



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Impacto del tratamiento antirretroviral en la función sexual de mujeres con VIH”.

Alumna: Zallio, Verónica Yanina

E-mail: verozallio@hotmail.com

Tutor: Dr. Lupo, Sergio

Fecha de presentación: Diciembre de 2013

Índice

Índice -----	1
Resumen -----	2
Introducción -----	4
Marco teórico -----	7
Objetivos -----	18
Material y métodos -----	19
Resultados -----	22
Discusión -----	48
Conclusión -----	52
Bibliografía -----	53
Anexos -----	58
Anexo I: Consentimiento informado -----	59
Anexo II: Encuesta -----	60

Resumen

Poco se sabe sobre la disfunción sexual femenina (DSF) en pacientes con VIH. Con el objetivo de investigar si las mujeres con VIH tienen alterada su función sexual y si el tratamiento en uso tiene influencia sobre ésta, se comparó mujeres en tratamiento con inhibidores de proteasa (IP) versus inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI), discriminando las alteraciones que se produzcan en el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y la presencia del dolor en el acto sexual, de cada grupo.

Material y métodos: Se llevó adelante un estudio de tipo observacional, de corte transversal y descriptivo, en base a encuestas realizadas a 92 pacientes mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación clínica Integral (CAICI), de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre 1° de mayo y el 27 de septiembre de 2013. La encuesta consta de características demográficas, preguntas referidas al VIH y el The Female Sexual Function Index (FSFI), que es un cuestionario auto-administrado desarrollado por Rosen y cols., posteriormente validada por Meston, diseñado específicamente para evaluar la función sexual femenina. El muestreo fue no probabilístico.

Resultados:

- La edad promedio de las 92 encuestadas fue de 42 años. El 65% de las mujeres tenían pareja estable, siendo el 73% de estas VIH negativo. La cantidad de CD4 promedio de todas las mujeres fue de 607,2 células/ml y el 90% con carga viral plasmática suprimida. El 45,7% estaba tomando el mismo esquema antirretroviral entre 2 a 5 años.

- El 64,1% presentaban otra enfermedad, entre las más frecuentes, HTA (16%), Hipotiroidismo (14%) y Depresión (13%). Por lo que el 55,4% toma medicación concomitante.
- El 27,2% continuó con su actividad sexual luego del diagnóstico de VIH, pero el 26,1% nunca la retomó. Del total, el 71,7% vieron disminuida su actividad sexual en las últimas 4 semanas, entre las causas más frecuentes figuran el diagnóstico del VIH 33,7%, falta de pareja 26,1% y depresión 21,7%.
- El análisis del FSFI, discriminando según el tipo de tratamiento antirretroviral, permitió conocer que en los dominios: deseo y excitación las pacientes tratadas con IP presentan un puntaje levemente inferior a las tratadas con INNTI. En lubricación, satisfacción y dolor, las pacientes tratadas con IP presentan un puntaje superior a las tratadas con INNTI. En el dominio orgasmo, ambos grupos tienen puntajes iguales. La puntuación total alcanzada por medio del FSFI fue de $20,4 \pm 10,1$ para las tratadas con IP y $20 \pm 10,6$ para las tratadas con INNTI, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusión: La población globalmente analizada presentó un score compatible con disfunción sexual. No hubo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la función sexual de las mujeres tratadas con IP y las tratadas con INNTI, en todos los dominios estudiados: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; y en la función sexual total.

Palabras clave: *función sexual femenina, disfunción sexual, VIH, tratamiento antirretroviral.*

Introducción:

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres, pero este impacto puede variar entre las diferentes personas e incluso entre los diferentes países influenciado por distintos factores biológicos y socio-culturales ⁽¹⁻²⁾.

Sin embargo, frecuentemente en la práctica clínica se observan problemas serios de sexualidad. En un estudio se ha descrito que los trastornos de la sexualidad afectan al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación ⁽³⁾.

Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana ⁽⁴⁾.

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y 4. dolor sexual ⁽⁵⁾. Con esta clasificación, se encontró que un 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual ⁽⁶⁾.

La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción⁽⁷⁾.

La investigación sobre la sexualidad de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha centrado principalmente en la comprensión de los factores asociados con prácticas sexuales de riesgo y la evaluación de la eficacia de las intervenciones destinadas a modificar estas conductas; pero poco es lo que sabe acerca de las experiencias sexuales y adaptaciones de las personas que viven con VIH ⁽⁸⁾.

Existen pocos estudios que examinan las relaciones sexuales y sus dificultades en mujeres VIH desde el advenimiento de la medicación antirretroviral, aunque la mayor longevidad puede renovar el interés en este aspecto de la calidad de vida. Hay evidencia que la reducción del interés sexual puede estar asociado con la medicación antirretroviral, en particular inhibidores de la proteasa (IP), tanto en hombres como mujeres ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En un estudio europeo, se evaluó la disfunción sexual en las mujeres VIH con el cuestionario The Female Sexual Function Index (FSFI) y se llegó a la conclusión de que los factores psicológicos (Depresión, irritabilidad, ansiedad) y el diagnóstico del VIH en sí, tenían más probabilidades de ser los principales

impulsores de las dificultades sexuales y no necesariamente el comienzo del tratamiento antirretroviral ⁽¹¹⁾.

La finalidad de este trabajo es determinar el impacto que tiene el tratamiento antirretroviral, sobre la función sexual en mujeres con VIH, comparando las pacientes tratadas con inhibidores de la proteasa (IP) con los Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI).

MARCO TEÓRICO

1981 - Es el punto de partida conocido, con la publicación de Gottlieb y sus colaboradores del artículo *Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency*.

Esta histórica publicación hacía referencia a los primeros casos conocidos en 5 hombres jóvenes sin clínica anterior. La neumonía por *Pneumocystis carinii* era, hasta entonces, atípica en pacientes jóvenes. En pocos meses se describieron casos similares en otros países y cundió la alarma. En esta etapa de desconcierto y búsqueda de agentes causales, se empezaron a relacionar estas enfermedades con los estilos de vida de los afectados, lo cual, produjo estereotipos hacia determinados colectivos ⁽¹²⁻¹³⁾.

1983 - Se identifica el virus causante de estas patologías a partir de las investigaciones del Dr. Montaigner y su equipo. Casi a la vez el Dr. Gallo y sus colaboradores, consiguieron aislar un retrovirus similar. Posteriormente se descubrió que se trataba del mismo virus y que éste era el agente causal de las enfermedades. La proximidad entre ambos descubrimientos y su relevancia científica, dieron lugar a una larga polémica, zanjada posteriormente mediante un acuerdo histórico.

1985 - Tras estos descubrimientos, se hizo necesario contar con técnicas de detección de anticuerpos, que fueron aprobadas ese año.

1986 - La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone la denominación de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) de forma general. Ese mismo año, se descubre un nuevo virus en África occidental (VIH-2) menos virulento que el VIH-1, que es el que predomina en el resto del mundo.

1987 - La magnitud de la pandemia, propició disponer de opciones farmacológicas para su control, aprobándose como fármaco antirretroviral el primer Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (INTI), zidovudina (AZT).

A finales de la década de los 80, se generaliza la importancia del recuento de los linfocitos CD4, indicadores de la situación inmunológica y progresión de la enfermedad.

1996 - Se toma en consideración otro marcador: La cuantificación de la carga viral (ARN) como descriptor de la cantidad de virus circulante en sangre. La carga viral y los CD4 van a constituir, a partir de entonces, los dos marcadores básicos de progresión de la enfermedad.

La década de los años 90 es básicamente farmacológica con la aparición de nuevas opciones terapéuticas: los Inhibidores de la Proteasa (IP) y los Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI). En este contexto, la filosofía del Dr. Ho ⁽¹⁴⁾ de actuar de forma temprana y contundente en el manejo de la enfermedad, propició el comienzo de la era de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART).

A final de los años 90, los resultados de esta terapia muestran una reducción de la carga vírica de los pacientes hasta niveles indetectables, durante prolongados períodos de tiempo, además de la reducción de mortalidad y morbilidad. Sin embargo no desciende la progresión; el resultado es el aumento del número de personas infectadas y el descenso de fallecimientos ⁽¹⁵⁾.

Ya en la década de los años 2000, se constata la progresión de la enfermedad a nivel mundial, así como la preocupación de Organismos y Gobiernos, por la problemática del VIH.

En Argentina, actualmente se estima que hay 130 mil personas infectadas con VIH. Cada mil adultos, 4 viven con VIH (prevalencia del 0,4%).

Por año, se detectan 5.500 nuevos diagnósticos, con una relación 1,7 varones por cada mujer diagnosticada. El promedio de edad es de 36 años en varones y de 32 años en mujeres. Donde el 85% de los varones y el 88% de las mujeres se infectaron por vía sexual.

Muestra que una de las poblaciones más vulnerables en todo el país, es la heterosexual sexualmente activa, ya que la principal vía de contagio fue a través de relaciones sexuales desprotegidas, siendo la heterosexual el 46.3 % de los casos y entre los hombres que tienen sexo con hombres, el 14.3 %.

Otros dato inquietante, es que en los años 80, los porcentajes de infectados eran de 70% en hombres, frente al 30% en mujeres. La progresión natural de la enfermedad y la transmisión sexual, fueron equilibrando los porcentajes de forma que en los últimos años, el porcentaje de mujeres ha aumentado de

forma sistemática, en el informe de ONUSIDA/OMS afirma, que en el mundo cerca de la mitad de los adultos infectados son mujeres.

Argentina no escapa a lo que está pasando en el resto del mundo. En nuestro país el mayor crecimiento, a medida que pasan los años, se da en mujeres sexualmente activas.

Las mujeres se ven más afectadas porque son físicamente más vulnerables que los hombres al VIH. Durante una relación sexual en la que no se usa preservativo, es dos veces más probable que se produzca la transmisión del VIH de varón a mujer que a la inversa. A esto hay que agregarles las desventajas culturales, sociales, económicas y de género que afectan a las mujeres, y sobre todo, su capacidad de transmitir el virus a sus propios hijos por medio de la transmisión vertical ⁽¹⁶⁾.

Como se ha comentado previamente, en 1986 se aprueba el uso del AZT (zidovudina) como primer fármaco antirretroviral. Se trata del primer Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Inversa (INTI). Se aplica en monoterapia y su uso es generalizado para los pacientes VIH. En 1987 se publicó el primer estudio que demostró su eficacia.

Para evaluar la eficacia del tratamiento, se utilizaron criterios inmunológicos (nivel de linfocitos CD4) y clínicos. Los pacientes tratados, en comparación con los que recibieron placebo, tuvieron un menor deterioro inmunológico y una menor progresión a SIDA ⁽¹⁷⁾.

Posteriormente el AZT, comenzó a prescribirse en combinación con didanosina (ddl) o zalcitavina (ddC), en la modalidad de biterapia. Más tarde

aparecen nuevas familias de fármacos: Los Inhibidores de la Proteasa (IP) y los INNTI (Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa).

Los **inhibidores de la proteasa**, disminuyen la producción viral. Esta reducción favorece el equilibrio del sistema inmunitario, observándose con frecuencia un aumento en el número de linfocitos CD4. También disminuyen las enfermedades oportunistas y los índices de mortalidad ⁽¹⁸⁾.

Los **inhibidores de la transcriptasa**, contribuyen al aumento de supervivencia y disminuyen la frecuencia y severidad de las infecciones oportunistas en los pacientes con infección avanzada ⁽¹⁹⁾.

Los **inhibidores de la fusión** son la reciente opción de tratamiento. El fármaco, ataca al VIH de forma diferente a los antirretrovirales existentes, ya que impide la fusión del VIH con las células humanas, mientras que los demás actúan cuando la célula ya está infectada.

Como consecuencia de este mecanismo de acción, es activo contra cepas de VIH que se han vuelto resistentes a los tratamientos actuales. Se considera el medicamento más complejo de los fabricados hasta la fecha, al aportar calidad de vida al paciente y ser eficaz, incluso, en aquellos que ya no responden a otros tratamientos ⁽²⁰⁾.

La iatrogenia producida por los fármacos, implica no solamente los problemas físicos, sino también el impacto emocional que produce. El rango de efectos adversos de los antirretrovirales es muy amplio. Probablemente el más significativo es el síndrome de lipodistrofia, ya que produce tal deformación corporal que vuelve a llevar al paciente al estado de autoaislamiento e

indefensión. Los pacientes precisan intervención psicológica específica y apoyo social.

