



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Medicina
Programa Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual en población femenina rural de la comuna de Teno.

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

GABRIELA LORENA BUSTOS BUSTOS

CONCEPCIÓN-CHILE

2017

Profesor Guía: Ruth Pérez Villegas. MSc.
Departamento Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



A mi familia, padres y hermanos que me han acompañado en este andar.

TABLA DE CONTENIDO

Índice de Tablas.....	iv.
Índice de Gráficos.....	vi.
Resumen.....	vii.
Abstract.....	viii.
Introducción.....	1
Marco Teórico y conceptual.....	3
Hipótesis.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Material y Método.....	13
Resultados.....	22
Discusión.....	40
Limitaciones del Estudio.....	45
Conclusiones.....	46
Proyecciones.....	47
Bibliografía.....	48
Anexos.....	53
Anexo I.....	54
Anexo II.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n°1: Estado Civil y actividad actual de las mujeres en estudio.....	22
Tabla n°2: Nivel educacional de las mujeres en estudio.....	24
Tabla n°3: Estado Nutricional de las mujeres en estudio.....	25
Tabla n°4: Métodos de planificación familiar de las mujeres en estudio.....	26
Tabla n°5: Nivel de Autoestima, Tipo de Violencia, Funcionalidad Familiar y Estrato Socioeconómico de las mujeres en estudio.....	27
Tabla n°6: Perfil de salud sexual de las mujeres en estudio.....	29
Tabla n°7: Número de parejas sexuales de las mujeres en estudio.....	29
Tabla n°8: Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio.....	31
Tabla n°9: Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio.....	32
Tabla n°10: Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por dimensión evaluado.....	33
Tabla n°11: Índice de Función sexual femenino y su relación con violencia psicológica.....	34
Tabla n°12: Índice de Función sexual femenino y su relación con violencia física.....	35

Tabla n°13: Índice de Función sexual femenino y su relación con violencia sexual.....	35
Tabla n°14: Índice de Función sexual femenino y su relación con el nivel socioeconómico.....	36
Tabla n°15: Índice de Función sexual femenino y su relación con la estructura familiar.....	37
Tabla n°16: Índice de Función sexual femenino y su relación con autoestima.....	37
Tabla n°17: Índice de Función sexual femenino y su relación con antecedentes gineco-obstétricos.....	38
Tabla n°18: Índice de Función sexual femenino y su relación con estado nutricional.....	38



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n°1: Estado Civil y actividad actual de las mujeres en estudio.....	23
Gráfico n°2: Nivel educacional de las mujeres en estudio.....	24
Gráfico n°3: Estado Nutricional de las mujeres en estudio.....	25
Gráfico n°4: Métodos de Planificación Familiar de las mujeres en estudio.....	26
Gráfico n°5: Nivel de Autoestima, Tipo de Violencia, Funcionalidad Familiar y Estrato Socioeconómico de las mujeres en estudio.....	28
Gráfico n°6: Número de Parejas sexuales de las mujeres en estudio.....	30



RESUMEN

Objetivo: Analizar el Índice de Función Sexual Femenina y su relación con factores biopsicosociales en población femenina rural de la Comuna de Teno, Región del Maule durante el período de Junio 2014 a Enero 2015.

Metodología: Estudio transversal, analítico, no experimental con enfoque cuantitativo, en usuarias que acudieron a control ginecológico o de planificación familiar en CESFAM Morza, Comuna de Teno. Muestreo probabilístico al azar. Se aplicaron las Escalas de Graffar, Rosenberg, Smilkstein, cuestionario de violencia en la pareja y Rosen R. y cols para valorar estrato socioeconómico, autoestima, funcionalidad familiar, tipo de violencia conyugal y función sexual. El análisis estadístico se realizó con el software Infostat, Versión 2014, aplicando análisis de varianza (ANOVA) y análisis de varianza no paramétrico, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se estudiaron 305 mujeres. El puntaje del IFSF obtenido fue de $(25,6 \pm 7,12)$. Se observó un 41,6% de disfunción sexual, un 37% de desorden del deseo, un 12,1% dificultades de excitación, 9,5% problemas de lubricación, 63,3 % desorden en el orgasmo, 13,4% de problemas de satisfacción sexual y 11,4% de dispareunia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el IFSF con autoestima, violencia en la pareja, nivel socioeconómico y estructura familiar.

