9
- Merghati Khoei, E., Qaderi, K., Leila Amini, L., & Korte, J. (2013). Sexual problems among women with multiple sclerosis. *Journal neurology science*, 331 (1), 81-85. doi:10.1016/j.jns.2013.05.014
- Mohammadi, K., Rahnema, P., Moayed Mohseni, S., Ali Sahraian, M., & Montazeri, A. (2013). Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *BioMed central neurology*, 13 (83), 1-6. doi: 10.1186/1471-2377-13-83

- Mula, M. (2014). Neuropsicología de la Esclerosis Múltiple. *Revista discapacidad clínica neurociencias*, 1 (1), 17-35.
- Reyes-Velarde, M.A. (2000). The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire—19. *Sexuality and disability*, 18 (1), 3–26.
- Rubio, E. & Diaz J. (1994). Antología de la sexualidad humana. *Las disfunciones sexuales*, 1 (1) 203-246.
- Sistema sanitario público Vasco. (2013). Disfunción sexual por fármacos. *Información farmacoterapéutica de la comarca, INFAC*. (8), 55-58.
- Sociedad Española De Ginecología y Obstreticia, S.E.G.O. (2010). *Esclerosis múltiple. Relaciones, intimidad y sexualidad*. Ponzano, 53. 28003. Madrid. Federación Española de la Lucha contra la Esclerosis Múltiple.
- Tarhan, F., Yücetaş, U., Türk, Ü., Faydacı, G. (2012). The relationship between sexual dysfunction and disease-related parameters and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Diario turco de urología*, 38 (4), 216-20.
- Vandenbroucke, J.P, Von Elm, E., Altman, D.G., Gotzsche, P.C., Mulrow Stuart, C., Stuart Pocock, M., Poole, C., Schlesselman, J.J. & Egger, M. (2009). Mejorar la comunicación de estudio observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gaceta sanitaria*, 1 (1), 1-28. doi:10.1016/j.gaceta.2008.12.001
- World Association for Sexual Health. (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento técnico*. Minneapolis, MN, USA.
- Zhen-Ni, G., Si Yuan, H., Hong Liang, Z., Jiang, W., & Yi, Y. (2012). Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian journal of andrology*, 14, 530-535. doi: 10.1038/aja.2011.110
- Zorzon, M., Zivadinov, R., Bosco, A., Bragadin, L.M., Moretti, R., Bonfigili, L., et al. (1999). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Frequency and comparison of groups. *Multiple sclerosis*, 5 (1), 418-427.

ANEXO I: CARTA DE PRESENTACIÓN

CARTA DE PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Estimado socio afectado de alguna de las asociaciones integradas en la Federación de Asociaciones de Castilla y León de Esclerosis Múltiple (FACALEM). Mi nombre es Daniel Viejo Fernández, soy enfermero y solicito su ayuda y colaboración para que complete una encuesta que se corresponde con mi Trabajo Fin de Máster (TFM). La encuesta que le invito a realizar es sobre la disfunción sexual en pacientes con esclerosis múltiple. Para participar en el estudio debe entrar en la dirección propuesta y responder una serie de preguntas.

INSTRUCCIONES

Entrando en la dirección indicada aparecerá la encuesta y se le solicitarán los datos por pantallas. La encuesta es totalmente anónima, incluye 29 preguntas y su cumplimentación le llevará unos 10 minutos. Una vez completado el proceso, aparecerá un mensaje informativo confirmando que ha finalizado la encuesta y un mensaje de agradecimiento.

RESULTADOS

Posteriormente, si desea obtener más información sobre el trabajo, los objetivos o cualquier otra cosa, quedo a su disposición a través del siguiente correo electrónico: dviejf00@estudiantes.unileon.es .Le doy las gracias de antemano por su colaboración, sin la cual no sería posible llevar a cabo este estudio.

ENLACE PARA COMPLETAR LA ENCUESTA

<https://encuestas.unileon.es/index.php?sid=22376&lang=es>

Daniel Viejo Fernández

ANEXO II: CUESTIONARIO DE AUTO-INFORME

SEXO: HOMBRE__ MUJER__		EDAD: ≤ 30 AÑOS__ 31-40 AÑOS__ 41-50 AÑOS__ 51-60 AÑOS__ ≥ 61 AÑOS__			
ESTADO CIVIL: SOLTERO__ PAREJA DE HECHO__ CASADO__ DIVORCIADO__ VIUDO__					
NIVEL DE ESTUDIO: PRIMARIOS__ SECUNDARIOS__ UNIVERSITARIOS__ SIN ESTUDIOS__					
Nº DE AÑOS CON EL DIAGNOSTICO: ≤ 10 AÑOS__ 11-15 AÑOS__ ≥ 16 AÑOS__					
¿CREE QUE LA DISFUNCIÓN SEXUAL ES UN PROBLEMA IMPORTANTE EN RELACIÓN CON SU ENFERMEDAD? SI__ NO__					
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS HAN INTERFERIDO CON SU SATISFACCIÓN O ACTIVIDAD SEXUAL.					
	Nunca	Casi nunca	Ocasional	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
Músculos tensos o espasmos en los brazos, piernas o cuerpo					
Problemas urinarios o con la vejiga					
Problemas intestinales					
Sensación de dependencia debida a la esclerosis múltiple (EM)					
Temblores o movimientos involuntarios en manos y piernas					
Dolor, ardor o molestias en el cuerpo					
Sensación de que su cuerpo ya no es tan atractivo					
Problemas moviendo el cuerpo de la manera que quiere durante la actividad sexual					
Se siente menos masculino o femenina debido a la EM					
Problemas de concentración, memoria y pensamiento					
Exacerbación o empeoramiento significativo de la esclerosis					
Adormecimiento o sensación disminuida en los genitales					
Temor a ser rechazado/a sexualmente debido a la EM					
Le preocupa mucho de poder satisfacer sexualmente a su pareja					
Se siente menos seguro/a de su sexualidad debido a la EM					
No tiene interés o deseo sexual					
El clímax u orgasmo es menos intenso o satisfactorio					
Tarda mucho tiempo en llegar al clímax u orgasmo					
En las mujeres no hay suficiente lubricación o humedad vaginal. En los hombres hay dificultad para obtener o mantener una erección satisfactoria					