Los trastornos psicológicos son frecuentes en VIH, unos de etiología orgánica, debidos al deterioro cognitivo o neurológico, pero muchos de base psicológica, cuya latencia dispara las conductas. Los mensajes sociales sobre la enfermedad contribuyen a esta situación. En este contexto, los trastornos del estado de ánimo son habituales, afectando áreas del comportamiento y del proceso de enfermedad. Estas alteraciones psicológicas cursan con cambios de humor y focalización de eventos negativos. Las respuestas más habituales son; Depresión y Ansiedad ⁽²¹⁾. Condicionados por factores como el rechazo social, la estigmatización y los estereotipos asociados al VIH, constituyen un elemento coadyuvante al desarrollo de estas patologías. Otros factores como la identidad sexual, el desarraigo social o la pobreza (económica, cultural y de recursos), agravan la situación de los pacientes VIH. Finalmente la suma de estos aspectos puede incidir en la propia percepción que los pacientes poseen sobre la enfermedad y su proceso, llevándoles a actitudes de autoaislamiento, auto-culpabilización e indefensión ⁽²²⁾.

A mediados del siglo XX Kinsey, realiza la primera investigación científica de la sexualidad, analizando mediante entrevistas el comportamiento sexual de más de 17.000 personas. El famoso estudio Kinsey fue pionero, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo ⁽²³⁾.

Master y Jhonson, ⁽²⁴⁻²⁵⁾ valoraron en su laboratorio experimental la fisiología clínica subyacente en las respuestas sexuales humanas, entrevistando a

cientos de parejas y estableciendo las bases del análisis de la conducta sexual que siguen vigentes en la actualidad.

Describieron las cuatro fases de la Respuesta Sexual Humana (RSH) como excitación – meseta – orgasmo – resolución, tanto para hombre como para mujeres. Posteriormente se redujeron a dos básicas, excitación y orgasmo, en lo que se conoció como “la respuesta bifásica”.

Luego, Kaplan ⁽²⁶⁾ propuso clasificar los trastornos sexuales en torno al concepto trifásico de la respuesta sexual, catalogando las disfunciones sexuales en síndromes diferenciados que afectan a las fases de deseo - excitación - orgasmo.

Por entonces se consideraba que la mayoría de las causas de estas disfunciones eran de orden psicógeno. Sin embargo, en esta propuesta inicial Kaplan había expuesto la importancia del factor hormonal, incluido el androgénico, tanto en el hombre como en la mujer, como causa orgánica del deseo sexual.

Ante la evidente importancia de los aspectos sexuales como parte de la conducta humana la Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1974 la salud sexual como *“la aptitud para disfrutar de la sexualidad”*.

El DSM IV define el ciclo de la respuesta sexual humana por ejes y categorías. Las fases descritas y aceptadas, son las siguientes:

Deseo: fantasías sobre la actividad sexual y deseo de llevarlas a cabo.

Excitación: sensación subjetiva de placer, acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios del varón se caracterizan por la tumescencia peniana y la erección. En la mujer aparece vaso congestión generalizada de la pelvis, lubricación y expansión de la vagina y tumefacción de los genitales externos.

Orgasmo: consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores.

En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria que va seguida de la emisión de semen. En la mujer, se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer, el esfínter anal se contrae de forma rítmica.

Resolución: esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella, los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo, durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior, casi inmediatamente.

Se define a las disfunciones sexuales como, una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente ⁽²⁷⁾.

Con estos conceptos se abrió la posibilidad de ofrecer tratamientos específicos, a partir de considerar que cuando la función sexual es normal, ésta

se acepta tal cual, sin que cause preocupación alguna en el individuo, pues éste ni siquiera piensa en ello; pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales.

Labrador, ⁽²⁸⁾ en su libro indica: *“hay que considerar a las disfunciones sexuales como aquellos problemas fisiológicos, cognitivo-afectivo o conductuales que dificultan a la persona participar o disfrutar plenamente de las actividades sexuales”*.

Considera el ciclo sexual un continuo, proponiendo 5 fases para su descripción: deseo - excitación - meseta - orgasmo - resolución.

En cuanto a las causas, considera que además de los factores físicos y psicológicos, deben ser evaluados: factores predisponentes (en especial experiencias tempranas); factores precipitantes; factores de mantenimiento. También enfatiza la ansiedad como precipitante en la impotencia.

En el contexto del VIH, se ha hablado de sexualidad, básicamente desde la prevención (programas de educación para la salud, campañas informativas), se puede considerar el enfoque social del problema. De lo que poco se sabe, es acerca de las experiencias sexuales y adaptaciones de las personas que viven con VIH ⁽⁸⁾. Sin embargo, hay evidencia de que un diagnóstico de VIH puede resultar en una pérdida posterior de la libido y la interrupción o reducción de la actividad sexual. Al enterarse de que uno está infectado también puede afectar a la propia sexualidad de otras formas más subjetivas. Por ejemplo, se puede alterar el sentido del atractivo personal o conveniencia como pareja sexual.

Además, el placer derivado de sexo protegido incluso puede disminuir en gran medida, por la ansiedad relacionada con la posibilidad de infectar a otros, ya que la mayoría reconoce que los preservativos se pueden romper. Cuando estos cambios ocurren, el placer de la intimidad sexual se verá muy disminuido y, como resultado, puede haber también una disminución sustancial en el interés por el sexo ⁽²⁹⁾.

Tanto hombres como mujeres infectadas presentan diferentes alteraciones en sus actividades sexuales. Una de cada tres personas con VIH presenta disfunción sexual. Son más conocidos los trastornos de disfunción eréctil en varones, inclusive relacionados al tratamiento antirretroviral. Menos investigados están los aspectos sexuales en las mujeres VIH.

Los estudios a nivel mundial sobre la relación de tratamiento antirretroviral y la disfunción sexual han sido escasos y en aquellos pacientes que han recibido inhibidores nucleósidos o no nucleósidos de la transcriptasa inversa (AZT, ddI, NVP) no se ha observado. Sin embargo en aquellos pacientes que han tomado inhibidores de la proteasa (RTV-SQV-NFV-IDV) formando parte de un tratamiento antirretroviral de alta eficiencia (HAART) se ha reportado principalmente disfunción eréctil y menos comúnmente disminución de la libido (deseo sexual) e imposibilidad para eyacular. No se ha observado dentro de los llamados inhibidores de la proteasa una droga que predomine como causante de disfunción sexual. Tampoco se conoce la causa exacta.

Sin embargo, no se objetivaron en el mencionado estudio diferencias significativas entre los pacientes tratados con IP o sin ellos ⁽³⁰⁾.

Otro estudio, observo una mayor frecuencia de disfunción sexual en pacientes tratados con indinavir (32,4%), efavirenz (28,6%), saquinavir (26,9%), nelfinavir (22,4%) y nevirapina (12,7%), que en los que no realizan HAART (3,8%) ⁽³¹⁾.

Estos datos son concordantes con los de un estudio multicéntrico europeo, el cual mostró que una mayor proporción de varones y mujeres tratados con IP presentaban disminución de la libido (40%) y de la potencia sexual (34%) que los pacientes que nunca los habían recibido (16% y 12%, respectivamente) ⁽¹⁰⁾. Otros investigadores han constatado la existencia de relación entre la disfunción sexual y el tratamiento con IP, particularmente con indinavir y ritonavir ⁽³²⁻³³⁾.

Objetivos

Objetivo general:

Investigar la función sexual en un grupo de mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, que son asistidas en el instituto CAICI de la ciudad de Rosario, desde Mayo hasta Septiembre del 2013.

Objetivos específicos:

- Estudiar la función sexual en mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, comparando los esquemas basados en inhibidores de la proteasa (IP) con los basados en inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI).
- Discriminar las alteraciones que se produzcan en el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y la presencia del dolor en el acto sexual, de cada grupo.

Materiales y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo observacional, de corte transversal y descriptivo, en base a encuestas realizadas a pacientes mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación clínica Integral (CAICI), de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 2013.

El muestreo fue no probabilístico y consecutivo. La muestra quedó conformada por un total de 92 pacientes, seleccionadas en forma aleatoria, esta muestra fue separada en dos grupos de 46 sujetos cada uno, comparando las mujeres con esquema basados en IP versus INNTI que en los últimos 6 meses hayan mantenido el mismo esquema antirretroviral.

Se solicitó la autorización correspondiente a la institución, así como el consentimiento informado a las pacientes por escrito (ver anexo I).

Fijándose como criterios para su inclusión los siguientes: mujeres mayores de 18 años con serología positiva para el VIH (ELISA Y WB) que hayan recibido un mismo esquema antirretroviral en los últimos 6 meses. Se excluyeron, mujeres embarazadas o en lactancia, con complicaciones oportunistas o neoplásicas en actividad y/o alguna condición psíquica o clínica donde el investigador considere que la persona es incapaz de contestar el cuestionario en forma adecuada.

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta anónima y voluntaria, presentadas en formato de cuestionario impreso.

La encuesta consta de características demográficas, preguntas referidas al VIH y el The Female Sexual Function Index (FSFI), que es un cuestionario auto-administrado desarrollado por Rosen y cols. (2000), posteriormente validada por Meston, diseñado específicamente para evaluar la salud sexual femenina y detectar las disfunciones sexuales. El mismo ha sido modificado para adaptarse a las necesidades del presente trabajo (ver anexo II).

El FSFI consta de 19 preguntas de opción múltiple, donde se selecciona en cada una de ellas una de las 5 o 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante las últimas 4 semanas (asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, donde una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, 1 indica el mayor deterioro funcional y 5 el menor).

Este cuestionario explora 6 dominios diferentes: Deseo (ítems 1,2); Excitación (ítems 3, 4, 5, 6); Lubricación (ítems 7, 8, 9, 10); Orgasmo (ítems 11, 12, 13); Satisfacción (ítems 14, 15, 16) y Dolor (ítems 17, 18, 19). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, con un score mínimo de 2 y un máximo de 36 puntos. A mayor puntaje mejor sexualidad.

Además se consignó la edad, nivel de educación, estado civil, ocupación, hábitos, fecha del diagnóstico del VIH, CD4, carga viral, tratamiento antirretroviral en uso, tiempo transcurrido desde el diagnóstico del VIH hasta retomar su actividad sexual, frecuencia de actividad sexual, padecimiento de otras enfermedades, uso de otros fármacos.

La encuesta requirió aproximadamente 30 minutos para ser completada. Se le brindó las instrucciones específicas e información necesaria a las

encuestadas para la realización de la misma. También se les informó en qué consistía el estudio, de la posibilidad de negarse a participar, así como la confidencialidad de los datos al mostrar los resultados.

Análisis estadístico:

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar, para un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

a) Perfil demográfico de la población

- Edad

**CUADRO N° 1: Mujeres VIH con tratamiento antirretroviral según edad.
“Instituto CAICI” - Rosario - Año 2013**

(Expresado en cantidad y porcentaje)

Edad en años	TOTAL	%
De 20 a 24	4	4
De 25 a 29	8	9
De 30 a 34	11	12
De 35 a 39	15	16
De 40 a 44	17	19
De 45 a 49	19	21
De 50 a 54	10	11
De 55 a 59	5	5
60 y más	3	3
TOTAL	92	100

La edad media del total de las mujeres con tratamiento antirretroviral fue de 42 años con un desvío standard de ± 10 años. La mediana se ubicó en los 42 años lo cual significó que el 50% de las mujeres eran menores o iguales a 42 años y el 50% tenían más de 42 años. El modo o edad más frecuente fue de 45 años.

- **Nivel de instrucción**

El 9% de las mujeres alcanzaron un nivel de instrucción de primaria completa mientras, que el 6,5% no terminó la primaria.

El 31,5% de las mujeres tenían secundario completo mientras que el 21,6% no alcanzó a terminarlo.

El 15,2% de las mismas tenían terciario completo y un 15,2% terciario incompleto. El 92% de las mujeres tenían como mínimo primario completo y sólo una era analfabeta.

- **Ocupación**

El 38% de las mujeres tenían trabajo, el 2% eran estudiantes, el 3% eran jubiladas y el 26% eran amas de casa. El 31% del total de ellas estaban desocupadas.

- **Estado civil**

El 11% de las mujeres estaban casadas, mientras que el 22% estaban separadas. El 39% eran solteras, el 5% eran viudas y el 23% estaban unidas de hecho.