Conclusiones: Las variables determinantes de disfunción sexual fueron niveles bajos de autoestima, sobrepeso y obesidad, disfunción familiar violencia en la pareja en cualquiera de sus formas y paridad.

Palabras Claves: Índice de Función Sexual Femenina, disfunción sexual, autoestima, violencia de pareja.

ABSTRACT

Objective: To analyze female sexual dysfunction index and its relation together with biopsychosocial factors in Teno's female population from June 2014 to January 2015. **Methodology:** transversal, analytical and quantitative study, no experimental, to female users who attend to their gynecological or family planning control in CESFAM Morza, Teno. Simple random sampling. In this study The Graffar Scales, Rosenberg, Smilkstein, partner violence questionnaire and Rosen R. et al, were applied. Were used to assess socioeconomic status, self-esteem, family functionality, type of conjugal violence and sexual function. Data was analyzed through Infostat software, 2015 version. A variance analysis (ANOVA) and a nonparametric variance analysis were done by Kruskal-Wallis test considering a significance level of $\alpha=0,05$. **Results:** 305 women were studied. A $(25,6 \pm 7,12)$ IFSF score was obtained. It was observed a 41,6% of sexual dysfunction and a 37% desire disorder in women. A 12,1% of women showed excitation difficulties, 9,5% lubrication problems, 63,3 % orgasm disorder, 13,4% problems regarding sexual satisfaction and 11,4% dyspareunia. IFSF varied when it was related to self-esteem, couple violence, socioeconomic status and family structure. **Conclusions:** There is correlation between IFSF and biopsychosocial variables studied. Low self-esteem, overweight and obesity, family dysfunction and couple violence (physical, psychological and sexual) determine sexual dysfunction. **Key words:** female sexual dysfunction index, sexual dysfunction, self-esteem, and couple violence.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. ⁽¹⁾

Un porcentaje significativo de las disfunciones sexuales femeninas a nivel mundial han sido relacionadas con el deterioro en la calidad de vida de quienes las padecen, es así, como las consultas de sexualidad son de alta ocurrencia en la población femenina, la que muchas veces, no ofrece manejo ni prevención en los centros de salud del país, debido a su complejidad y causas multifactoriales.

La atención en el nivel primario, no cuenta con estrategias de prevención ni esquemas de tratamientos efectivos para esta problemática, por lo que resulta muy importante estar al tanto del conocimiento que tienen las mujeres sobre su propia sexualidad, ya que esto ayudaría a mejorar su calidad de vida, prevenir y tratar factores influyentes de la sexualidad femenina.

Ante la relevancia que tienen las disfunciones sexuales en la vida de las mujeres, su impacto en la vida sexual y las pocas referencias bibliográficas relacionadas a la sexualidad femenina surge la necesidad de realizar un estudio en una población femenina con una condición adicional: la ruralidad, situación asociada a un mayor grado de analfabetismo, agotamiento físico por la dualidad en su labor diaria: dueñas de casa y temporeras y al arraigo de la

cultura propia de la población rural con desconocimiento sexual y escasas posibilidades de búsqueda de herramientas para la educación sexual.

Se analizará la violencia de género, el nivel de autoestima, la funcionalidad familiar, estratos socioeconómicos y funcionalidad sexual por sí solas y asociados a factores biopsicosociales.

La interrogante de investigación de este estudio fue ¿Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en una población de mujeres chilenas rurales y los factores biopsicosociales determinantes de disfunción sexual? Investigación que tiene por objetivo analizar el Índice de Función Sexual Femenina y su relación con factores psicosociales en población femenina rural de la Comuna de Teno Región del Maule, durante el período de Junio 2014 a Enero 2015.



MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1. Sexualidad

1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”⁽¹⁾

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que se relaciona íntimamente con la calidad de vida de las personas. Está inmersa en un sistema de integración que incluye al sistema nervioso, sistema endocrino, genoma y ambiente, los cuales apoyan los distintos procesos fisiológicos de la sexualidad y conducta sexual⁽²⁾. Si existe alguna alteración en la sexualidad se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico, mental, llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral y social.⁽³⁾

1.2 Sexualidad Femenina

Para el siglo XXI la expectativa de vida en la mujer es de 82,2 años⁽⁴⁾, su estilo de vida se ha modificado, haciéndose más activa física, intelectual y sexualmente y la influencia de los factores sociales, culturales y medioambientales en su salud también es distinta, por lo tanto las enfermedades que aparecen con mayor frecuencia y las que provocan mayor mortalidad han cambiado⁽⁵⁾. Esto en gran diferencia a su rol en la historia, marcado principalmente por su rol de madre, donde la sexualidad cobraba su principal importancia en la reproducción y la satisfacción de la pareja. El placer

femenino no fue materia de relevancia por muchos años, ya que no existía el espacio para el cuestionamiento de ello.

La sexualidad de la mujer, es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema del que no se puede hablar libremente; esto se refleja cuando establecen una relación de pareja, el desconocimiento acerca de su propio cuerpo, funciones, sensaciones y necesidades, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante su desarrollo integral. ⁽⁶⁾

1.3 Respuesta Sexual

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. En 1996 Masters y Johnson describieron por primera vez la respuesta sexual femenina que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos). En 1974 Kaplan describió tres fases: deseo, excitación y orgasmo. ⁽⁷⁾

En el análisis de la respuesta sexual humana se suelen diferenciar una serie de componentes: deseo, excitación y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), los cuales interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente. Esta distinción tiene utilidad clínica: muchos procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente a alguno de tales componentes de modo más o menos selectivo. ⁽⁷⁾

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se

podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo.⁽⁷⁾

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de: mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina. ⁽⁷⁾

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supra medulares en las que probablemente interviene el Septemtalámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas de del placer corticales. ⁽⁷⁾

2. Índice de Función Sexual Femenina

La Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1994 desarrolló cuatro áreas: deseo, excitación, orgasmo y dolor, que clasifican los trastornos de respuesta sexual, posteriormente se agregaron dos más en el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions* en el

año 2000 como es la lubricación y la satisfacción, adoptándose entonces seis dominios de evaluación. ⁽⁸⁾

Rosen y cols , en el 2000 desarrollaron un instrumento denominado “*The Female Sexual Function Index*” de 19 ítems, que agrupa estos seis dominios, el cual se encuentra validado en Chile y es considerado adecuado para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos, como también para medir la respuesta a diferentes terapias en trabajos clínicos ⁽⁹⁾. La disfunción sexual femenina es un problema multicausal y multidimensional, en el que se describen trastornos de tipo orgánico y psicológico.

2.1 Disfunción Sexual Femenina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Disfunción Sexual como “las varias maneras en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como ella o él desearía”. ⁽¹⁰⁾

La comunicación es el pilar fundamental en una relación de pareja, sin embargo, cuando existen dificultades sexuales, la comunicación, puede afectarse o perderse completamente. Las disfunciones sexuales llegan a separar y distanciar a las parejas e incluso afectan los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral. ⁽¹¹⁾

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual de la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, dispareunia o vaginismo no debidos a una enfermedad médica), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada. ⁽⁷⁾

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar biopsicosocial, sin embargo en la práctica

clínica es posible observar alteraciones en la función sexual femenina, las que generan problemas tanto personales como de pareja. ⁽¹²⁾

En Estados Unidos estos trastornos en la función sexual afectan al 50% de las mujeres en edad media ⁽¹²⁾. En Chile el 26% de las mujeres presentan alteraciones en su función sexual, comprometiendo principalmente el deseo y excitación y aumentando con la edad y nivel educacional bajo. ⁽⁹⁾