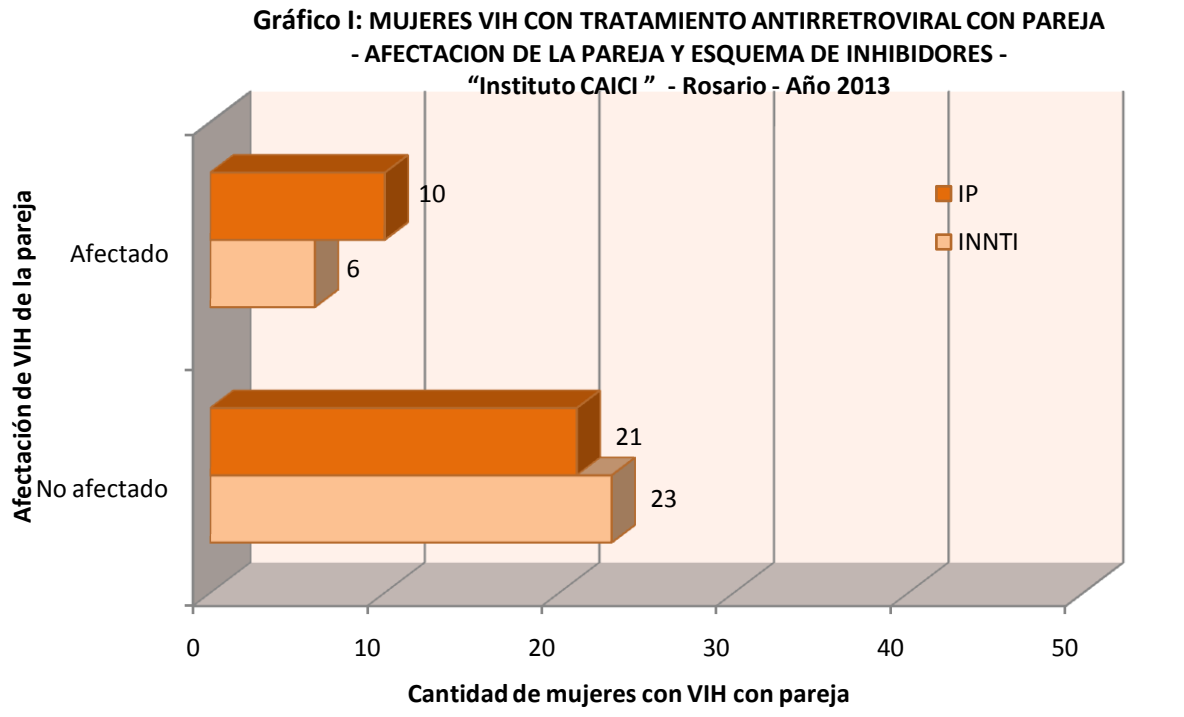
- **Tipo de relación con la pareja**

El 65% de la población tenía pareja estable mientras que el 35% no. De las mujeres que tenían pareja estable se observó que en el 27% tenían pareja VIH positivo.

- **Situación de la pareja**

Del total de las mujeres evaluadas que tenían pareja estable (60) se observó que las tratadas con IP fueron 31 de las cuales 3 de cada 10 de ellas tenían su pareja también afectada por VIH mientras que 7 de cada 10 no.

Las tratadas con INNTI fueron 29 de las cuales 2 de cada 10 de ellas tenían su pareja también afectada por VIH mientras que 8 de cada 10 no estaban afectadas.



- **Número de hijos**

El 25% de las mujeres no tenían hijos. El 24% tenía un solo hijo y el 32% tenían 2 hijos. El 13% tenían 3 hijos y el 6% 4 ó más hijos. Casi la mitad de las mujeres tenían un hijo o ninguno.

b) Mujeres con VIH: Inhibidores – Fecha de diagnóstico –CD4 - Carga viral - Drogas antirretrovirales –Comorbilidades – Otros fármacos

- **Inhibidores**

CUADRO N° 2: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

(SEGUN EDAD Y ESQUEMA DE INHIBIDORES)

(Expresado en cantidad)

Edad en años	IP	INNTI	TOTAL
De 20 a 24	3	1	4
De 25 a 29	1	7	8
De 30 a 34	6	5	11
De 35 a 39	8	7	15
De 40 a 44	8	9	17
De 45 a 49	10	9	19
De 50 a 54	6	4	10
De 55 a 59	3	2	5
60 y más	1	2	3
TOTAL	46	46	92

La edad media de las mujeres con esquemas basados en IP fue de 42 años con un desvío standard de ± 10 años. La mediana se ubicó en los 43 años y el modo fue de 45 años.

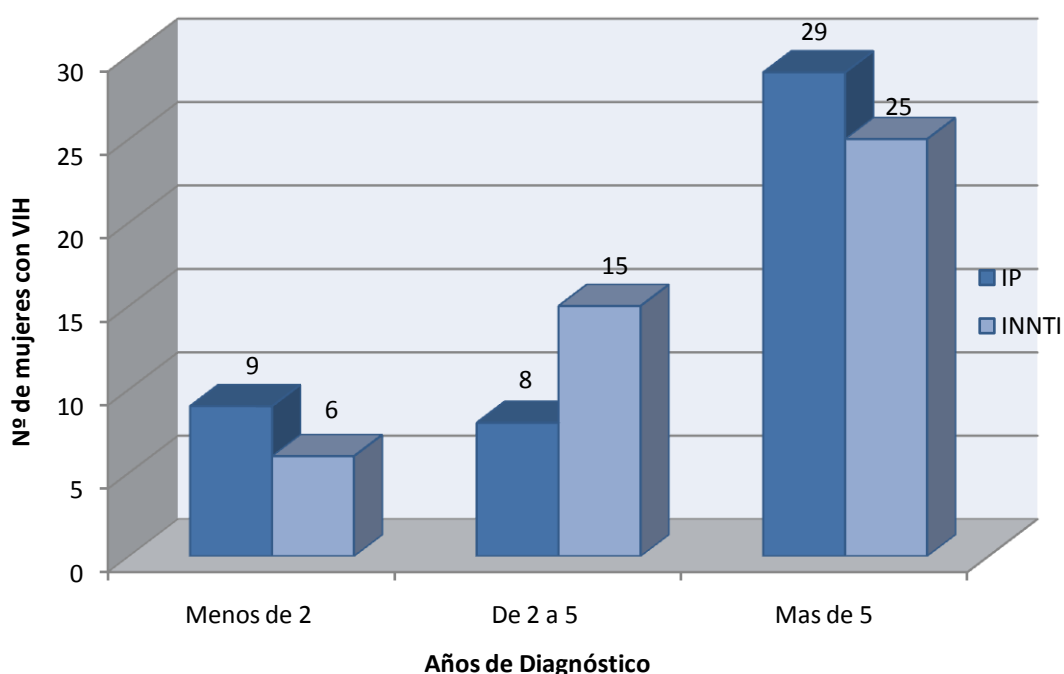
La edad media de las mujeres con esquemas basados en INNTI fue de 41 años con un desvío standard de ± 11 años. La mediana se ubicó en los 42 años y el modo fue de 42 años.

Esto significa que el promedio para ambos grupos fue 42 años siendo el grupo más homogéneo el de las tratadas con IP. No obstante el grupo tratadas con INNTI estaba integrado por mujeres más jóvenes.

- **Fecha de diagnóstico** (expresada en años)

Del total de las mujeres evaluadas el 58,7% tenían una fecha de diagnóstico mayor a 5 años. El 25% entre 2 a 5 años y el 16,3% menos de 2 años.

**Gráfico II: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
- AÑOS DE DIAGNOSTICO Y ESQUEMA DE INHIBIDORES -**



De las mujeres que fueron tratadas con IP el 63% tenían diagnóstico mayor a 5 años, el 17,4% entre 2 a 5 años y el 19,6% menos de 2 años.

De las mujeres que fueron tratadas con INNTI el 54,4% tenían diagnóstico mayor a 5 años, el 32,6% entre 2 a 5 años y el 13% menos de 2 años.

En ambos casos más de la mitad de las mujeres habían sido diagnosticadas hacía más de 5 años.

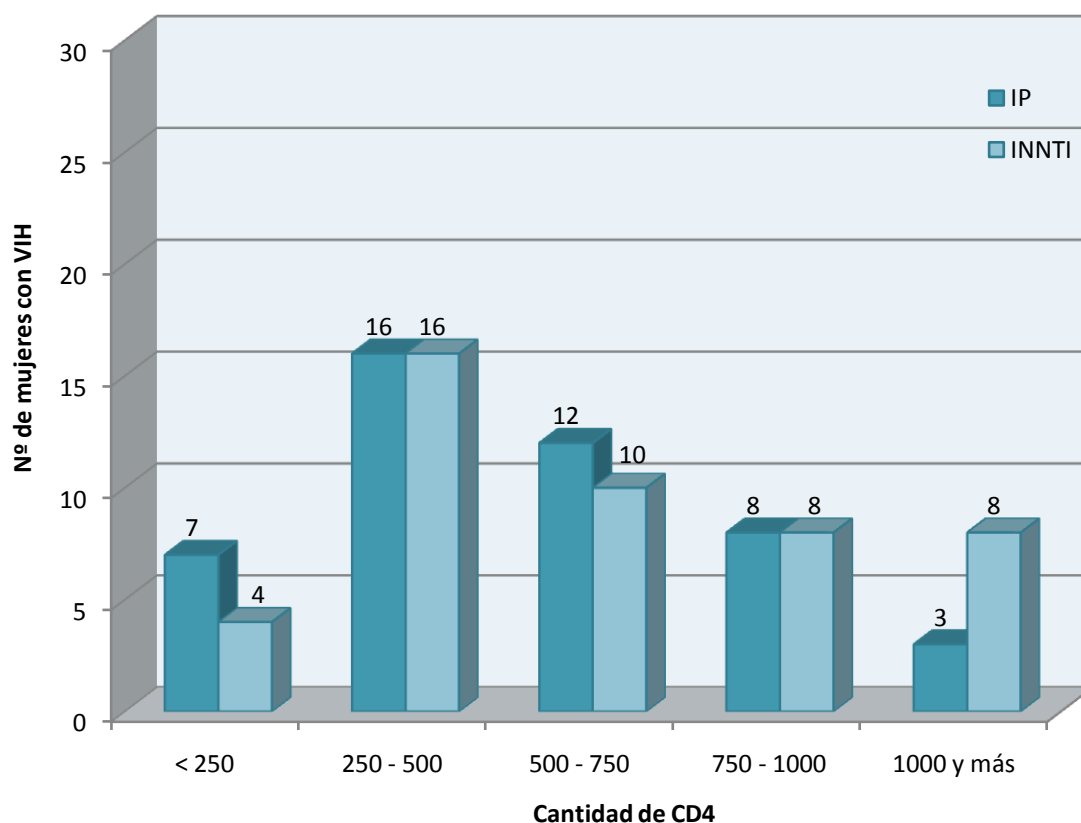
- **Cantidad de CD4**

Del total de la población evaluada el 12% tenían una cantidad de CD4 <250, el 34,8% tenía una cantidad entre 250 y 500, el 23,8% correspondió a mujeres cuya cantidad estaba entre 500 y 750 y el 17,4% estaba comprendido entre 750 y 1000. Un 12% tenía una cantidad de CD4 \geq 1000.

La cantidad de CD4 promedio de todas las mujeres fue de 607,2 con un desvío estándar de \pm 398,9.

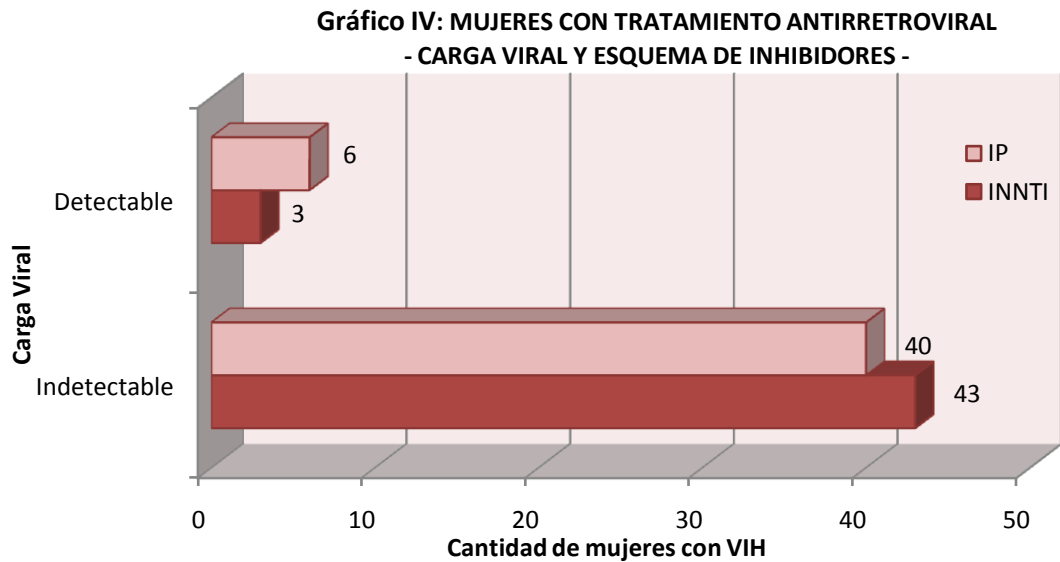
En las mujeres tratadas con IP este promedio se ubicó en 533,7 con un desvío de \pm 265,3 y en las tratadas con INNTI el promedio fue superior a 682,3 con un desvío de \pm 491,9.