Un estudio realizado por Nazareth y cols 2003 asoció la ocupación de la mujer con disfunción sexual; el desempleo en las mujeres de mayor edad fue considerado como un predictor demográfico para presentar problemas de disfunción sexual. Asimismo en este mismo se estudió la relación de pareja es otro factor influyente en la función sexual. El no tener pareja estable disminuye la excitación, lubricación, orgasmo y aumenta la dispareunia. De acuerdo a este estudio se determinó que el perfil de disfunción sexual femenina era de una mujer mayor de 44 años, sin pareja estable, con práctica de alguna religión, desempleada y con baja autopercepción de calidad de vida. ⁽¹³⁾

3. Sexualidad y factores biopsicosociales asociados

La organización Mundial de la Salud define la salud sexual como “la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencie la personalidad, la comunicación y el afecto ⁽¹⁴⁾.”

Existen diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, farmacológicos, ambientales y de salud, que intervienen o pueden alterar la función sexual ocasionando alguna manifestación en la relación sexual de pareja. En ocasiones estas alteraciones de la sexualidad pueden derivar en problemas serios en la relación matrimonial y familiar. ⁽¹⁵⁾

Las disfunciones sexuales suelen ser la manifestación de “problemas biológicos o de conflictos psíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores. Influyendo también el estrés o trastornos emocionales. ⁽¹¹⁾

3.1 Violencia

La violencia de género es un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género. Es un problema que puede incluir asaltos o violaciones sexuales, prostitución forzada, explotación laboral, aborto selectivo en función del sexo, violencia física y sexual contra prostitutas, infanticidio femenino, tráfico de personas, violaciones sexuales durante período de guerra, ataques homofóbicos hacia personas o grupos de personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgéneros, entre otros.⁽¹⁶⁾ Es un problema que por tanto afecta habitualmente a la mujer.

Justificar la permanencia en una relación de violencia como, por ejemplo, el temor a la pérdida de las hijas e hijos, el terror ante represalias aún mayores, la presencia de dificultades económicas, las presiones del entorno social o familiar, el dominio y la violencia psicológica, la esperanza de que él cambie, una visión idealizada del amor y de su propia capacidad para cambiarle, entre otras.⁽¹⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas”. Dichos abusos, se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos y tienen graves consecuencias para la salud de la mujer, ya sea en forma de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, depresión o enfermedades crónicas. Así también los reportes de este organismo indican que hasta un quinto de las mujeres refieren haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años⁽¹⁸⁾.

La violencia contra la mujer es un grave atentado a los derechos humanos de la mujer y la niña. Se definió como violencia contra la mujer “a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación

arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Dichos actos de violencia se pueden producir al interior de la familia, en la comunidad y en el Estado ⁽¹⁹⁾.

En Chile durante el año 2011, 1873 mujeres murieron por causas externas, 40 de ellos correspondieron a casos de femicidio, equivalentes al 2% del total de muertes por esta causa. Una estadística que lamentablemente no ha cambiado drásticamente en los últimos años. De hecho, el 2013 se registraron otros 40 casos de femicidio, que afectaron a mujeres cuya edad oscilaba entre los 19 y 69 años.⁽²⁰⁾

Del mismo modo, la encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales ⁽²⁰⁾ realizada el año 2012 por el ministerio de Interior mostró que un 31,9% de las mujeres entre 15 y 65 años, declaraba haber sufrido alguna forma de violencia familiar alguna vez en su vida. Al analizar las distintas formas de violencia, 30,7% acusaba haber recibido violencia psicológica, 15,7% violencia física y 6,3% violencia sexual. Este estudio además mostró algunas características transversales entre aquellas mujeres que reconocieron haber sido agredidas, en cualquiera de sus formas. Era más frecuente en las mujeres residentes de algunas regiones (XV, VI y VIII), en niveles socioeconómicos más bajos (niveles D y E), en mujeres jefas de hogar, o cuando había educación obligatoria incompleta (media en el caso de la violencia psicológica o física, básica en el caso de la violencia física o sexual) y más prevalente en ciertos grupos etarios (entre 36 y 45 años). Al analizar las características del agresor más del 50% de las veces correspondía a la pareja y muchas veces los episodios violentos se asociaban al consumo de estimulantes como alcohol (entre 20 y 40%) y drogas (entre 7 y 11%). ⁽²⁰⁾