**Gráfico III: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
- CANTIDAD DE CD4 Y ESQUEMA DE INHIBIDORES -**



- **Carga viral**

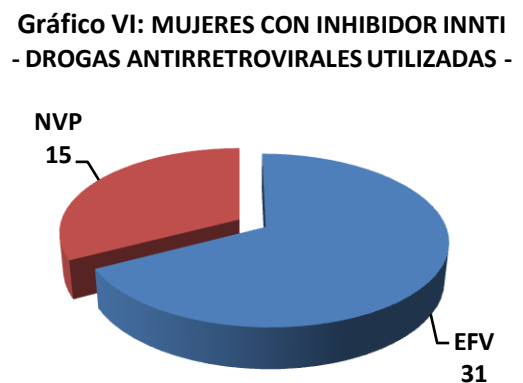
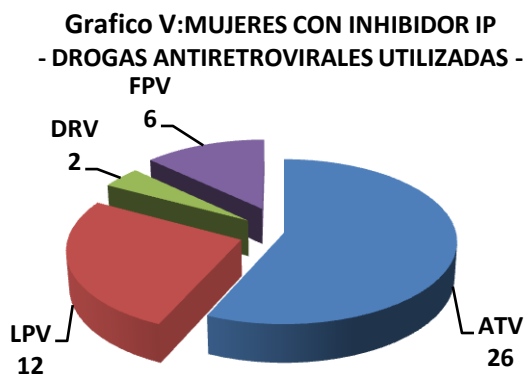
El 90,2% del total de las mujeres evaluadas tienen una carga viral indetectable. Sólo fue detectable en el 9,8%.



- **Drogas antirretrovirales que tenían prescriptas**

Del total de las mujeres tratadas con IP, el 56,6% usaba esquemas basados en atazanavir, el 26,2% con lopinavir, el 13% con fosamprenavir y el 4,2% con darunavir.

Del total de las mujeres tratadas con INNTI, al 67,4% usaba esquemas basados en efavirenz mientras que el 32,6% con nevirapina.



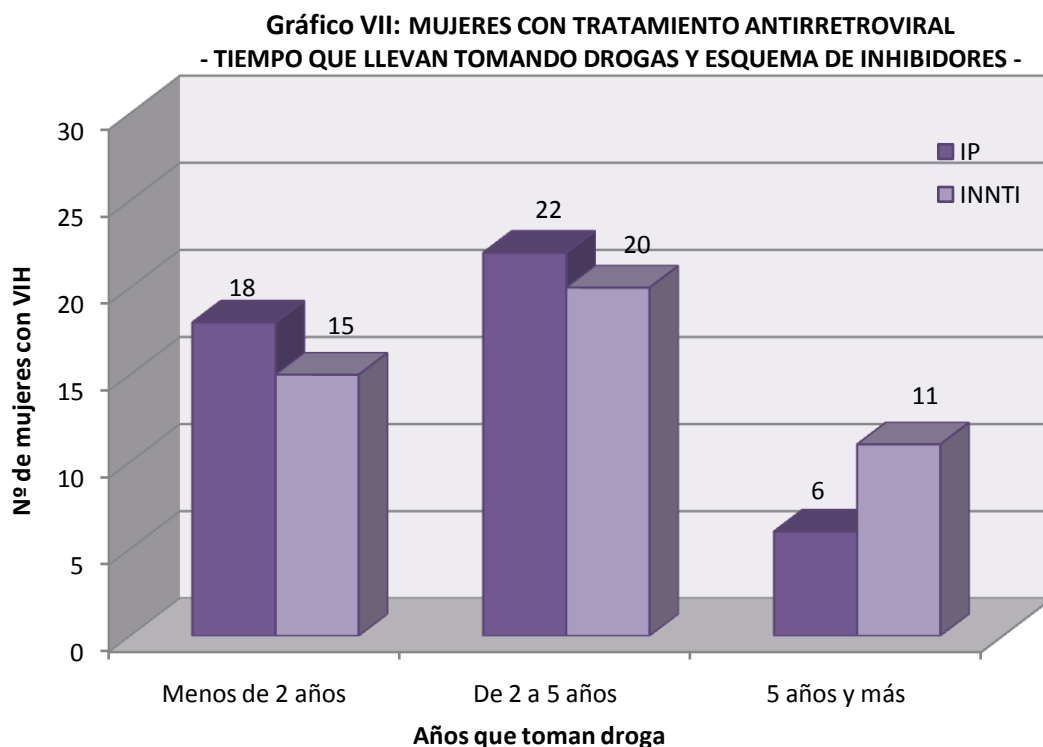
- **Tiempo que lleva tomando las drogas**

El 35,9% del total de las mujeres llevaban tomando drogas antirretrovirales en un plazo menor a 2 años, el 45,7% las estaba tomando entre 2 a 5 años y el 18,5% las tomaban por 5 y más años (3 años de promedio).

De las mujeres tratadas con IP, el 39,1 % las tomaban durante menos de 2 años, el 47,8% entre 2 a 5 años y el 13% las tomaban desde hacía 5 y más años (2 años de promedio).

De las mujeres tratadas con INNTI, el 32,6 % las tomaban durante menos de 2 años, el 43,5% entre 2 a 5 años y el 23,9% las tomaban desde hacía 5 y más años (3 años de promedio).

La mayoría de las mujeres, tanto en el grupo tratado con IP como INNTI, llevaban tomando entre 2 a 5 años. Un porcentaje importante de mujeres tratadas con INNTI llevaban tomando 5 y más años.



- **Comorbilidades**

El 64,1% del total de las mujeres evaluadas presentaban otra enfermedad.

(67,4% de las tratadas con IP y el 60,9% de las tratadas con INNTI).

Entre las enfermedades más frecuentes se observaron:

Hipertensión Arterial: 15 casos (16%)

Hipotiroidismo: 13 casos (14%)

Depresión: 12 casos (13%)

Hepatitis C: 11 casos (12%)

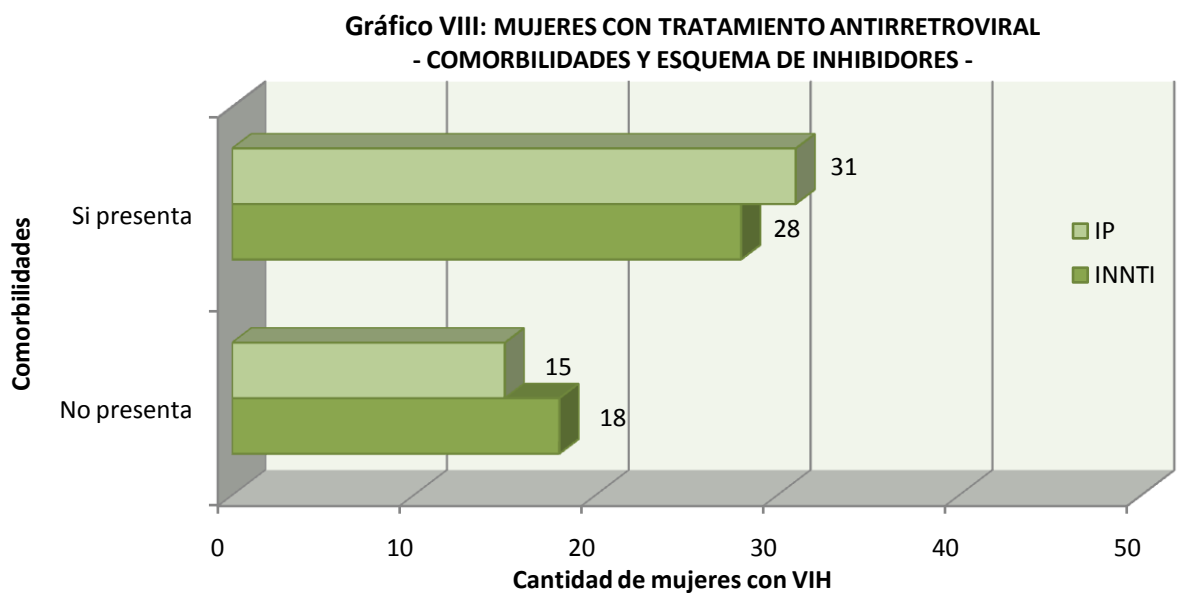
Diabetes mellitus: 7 casos (8%)

Artrosis: 4 casos (4%)

Ansiedad: 3 casos (3%).

Asma: 3 casos (3%)

Ca. de mama y esclerosis múltiple: 1 caso (1%).



- **Consumo de otros fármacos**

El 55,4% del total de la población tenía medicación concomitante (el 63% con IP y el 48% con INNTI).

Las drogas fueron:

Levotiroxina: 13 mujeres

Enalapril: 9 mujeres

Clonazepam: 7 mujeres

Metformina: 6 mujeres

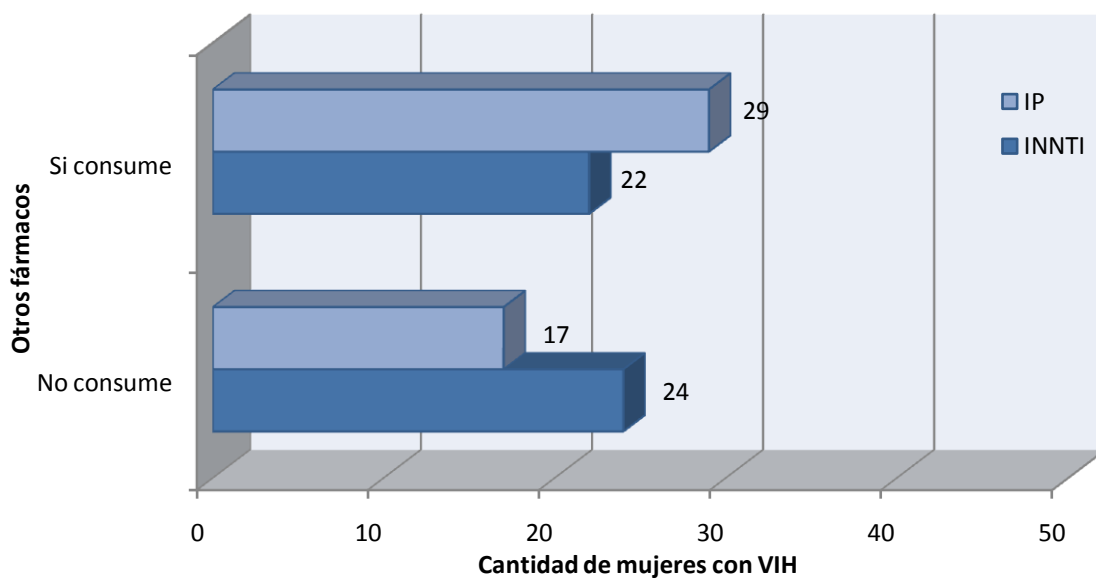
Losartan: 5 mujeres

Lorazepam: 4 mujeres

Fluoxetina - atorvastatina - salbutamol: 2 mujeres por droga

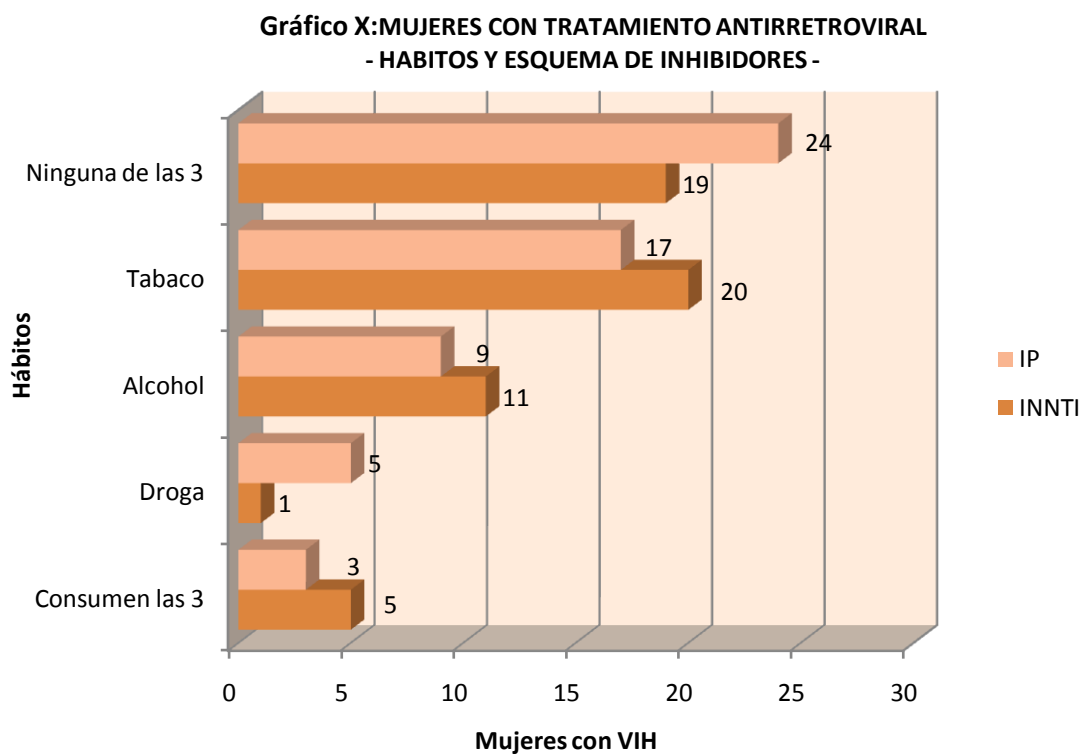
Insulina - budesonide - ACO - diclofenac - escitalopram - alprazolam - captopril - simvastatina - ibuprofeno - interferon - bisoprolol - omeprazol - naproxeno: 1 Mujer por droga

Gráfico IX: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL - CONSUMO DE OTROS FÁRMACOS Y ESQUEMA DE INHIBIDORES -



c) *Mujeres con VIH: Hábitos – Retorno a la actividad sexual – Uso de preservativo – Frecuencia – Disminución de actividad sexual: motivos*

- **Hábitos**



El 40,2% tenía antecedentes de consumo de tabaco, el 21,7% de alcohol y el 6,5% drogas no permitidas. El 8,7% consumieron las tres.

De las mujeres tratadas con IP el 52,3% no consumieron ninguna. El 37% consumió tabaco, el 19,6% consumió alcohol y el 10,9% droga. Se observó un 6,5% de las mujeres con IP que consumieron las 3.

De las mujeres tratadas con INNTI tenían antecedentes de consumo de tabaco el 43,5%, de alcohol el 23,9 % y de drogas el 2,2%. El 10,9% consumió las 3.

Resumiendo se pudo observar que del total de mujeres evaluadas el 48,9% consumía tabaco, el 30,4% alcohol y el 12% consumía drogas.

De las 11 mujeres que consumían drogas: 5 eran marihuana, 3 cocaína, 2 cannabis y 1 THC.

- **Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH, hasta que retomó su actividad sexual. (Expresado en meses).**

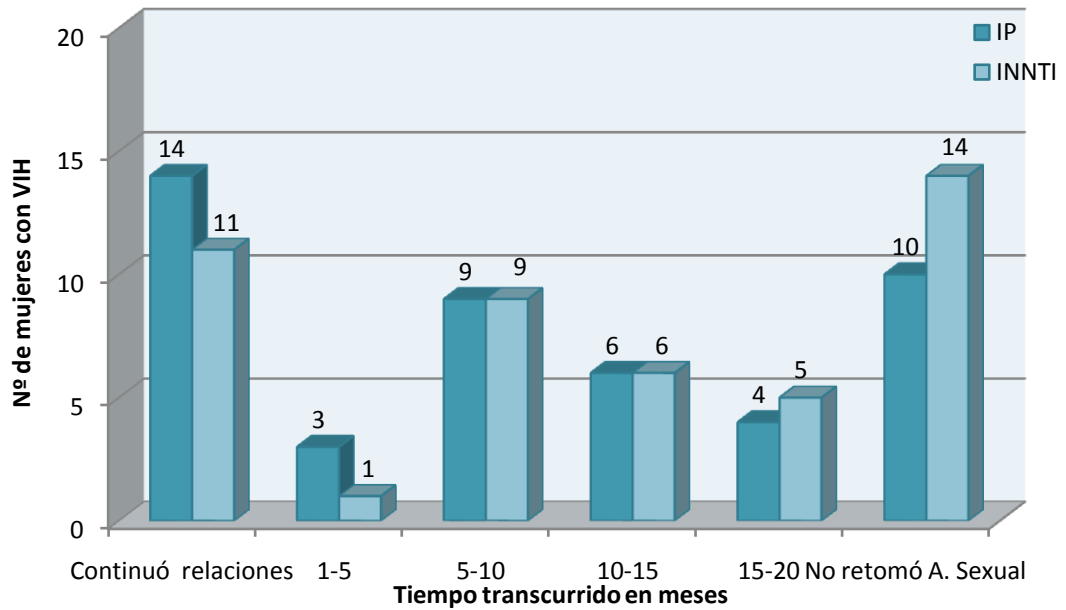
El 27,2% del total de las mujeres continuó su actividad sexual normal después del diagnóstico. El 4,3% retomó su actividad sexual entre 1 a 5 meses, el 19,6% entre 5 a 10 meses, el 13% de 10 a 15 meses, el 9,8% de 15 a 20 meses. El 26,1% nunca retomó su actividad sexual posteriormente al diagnóstico de VIH.

De las mujeres tratadas con IP el 30,4% continuó su actividad sexual normal después del diagnóstico. El 6,5% retomó su actividad sexual entre 1 a 5 meses, el 19,6% entre 5 a 10 meses, el 13% de 10 a 15 meses, el 8,7% de 15 a 20 meses. El 21,7% nunca retomó su actividad sexual luego del diagnóstico de VIH.

De las mujeres tratadas con INNTI el 23,9% continuó su actividad sexual normal después del diagnóstico. El 2,2% retomó su actividad sexual entre 1 a 5 meses, el 19,6% entre 5 a 10 meses, el 13% de 10 a 15 meses, el 10,9% de 15 a 20 meses. El 30,4% nunca retomó su actividad sexual luego del diagnóstico de VIH.

En promedio el total de mujeres comenzó su actividad sexual después del diagnóstico alrededor de los 2 años. La mediana se ubicó en los 9 meses, lo cual significa que el 50% de las mujeres continuó su actividad sexual antes de los 9 meses y el 50% pasado de los 9 meses.

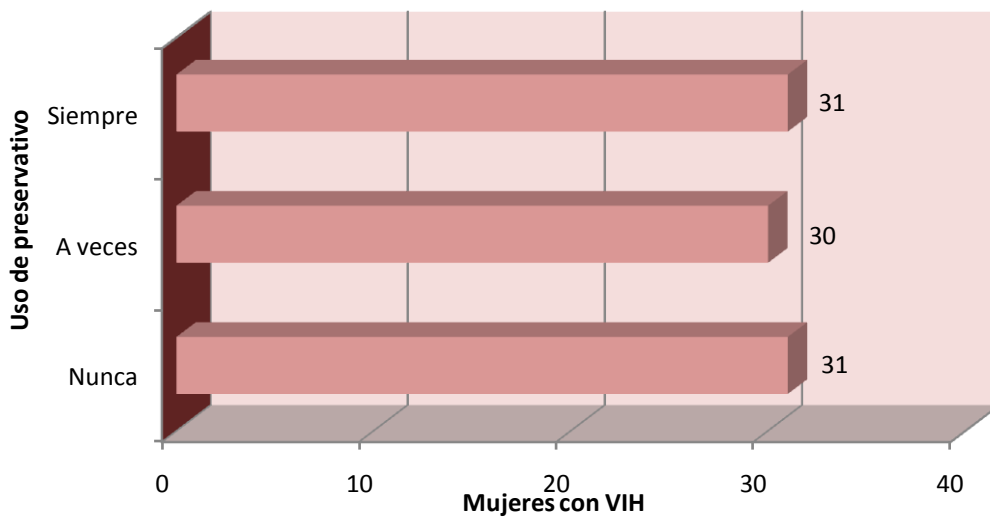
**Gráfico XI: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
- TIEMPO DESDE EL DIAGNOSTICO HASTA RETOMAR LAS RELACIONES
SEXUALES Y ESQUEMA DE INHIBIDORES -**



- **Frecuencia del uso de preservativo**

El 33,7% del total de las mujeres evaluadas utilizaban preservativos y el 33,7% no lo utilizó nunca. El 32,6% a veces lo usó.

**Gráfico XII: MUJERES EN TRATAMIENTO
- USO DE PRESERVATIVO -**



- **Frecuencia de actividad sexual**

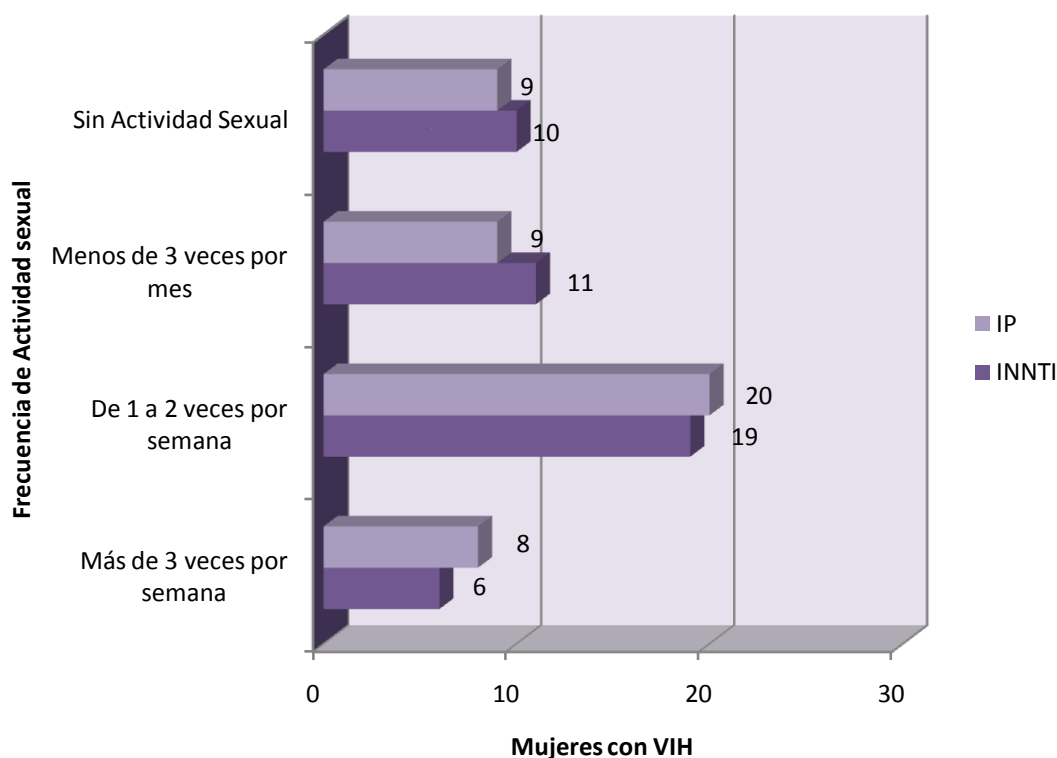
El 20,7% del total de las mujeres no tenían actividad sexual, el 21,7% la tenían menos de 3 veces por mes, el 42,4% la tenía de 1 a 2 veces por semana y el 15,2% más de 3 veces por semana.

De las mujeres con IP el 19,6% no tenían actividad sexual al igual que las que tenían menos de 3 veces por mes. El 43,5% la tenían de 1 a 2 veces por semana y el 17,3% más de 3 veces por semana.

De las mujeres con INNTI el 21,7% no tenían actividad sexual, el 23,9% la tenían menos de 3 veces por mes. El 41,3% la tenían de 1 a 2 veces por semana y el 13,1% más de 3 veces por semana.

Tanto las tratadas con IP como con INNTI tienen una frecuencia de actividad sexual más alta entre 1 a 2 veces por semana.