3.2 Autoestima

Dentro de los factores que se asocian a la disfunción sexual femenina se describe que una baja autoestima y obesidad, se asocian a una disminución del índice de función sexual femenina.⁽²¹⁾

3.3 Nivel Socioeconómico

Los estudios de Laumann y cols en el año 1998 habrían descrito la relación existente entre el nivel educacional y los trastornos de la sexualidad, arrojando que las mujeres con menor educación tendrían más falla orgásmica. Un mejor nivel de educación disminuye en 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales. Igualmente, el estudio de Laumann y cols en el año 1999, arrojó que el riesgo de trastornos sexuales disminuía a la mitad en mujeres graduadas de college comparadas con las que no habían terminado su educación. ⁽¹²⁾⁽⁹⁾

3.4 Estructura familiar

Según el estudio de Vega y cols en una población mexicana en el año 2014 el trabajar fuera del hogar, fue el factor asociado a la disfunción femenina más frecuente después de la edad, probablemente el que la mujer juegue un doble rol en la dinámica familiar, ama de casa y trabajadora, provoque un cansancio físico y emocional que redunde en la calidad de la relación conyugal, similar a lo reportado por Clayton y cols en el año 2009, quienes en su estudio el 24% de las mujeres estudiadas presentaron algún tipo de problema conyugal, y laborar fuera del hogar pudiera participar como único factor o bien como detonante, cuando yacen entidades patológicas de fondo como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobre peso y obesidad. ⁽¹⁵⁾

3.5 Factores biomédicos.

Existen otros factores de riesgo que se asocian a la disfunción sexual como lo es el consumo de tabaco, menopausia, dieta, estado civil, edad, nivel educacional, multiparidad, desempleo y enfermedades crónicas con la sexualidad. También se mencionan cirugías, antecedentes culturales y actividad deportiva. Sin embargo los resultados no son concluyentes en la mayoría de los casos, reflejando la necesidad de estudios a futuro en este ámbito. ⁽¹¹⁾

Es conocida la influencia del alcohol sobre el deseo y la conducta sexual ya que en dosis bajas y moderadas el alcohol logra inhibir los centros cerebrales que dirigen el miedo y la ansiedad lo que reduce las inhibiciones sexuales y ello puede producir un incremento en el impulso sexual.⁽¹¹⁾ La ingesta masiva de alcohol deteriora la respuesta sexual generando en la mujer la supresión de su capacidad orgásmica. ⁽¹¹⁾

La disfunción sexual es una problemática de alta prevalencia en nuestra población, convirtiéndose en un reto para los profesionales de salud de las distintas áreas, los que a diario nos vemos enfrentados a estos relatos por nuestras usuarias.



HIPÓTESIS

Las mujeres de la población rural de la Comuna de Teno que tienen baja autoestima, que han vivido experiencias de violencia de género, y que en sus hogares presenten disfunción familiar, presentan mayor disfunción sexual que aquellas mujeres que no posean estos factores psicosociales.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el índice de función sexual femenina y su relación con factores biopsicosociales en mujeres de una población rural de la Comuna de Teno, Región del Maule.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Relacionar las características bio-demográficas de la población femenina rural en estudio con el Índice de Función Sexual Femenina.
- Relacionar el Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio con autoestima según Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).
- Determinar el Índice de Función Sexual Femenina y su relación con la estructura familiar y características familiares según cuestionario Apgar Familiar.
- Determinar el Índice de Función Sexual Femenina y su relación con el nivel socioeconómico según escala de Graffar.
- Determinar la relación entre violencia física, psicológica y sexual en la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina según la Pauta de Diagnóstico Violencia Intrafamiliar.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño Metodológico: Estudio transversal, analítico, no experimental con enfoque cuantitativo, que determinó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) con una serie de variables biopsicosociales en una población determinada y en un tiempo dado. Determinando la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más de las variables en estudio con la función sexual femenina de esta población.