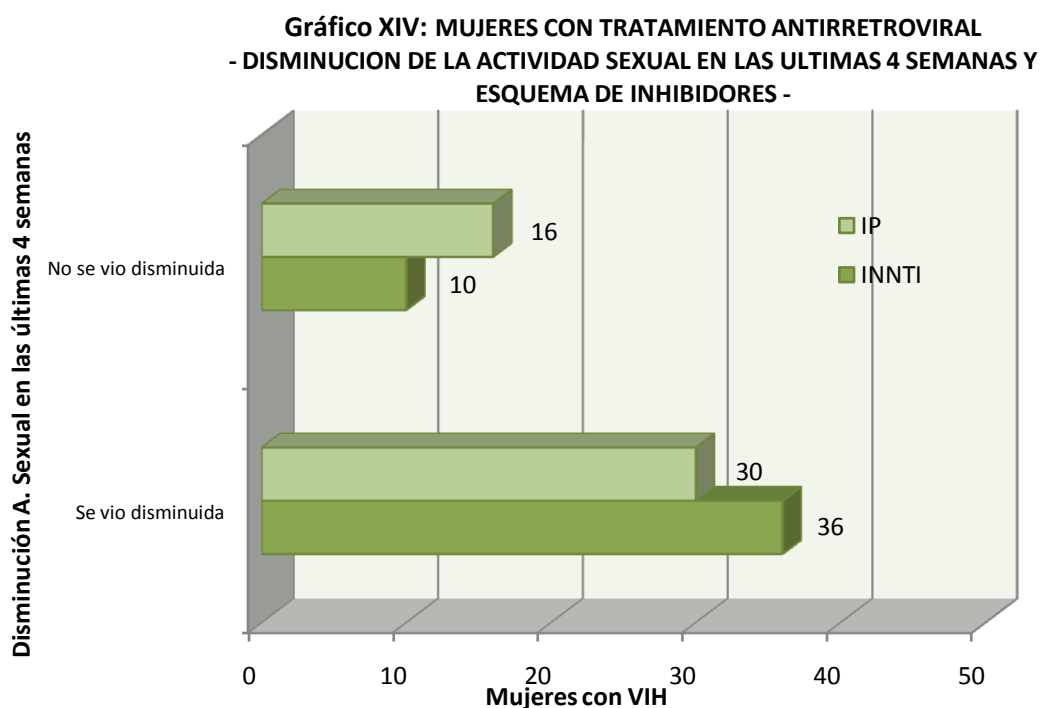
**Gráfico XIII: MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
- FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL Y ESQUEMA DE INHIBIDORES -**



- **En las últimas 4 semanas, ¿La frecuencia de actividad sexual se vio disminuida?**

El 71,7% del total de las mujeres vieron disminuida su actividad sexual en las últimas 4 semanas.

De las mujeres tratadas con IP el 65,2% vieron disminuida su actividad sexual mientras que las tratadas con INNTI el 78,3% la vio disminuida.



Entre los motivos que expresaron las mujeres figuran:

- Diagnóstico de VIH: 31 (33,7%)
- Falta de pareja: 24 (26,1%)
- Depresión: 20 (21,7%)
- Miedo a contagiar: 16 (17,4%)
- Dificultad en su relación con la pareja: 13 (14,1%)
- Tratamiento antirretroviral: 9 (8,7%)
- Problemas Físicos: 8 (8,7%)
- Dificultades económicas/Laborales: 6 (6,5%)
- Hijos: 4 (4,3%)

d) Test Función Sexual Femenina (FSFI®)

CUADRO N° 3: Los resultados globales del test por preguntas

(19 ítems) son los siguientes:

Ítems: Durante las últimas 4 semanas	Media	Desvío Estándar	Mediana	Pc 25	Pc 75
1- ¿Con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?	2,8	1,2	3	2	4
2- ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?	2,7	1,1	3	2	3
3- ¿Con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito?	2,5	1,7	3	1	4
4- ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito?	2,2	1,5	2,5	1	3
5- ¿Qué confianza tiene de poder lograr excitarse durante la actividad sexual o el coito?	2,5	1,7	3	1	4
6- ¿Con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?	2,4	1,7	3	1	4
7- ¿Con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito?	2,6	1,8	3	1	4
8- ¿Cuán difícil fue lubricarse durante la actividad sexual o el coito?	2,8	1,8	3	1,8	4
9- ¿Con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?	2,7	2	3	1	4
10- ¿Cuán difícil fue mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?	2,9	1,9	3	1	4
11- Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?	2,5	1,7	3	1	4
12- Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?	2,8	1,8	3	2	4

13- ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante el actividad sexual o el coito?	2,7	1,9	3	1	4
14- ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	2,9	2,0	4	1	5
15- ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?	3	1,9	4	1	4,3
16- ¿Cuán satisfecha ha estado con toda su vida sexual en general?	3,1	1,3	3	2	4
17- ¿Con qué frecuencia usted sintió dolor o molestias durante la penetración vaginal?	3,2	1,9	3	3	5
18- ¿Con qué frecuencia usted sintió dolor o molestias después de la penetración vaginal?	3,5	2,1	5	2,8	5
19- ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?	3,2	2,0	4	1,8	5

• **Resultados por índice de respuestas dadas a cada una de las 19 preguntas que componen el cuestionario FSFI®.**

Los resultados por índice de respuesta de cada pregunta se especifican a continuación:

1- *En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?*

- Casi siempre o siempre: 7 (8%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 23 (25%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 30 (32%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 13 (14%)
- Casi nunca o nunca: 19 (21%)

2- *En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de deseo o interés sexual?*

- Muy alto: 3 (3%)
- Alto: 17 (18 %)
- Regular: 37 (41%)
- Bajo: 18 (20%)
- Muy bajo o nada: 17 (18%)

3- *En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito?*

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 14 (15%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 16 (17%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 21 (23%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 14 (15%)
- Casi nunca o nunca: 6 (7%)

4 - *En las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel** (grado) de excitación sexual durante la actividad sexual o el coito?*

- Sin actividad: 21 (23%)
- Muy alto: 3 (3%)
- Alto: 16 (17%)
- Regular: 28 (30%)
- Bajo: 18 (20%)
- Muy bajo o nada: 6 (7%)

5- En las últimas 4 semanas, ¿Qué **confianza** tiene de poder lograr excitarse durante la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Muy alta confianza: 11 (12%)
- Alta confianza: 19 (20%)
- Moderada confianza: 23 (25%)
- Baja confianza: 12 (13%)
- Muy baja o sin confianza: 6 (7%)

6- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 7 (8%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 15 (16%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 25 (27%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 13 (14%)
- Casi nunca o nunca: 11 (12%)

7- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 16 (17%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 14 (15%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 24 (27%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 13 (14%)
- Casi nunca o nunca: 4 (4%)

8- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **difícil** fue lubricarse durante la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Extremadamente difícil o imposible: 2 (2%)
- Muy difícil: 11 (12%)
- Difícil: 18 (20%)
- Levemente difícil: 23 (25%)
- Sin dificultad: 17 (18%)

9- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha **mantenido** su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 19 (20%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 17 (18%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 20 (21%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 9 (11%)
- Casi nunca o nunca: 6 (7%)

10- En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Extremadamente difícil o imposible: 3 (3%)
- Muy difícil: 7 (8%)
- Difícil: 17 (18%)
- Levemente difícil: 22 (24%)
- Sin dificultad: 22 (24%)

11- En las últimas 4 semanas, Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** ha llegado al orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 12 (13%)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 17 (18%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 22 (24%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 16 (17%)
- Casi nunca o nunca: 4 (4%)

12- En las últimas 4 semanas, Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** llegar al orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual: 21(23%)
- Extremadamente difícil o imposible: 1 (1%)
- Muy difícil: 10 (11%)
- Difícil: 17 (18%)
- Levemente difícil: 30 (33%)
- Sin dificultad: 13 (14%)

13- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante el actividad sexual o el coito?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Muy satisfecha: 13 (14%)
- Moderadamente satisfecha: 28 (30%)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha: 18 (20%)
- Moderadamente insatisfecha: 7 (8%)
- Muy insatisfecha: 5 (5%)

14- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Muy satisfecha: 32 (35%)
- Moderadamente satisfecha: 15 (16%)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha: 5 (5%)
- Moderadamente insatisfecha: 10 (11%)
- Muy insatisfecha: 9 (10%)

15- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha: 44 (47%)
- Moderadamente satisfecha: 29 (32%)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha: 10 (11%)
- Moderadamente insatisfecha: 6 (7%)
- Muy insatisfecha: 3 (3%)

16- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** ha estado con toda su vida sexual en general?

- Muy satisfecha: 14 (15%)
- Moderadamente satisfecha: 28 (31%)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha: 16 (17%)
- Moderadamente insatisfecha: 18 (20%)
- Muy insatisfecha: 16 (17%)

17- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** usted sintió dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 0
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 1 (1%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 26 (28%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 10 (11%)
- Casi nunca o nunca: 34 (37%)

18- En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** usted sintió dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Casi siempre o siempre: 0
- Muchas veces (más de la mitad de las veces): 2 (2%)
- Algunas veces (la mitad de las veces): 9 (10%)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces): 8 (9%)
- Casi nunca o nunca: 52 (56%)

19- En las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel** (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual: 21 (23%)
- Muy alto: 2 (2%)
- Alto: 2 (2%)
- Regular: 16 (17%)
- Bajo: 11 (12%)
- Muy bajo o nada: 40 (44%)

- Cálculo del índice de cada uno de los seis dominios que lo componen y del resultado global del test FSFI®.

Tabla 1: Resultados de cada una de las 19 preguntas del test FSFI para mujeres tratadas con IP

Dominio	n	Media	Desvío estándar	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Deseo	46	3,3	1,3	3,6	2,4	4,2
Excitación	46	2,8	1,8	3	1,6	4,5
Lubricación	46	3,3	2,0	3,6	2,5	5,1
Orgasmo	46	3,2	1,9	3,6	2,5	4,4
Satisfacción	46	3,7	2,0	4,5	2,1	5,2
Dolor	46	4,1	2,3	5,2	3,6	6
TOTAL	46	20,4	10,1	22,6	15,8	28,8

Tabla 2: Resultados de cada una de las 19 preguntas del test FSFI para mujeres tratadas con INNTI

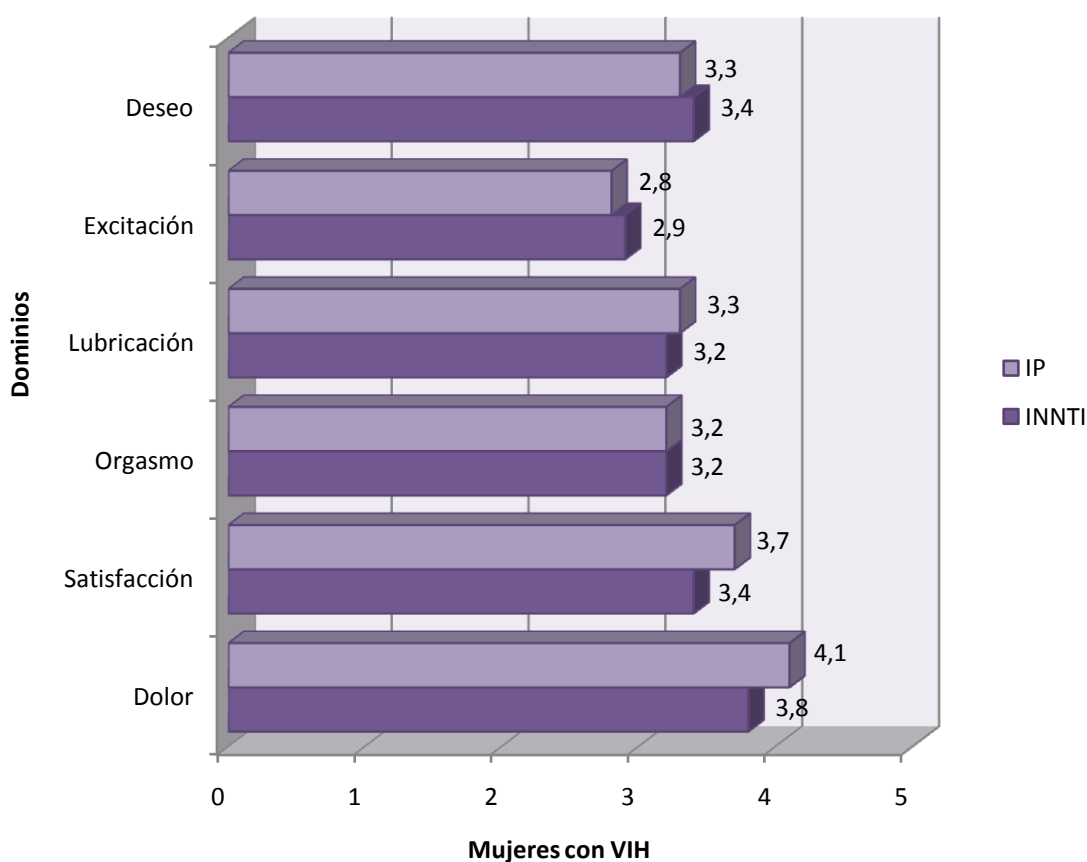
Dominio	n	Media	Desvío estándar	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Deseo	46	3,4	1,4	3,6	2,4	4,2
Excitación	46	2,9	2,0	3,3	1,4	4,2
Lubricación	46	3,2	2,1	3,9	1,4	4,8
Orgasmo	46	3,2	5,1	3,8	2,1	4,7
Satisfacción	46	3,4	1,9	4	1,4	5,1
Dolor	46	3,8	2,3	4,4	2,6	5,9
TOTAL	46	20,0	10,6	23,0	11,9	28,2

El valor de la escala total para las mujeres tratadas con IP fue de $20,4 \pm 10,1$ y para las mujeres tratadas con INNTI fue de $20 \pm 10,6$ para un nivel de significación del 0,05.

Para determinar si existe diferencia significativa dentro de cada dominio y los dos tipos de tratamientos con inhibidores se aplica el Test del Chi-Cuadrado de Pearson con un nivel de significación del 5%.

El resultado fue que las diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los dominios evaluados para ambos tratamientos con inhibidores. Significación del 5%, los resultados se deben únicamente al azar.

Gráfico XV: PUNTAJES PONDERADOS DE FSFI DE MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL - ESQUEMA DE INHIBIDORES -



Se observa que en los dominios: deseo y excitación las pacientes tratadas con IP presentan un puntaje levemente inferior a las tratadas con INNTI. En lubricación, satisfacción y dolor, las pacientes tratadas con IP presentan un puntaje superior a las tratadas con INNTI. En el dominio orgasmo, ambos grupos tienen puntajes iguales.

- **Corrección del FSFI**

Tabla 3: Score por dominio comparando grupos con IP e INNTI

Dominio	n	IP	INNTI
Deseo	46	3,26	3,38
Excitación	46	2,83	2,92
Lubricación	46	3,29	3,25
Orgasmo	46	3,19	3,22
Satisfacción	46	3,71	3,43
Dolor	46	4,13	3,79
Score Total	46	20,42	20,00

Se observa que el Rango Total de la escala está comprendido entre 2 y 36.

- **Función Sexual durante las últimas 4 semanas**

Tabla 4: Mediana y Rango Intercuartílico

Dominio	Rango	Total : 92 Mediana Rango ICR	IP : 46 Mediana (Rango ICR)	INNTI : 46 Mediana Rango ICR
Deseo	1 a 5	3,6 (1,8)	3,6 (1,8)	3,6 (1,8)
Excitación	0 a 5	3,3 (2,78)	3,0 (2,93)	3,3 (2,85)
Lubricación	0 a 5	3,9 (3,0)	3,6 (2,63)	3,9 (3,4)
Orgasmo	0 a 5	3,6 (2,1)	3,6 (1,9)	3,8 (2,6)
Satisfacción	0,8 a 5	4,4 (3,2)	4,4 (3,1)	4,0 (3,7)
Dolor	0 a 5	4,8 (2,5)	5,2 (2,4)	4,4 (3,3)
Score Total	2 a 36	22,7 (13,7)	22,6 (13,1)	23,0 (16,3)

Para el dominio deseo de las mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 4. El 50% de las mujeres tuvo un valor que osciló entre 2 y 4. Los mismos valores se observan para las tratadas con INNTI.

Para el dominio excitación de mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 3. El 50% de ellas tuvo un valor que osciló entre 2 y 5. Para las tratadas con INNTI la mediana observa el mismo valor de 3 aproximadamente pero el 50% de esos valores oscilaron entre 1 y 4.

Para el dominio lubricación de mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 4. El 50% de ellas tuvo un valor que osciló entre 2 y 5. Para las tratadas con INNTI la mediana observa el mismo valor de 4 aproximadamente pero el 50% de esos valores oscilaron entre 1 y 5.

Para el dominio orgasmo de mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 4. El 50% de ellas tuvo un valor que osciló entre 3

y 4. Para las tratadas con INNTI la mediana observa el mismo valor de 4 aproximadamente pero el 50% de esos valores oscilaron entre 2 y 5.

Para el dominio satisfacción de mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 5. El 50% de ellas tuvo un valor que osciló entre 2 y 5. Para las mujeres tratadas con INNTI la mediana observa el mismo valor de 4 aproximadamente pero el 50% de esos valores oscilaron entre 1 y 5.

Para el dominio dolor de mujeres tratadas con IP la mediana se ubicó aproximadamente en el valor 5. El 50% de las mujeres tuvo un valor que osciló entre 4 y 6. Para las mujeres tratadas con INNTI la mediana observa el mismo valor de 4 aproximadamente pero el 50% de esos valores oscilaron entre 3 y 6.

DISCUSIÓN

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, de corte transversal y descriptivo, en base a encuestas realizadas a 92 pacientes mujeres con VIH bajo tratamiento antirretroviral, (IP versus INNTI) que son asistidas en el Instituto Centralizado de Asistencia e Investigación clínica Integral (CAICI) de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre 1° de mayo y el 27 de septiembre de 2013.

En relación a las características de la población estudiada, la edad promedio fue de 42 años. El 65% de las mujeres tenía pareja estable, siendo el 73% de estas VIH negativo. Del total de las mujeres evaluadas el 58,7% tenían una fecha de diagnóstico de VIH mayor a 5 años. El 45,7% estaba tomando el mismo esquema antirretroviral entre 2 a 5 años.

El 64,1% presentaban otra enfermedad, entre las más frecuentes, HTA (16%), Hipotiroidismo (14%) y Depresión (13%). Por lo que el 55,4% toma medicación concomitante.

El 27,2% continuó con su actividad sexual, luego del diagnóstico de VIH, pero el 26,1% nunca la retomó. Del total, el 71,7% vieron disminuida su actividad sexual en las últimas 4 semanas, entre las causas más frecuentes figuran el diagnóstico del VIH (33,7%), falta de pareja (26,1%) y depresión (21,7%).

La puntuación total alcanzada por medio del FSFI fue de $20,4 \pm 10,1$ para las tratadas con IP y $20 \pm 10,6$ para las tratadas con INNTI.

Según los autores del test FSFI, una puntuación total de $\leq 26,55$ o una puntuación individual en uno de los dominios de $\leq 3,6$ sugiere disfunción sexual femenina.

En base a estos criterios de puntuación establecidos podemos afirmar que la población de mujeres estudiadas se encuentra por debajo del promedio, calificando como sexualmente disfuncionales.

No hubo diferencia en la función sexual de las mujeres evaluadas con uno u otro tratamiento en todos los dominios estudiados y en la función sexual total. La función sexual de las mujeres no se encuentra afectada por el tipo de tratamiento antirretroviral empleado. Estos resultados coinciden con los de un trabajo realizado en siete centros de Europa ⁽¹¹⁾, en el que se analizó la prevalencia y factores asociados a la disfunción sexual en las mujeres VIH-positivas. Se realizó dos cuestionarios, el primero fue completado por el médico y los aspectos examinados fueron la historia clínica, tratamiento antirretroviral anterior y el actual. El segundo cuestionario se otorgó a las participantes para ser completado en su casa, el cual se evaluó mediante el FSFI. De las 166 mujeres encuestadas, el promedio de edad fue de 36 años, tenían una fecha de diagnóstico de VIH de 7,2 años. La mayoría de las mujeres estaban utilizando actualmente tratamiento antirretroviral (79%) y menos de una cuarta parte habían sido tratadas previamente con antirretrovirales (21%). En el momento de la encuesta, la mayoría de las mujeres estaban tomando regímenes que contienen IP (54, 41%) o INNTI (42, 32%). La mediana de duración del tratamiento actual fue de 11,5 meses. La prevalencia de las patologías concomitantes fueron, una de las mujeres (0,6%) tenían diabetes

mellitus, seis (3,6%) hipertensión arterial, dieciséis (9,6%) neuropatía y dos (1,2%) enfermedad psiquiátrica. En el momento de la encuesta, un pequeño número de mujeres estaba usando la medicación concomitante, conocida potencialmente por interferir en el funcionamiento sexual tales como drogas antidepresivas (2%) y anti-hipertensivas (4%). La puntuación media total en el funcionamiento sexual sobre las últimas cuatro semanas fue de 25,2 (rango intercuartílico de 19,3). Este estudio concluyó en que los factores psicológicos (depresión, irritabilidad y ansiedad) y el diagnóstico del VIH tenían más probabilidades de ser los principales impulsores de la disfunción sexual y no necesariamente el comienzo del tratamiento antirretroviral.

Hay evidencia que la reducción del interés sexual puede estar asociada con la medicación antirretroviral, en particular con IP, tanto en hombres como en mujeres. En otro estudio multicéntrico europeo, se mostró que una mayor proporción de hombres y mujeres tratados con IP presentaban disminución de la libido (40%) y de la potencia sexual (34%) a comparación de aquellos pacientes que nunca los habían recibido (16% y 12%, respectivamente) ⁽¹⁰⁾.

Los estudios a nivel mundial sobre la relación del tratamiento antirretroviral y la disfunción sexual han sido escasos, y en pacientes que han recibido inhibidores nucleósidos o no nucleósidos de la transcriptasa inversa (AZT, ddI, NVP) no se ha observado. Sin embargo en aquellos pacientes que han tomado IP (RTV, SQV, NFV, IDV), se ha reportado principalmente ausencia o disminución de la libido (89%), disfunción eréctil (86%), alteraciones en el orgasmo (68%) e imposibilidad para eyacular (59%). No se ha observado dentro de los IP una droga que predomine como causante de disfunción sexual,

tampoco se conoce la causa exacta. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en pacientes tratados con IP o sin ellos ⁽³⁰⁾.

No se pueden considerar estos resultados como absolutos, ya que son basados principalmente en pacientes masculinos. Por otra parte, muchos de los IP analizados (de primera generación) ya no son de administración frecuente en nuestro medio.

Es difícil evaluar exclusivamente el tratamiento antirretroviral, debido a que las mujeres muchas veces están condicionadas por diferentes causas: carencias culturales, socio-económicas y afectivas; por otra parte la mayoría de ellas conllevan otras enfermedades concomitantes y la necesidad de otros tratamientos conjuntos. También se observó en este estudio que, muchas mujeres luego de recibir el diagnóstico del VIH no retomaron su actividad sexual. Todas estas pueden ser posibles causas de disfunción sexual.

Es por esto que no está claro si los problemas sexuales son causados por la enfermedad, su tratamiento o factores psicológicos.

La función sexual de las mujeres con VIH debe ser objeto de investigación en la práctica clínica diaria por instrumentos estandarizados y validados, a fin de alcanzar un enfoque integral, incluyendo a todos los miembros de un equipo multidisciplinario.

Conclusión

- 1) La población estudiada tenía una edad media de 42 años, la mayoría en tratamiento antirretroviral por más de dos años, con una media de CD4 mayor a 500cél/ml y el 90% con carga viral plasmática suprimida, lo que demuestra una alta adherencia al tratamiento antirretroviral.
- 2) El 65% tenía pareja estable siendo la mayoría de las mismas VIH negativas.
- 3) La población globalmente analizada presentó un score compatible con disfunción sexual.
- 4) No hubo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la función sexual de las mujeres tratadas con IP y las tratadas con INNTI, en todos los dominios estudiados: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; y en la función sexual total.
- 5) Es probable que la disfunción sexual en las pacientes con VIH sea de causa multifactorial y que las drogas antirretrovirales contribuyan a ello.

Bibliografía

1. Rivas Muro, M.; Rosa Cavero, R. *Disfunción sexual femenina: un problema frecuente con atención creciente*. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. (Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/521>) 2012; 77 (1): 80-81.
2. Blumel, J.E.; Binfa, L.; Caltaldo, L.; Carrasco, A.; Izaguirre, H.; Sarra, S. *Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer*. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2004; 69: 118-25.
3. Blümel, J.E.; Araya, H.; Riquelme, R.; Castro, G.; Sánchez, F.; Gramegna, G. *Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal*. Rev. Méd. Chile 2002; 130(1): 1131-38.
4. McCoy, NL. *Methodological problems in the study of sexuality and the menopause*. Maturitas 1998; 29: 51-60.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
6. Laumann, E.O.; Paik, A.; Rosen, RC. *Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors*. JAMA 1999; 281: 537-44.
7. Basson, R.; Berman, J.; Burnett, A.; Derogatis, L.; Ferguson, D.; Fourcroy, J. y cols. *Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications*. J Urol 2000; 163: 888-93.
8. Schiltz, M.; Sandfort, TGM. *HIV-positive people, risk and sexual behavior*. Social Science and Medicine. 2000; 50:1571–1588.

9. Brown, G.; et al. *Sexual dysfunction in HIV seropositive women without AIDS*. *J Psychol and Human Sexuality* 1995; 17:73–97.
10. Schrooten, W.; Coleblunders, R.; Youle, M.; et al. *Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment*. *AIDS* 2001; 15: 1019–1023.
11. Florence, E.; Schrooten, W.; Dreezen, C.; et al. Eurosupport Study Group. *Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in HIV-positive women Europe*. *AIDS Care* 2004; 16:550–7.
12. Gottlieb, MS.; Schroff, R.; Schanker, H.M.; Weisman, JD.; Fan, PT.; Wolf R.; Saxon, A. *Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency* *The New England journal of medicine*. 1981; 305 (2): 1425-31.
13. Herek, GM.; Glunt, EK. *An epidemic of stigma: Publicreactions to AIDS*. *The American Psychologist*. 1988; 43 (11): 886-891.
14. Ho, D. *HIV Research Overview whit David Ho AIDS Treatment News*. 1997; 282: 1-6.
15. Staszewski, S.; Hill, A.; Bartlett, J.; Eron. I.; Katlama, C.; Johnson, j.; Sawyer, W.; Mcdade,H. *Reductions in HIV-1 disease progression for zidovudine/lamivudine relative to control treatments: a meta-analysis of controlled trials*. *AIDS* 1997; 11 (4): 477-83.
16. Ministerio de la salud presidencia de la nación; Rev. Argent. Salud Pública; *Accesibilidad al diagnóstico de VIH en Argentina: estado de situación y propuesta de trabajo* Vol. 3 - N° 11, Junio 2012 (disponible

en:<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file,68399,es.pdf>)

17. Fischl, M.; Richman, D.; Grieco, M.H.; Gottlieb, M.; Volberding, P.; Laskin, O.; et al. *The efficacy of zidovudine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double blind, placebo-controlled trial. The New England journal of medicine.* 1987; 317: 185-191.
18. Giorgi, J.; Majchrowicz, M.; Johnson, T.; Hultin, P.; Matud, J.; Detels, R. *Immunologic effects of combined protease inhibitor and reverse transcriptase inhibitor therapy in previously treated chronic HIV-1 infection AIDS.* 1998; 12(14): 1833-44.
19. Bucher, H.; Kofler, A.; Nuesch, R.; Young, J.; Battegay, M.; Opravil, M. *Meta-analysis of randomized controlled trials of simplified versus continued protease inhibitor-based antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients AIDS.* 2003; 21 (17): 2451-9.
20. Hardy, H.; Skolnik, P. *Enfuvirtide, a new fusion inhibitor for therapy of human immunodeficiency virus infection Pharmacotherapy.* 2004; 24 (2): 198-211.
21. Cohen, M.; Hoffman, R.; Cromwell, C.; Schmeidler, J.; Ebrahim, F.; Carrera, G.; Endorf, F.; Alfonso, C.; Jacobson, J.M. *The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection Psychosomatics.* 2002; 43 (1): 10-15.
22. Anderson, W.J.; Weatherburn, P. *The needs of people with HIV in the UK: findings from a national survey International Journal of STDs and AIDS.* 2004; 15 (12): 793-6.

23. Kinsey, A.; Pomeroy, W.; Martin, C. *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: WB Saunders. 1953.
24. Masters, W.W.; Jhonson, WE. *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown. 1966.
25. Masters, WW.; Jhonson, WE.; Kolodny, R. *La sexualidad humana Vol. I, II, III*. Barcelona: Grijalbo. 1995.
26. Kaplan, H. *Evaluación de los Trastornos Sexuales, Aspectos Médicos y Psicológicos*. Barcelona: Grijalbo. 1985.
27. DSM-IV-TR. *Trastornos sexuales y de la identidad sexual*. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado Barcelona: Masson. 2002; 599-652.
28. Labrador. *Disfunciones Sexuales*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED) y Fundación Universidad Empresa. 1994.
29. Goggin, K.; Engelson, E.; Rabkin, JG.; Kotler, DP. *The relationship of mood, endocrine, and sexual disorders in human immunodeficiency virus positive (HIV+) women: An exploratory study*. *Psychosomatic Medicine*. 1998; 60:11–16.
30. Lallemand, F.; Salhi, Y.; Linard, F.; Giami, A.; Rozenbaum, W. *Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antirretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors*. *J Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2002; 30: 187-190.
31. Collazos, J.; Mayo, J.; Martínez, E.; Ibarra, S. *Association between sexual disturbances and sexual hormones with specific antiretroviral drugs*. *AIDS* 2002; 16:1294-1925.

32. Sollima, S.; Osio, M.; Muscia, F. *Protease inhibitors and erectile dysfunction* *AIDS*. 2001; 15:2331-2333.
33. Colson, A.; Séller, M.; Sax, P.; Pettus, P.; Platt R.; Choo, P. *Male sexual dysfunction associated with antiretroviral therapy*. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2002; 30:27-32.

ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento Informado

La alumna Verónica Zallio de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario lleva a cabo el proyecto de investigación llamado “Impacto del tratamiento antirretroviral en la función sexual de mujeres con VIH”, al cual fui invitada a participar respondiendo una encuesta anónima.

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326.

Por el presente, presto mi consentimiento para la realización de la encuesta y revisión de mi Historia Clínica en los términos precedentes.

Rosario,.....de.....de 2013

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

D.N.I

ANEXO II

Encuestas a pacientes

“IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON VIH”

Datos personales

• Edad: _____

Nivel de instrucción:

Ninguno

Primario incom.

Secundario incom.

Terciario/Univers incom.

Primario comp.

Secundario comp.

Terciario/Univers comp.

• Ocupación:

Desocupada

Ocupada

Estudiante

Ama de casa

Jubilada

Otras: _____

• Estado civil:

Casada

Separada

Soltera

Viuda

Unida de hecho

• ¿Tiene pareja estable?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿su pareja tiene VIH?

Sí

No

NS/NC

• Número de hijos: _____

• Fecha del diagnóstico de VIH _____ meses

CD4:

CV:

• ¿Qué drogas antirretrovirales está tomando?: _____

IP

INNTI

Desde hace cuánto tiempo: _____ meses.

• ¿Ha realizado otros tratamientos antirretrovirales previos?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo? _____ meses.

¿Por qué causa cambio el tratamiento? _____

- ¿Padece alguna otra enfermedad?

Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál o cuáles?:

Hipertensión

Depresión

Diabetes

Ansiedad

Hipercolesterolemia

Artrosis

Hipotiroidismo

Otras: _____

- ¿Toma otros fármacos?

Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál o cuáles? _____

- ¿Realiza terapia hormonal de reemplazo?

Sí No

En caso afirmativo, ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ meses.

- Hábitos:

Alcohol Sí No

Tabaco Sí No

Drogas Sí No ¿Cuál o cuáles? _____

- ¿Cuál fue el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH, hasta que retomo su actividad sexual? _____ meses.

INDEX DE FUNCION SEXUAL EN MUJERES (FSFI)

- 1) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?
- Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)
- 2) En las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel** (grado) de deseo o interés sexual?
- Muy alto (5 puntos)
 - Alto (4 puntos)
 - Regular (3 puntos)
 - Bajo (2 puntos)
 - Muy bajo o nada (1 punto)
- 3) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)
- 4) En las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel** (grado) de excitación sexual durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Muy alto (5 puntos)
 - Alto (4 puntos)
 - Moderado (3 puntos)
 - Bajo (2 puntos)
 - Muy bajo o nada (1 punto)
- 5) En las últimas 4 semanas, ¿Qué **confianza** tiene de poder lograr excitarse durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Muy alta confianza (5 puntos)
 - Alta confianza (4 puntos)
 - Moderada confianza (3 puntos)
 - Baja confianza (2 puntos)
 - Muy baja o sin confianza (1 punto)
- 6) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)

- 7) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)
- 8) En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **difícil** fue lubricarse durante la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Extremadamente difícil o imposible (1 punto)
 - Muy difícil (2 puntos)
 - Difícil (3 puntos)
 - Levemente difícil (4 puntos)
 - Sin dificultad (5 puntos)
- 9) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha **mantenido** su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)
- 10) En las últimas 4 semanas, ¿cuán **difícil** fue mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Extremadamente difícil o imposible (1 punto)
 - Muy difícil (2 puntos)
 - Difícil (3 puntos)
 - Levemente difícil (4 puntos)
 - Sin dificultad (5 puntos)
- 11) En las últimas 4 semanas, Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** ha llegado al orgasmo (clímax)?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Casi siempre o siempre (5 puntos)
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) (4 puntos)
 - Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (2 puntos)
 - Casi nunca o nunca (1 punto)
- 12) En las últimas 4 semanas, Cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** llegar al orgasmo (clímax)?
- Sin actividad sexual (0 puntos)
 - Extremadamente difícil o imposible (1 punto)
 - Muy difícil (2 puntos)
 - Difícil (3 puntos)
 - Levemente difícil (4 puntos)
 - Sin dificultad (5 puntos)

13) En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante el actividad o el coito?

- Sin actividad sexual (0 puntos)
- Muy satisfecha (1 punto)
- Moderadamente satisfecha (2 puntos)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha (3 puntos)
- Moderadamente insatisfecha (4 puntos)
- Muy insatisfecha (5 puntos)

14) En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual (0 puntos)
- Muy satisfecha (5 puntos)
- Moderadamente satisfecha (4 puntos)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha (3 puntos)
- Moderadamente insatisfecha (2 puntos)
- Muy insatisfecha (1 punto)

15) En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Sin actividad sexual (0 puntos)
- Muy satisfecha (5 puntos)
- Moderadamente satisfecha (4 puntos)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha (3 puntos)
- Moderadamente insatisfecha (2 puntos)
- Muy insatisfecha (1 punto)

16) En las últimas 4 semanas, ¿Cuán **satisfecha** ha estado con toda su vida sexual en general?

- Muy satisfecha (5 puntos)
- Moderadamente satisfecha (4 puntos)
- Igualmente satisfecha e insatisfecha (3 puntos)
- Moderadamente insatisfecha (2 puntos)
- Muy insatisfecha (1 punto)

17) En las últimas 4 semanas, ¿Con qué **frecuencia** usted sintió dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual (0 puntos)
- Casi siempre o siempre (1 punto)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2 puntos)
- Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4 puntos)
- Casi nunca o nunca (5 puntos)

18) En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** usted sintió dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual (0 puntos)
- Casi siempre o siempre (1 punto)
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) (2 puntos)
- Algunas veces (la mitad de las veces) (3 puntos)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) (4 puntos)
- Casi nunca o nunca (5 puntos)

19) En las últimas 4 semanas, ¿Cómo evaluaría su **nivel (grado)** de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Sin actividad sexual | (0 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Muy alto | (1 punto) |
| <input type="checkbox"/> Alto | (2 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Regular | (3 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Bajo | (4 puntos) |
| <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada | (5 puntos) |

a) ¿Con que frecuencia usa preservativo?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

b) ¿Cuál es su frecuencia de actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Menos de 1 vez por mes
- 1 a 3 veces por mes
- 1 a 2 veces por semana
- 3 a 4 veces por semana
- Más de 4 veces por semana

c) En las últimas 4 semanas, ¿La frecuencia en su actividad sexual se vio disminuida?

- Sí No

En caso afirmativo, esta disminución se debe a:
(Marque todas las que considere necesario)

- Condiciones culturales y sociales
- Condicionantes religiosos
- Dificultades económicas/ laborales
- Falta de pareja
- Dificultad en la relación con su pareja
- El diagnóstico del virus del VIH
- Tratamiento antirretroviral para el VIH
- La toma de otras medicaciones
- Problemas físicos
- Otras _____