Universo: El estudio se realizó en usuarias inscritas y atendidas en el CESFAM de Morza de la Comuna de Teno, Región del Maule. La población objetivo de este estudio fueron todas las mujeres de entre 20 a 64 años que se encontraban en tarjetero de regulación de planificación familiar o asistían a control ginecológico.

Tamaño de la muestra: Para la elección de la muestra se consideró el número total de mujeres bajo control presentes en los tarjeteros del CESFAM, obtenido el 30 de Junio del año 2014. Arrojando un total de 934 mujeres bajo control, de las cuales 378 se encontraban en control ginecológico y 556 en control de planificación familiar, en un rango de edad de 20 a 64 años. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico al azar.

Para la obtención de la muestra se consideró un nivel de confianza de un 95%, un margen de error máximo aceptable del 5%, de esta forma el tamaño muestral fue de 272 mujeres. Ajustando la muestra a las pérdidas esperadas de un 10%, la muestra quedó constituida por **305** mujeres a encuestar.

Lugar y período de investigación: La aplicación de encuestas fue realizada dentro del box materno al momento en que acudían a control ginecológico o de planificación familiar. Las mujeres fueron enroladas aleatoriamente de acuerdo a la fecha en que asistían a control. El tiempo comprendido para la aplicación de encuestas fue desde Junio 2014 a Enero 2015.

Criterio de inclusión: Fueron incluidas en este estudio todas las mujeres inscritas en el CESFAM Morza, Comuna de Teno, que tuviesen de 20 a 64 años de edad, sexualmente activas, es decir, actividad sexual en el último mes y que se encontraran vigentes en tarjetero de control ginecológico o de planificación familiar.

Criterio de exclusión: Fueron excluidas del estudio mujeres que a pesar de tener el rango de edad deseado presentaron los siguientes factores: patología psiquiátrica diagnosticada, embarazadas, puérperas menores a un año y aquellas mujeres que se negaron a participar del estudio.

Aspectos éticos: Previo a la realización del estudio se solicitan y obtienen permisos de Coordinadores de Centros de Salud Comunitarios de la Comuna de Teno y Director del Centro de Salud Familiar, a quienes se les exponen los objetivos y características del estudio. El proyecto es presentado y aprobado el 15 abril 2014.

Individualmente se informa a cada una de las usuarias que desean ser participantes del estudio sus objetivos y la metodología de la investigación, posterior a su aprobación, se firmarán los consentimientos correspondientes. A cada usuaria se garantizó la confidencialidad al momento de desarrollar las entrevistas y encuestas.

Análisis Estadístico: Los datos obtenidos se ingresaron a una planilla Excell y fueron analizados utilizando el software Infostat, Versión 2014. Se realizó análisis de varianza (ANOVA) para los objetivos que cumplieran con dicha característica de análisis. En caso del no cumplimiento de dichos supuestos, se realizó un análisis de varianza no paramétrico, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis, considerando un nivel de significancia $\alpha=0,05$. Las variables numéricas fueron expresadas como media (d.e.) y las variables categóricas se expresaron como frecuencia numérica (n) y como frecuencia relativa (%).

Metodología: Diariamente la matrona del CESFAM de Morza, posterior a la atención dentro del box, ofrecía a las usuarias participar del estudio. Quienes aceptaban, procedían a la firma de consentimiento informado. Las entrevistas y aplicaciones de instrumentos fueron realizadas en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Los instrumentos de medición para la obtención de datos fueron:

- Escala de Autoestima de Rosenberg.
- Apgar Familiar.
- Índice de función sexual femenina (IFSF).
- Encuesta de Violencia en la pareja.
- Escala de Graffar.
- Encuesta bio-demográfica

Escala de Autoestima de Rosenberg:

Es uno de los instrumentos más utilizados que mide autoestima. La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc. Recientemente, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural, administrando esta escala en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0,75. En un comienzo esta escala fue dirigida sólo adolescentes hoy es aplicada a más grupos etarios.

Para Rosenberg la autoestima es un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características ⁽²²⁾.

Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”). Es un instrumento

unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” con puntuación de 1 a 4. El puntaje máximo es de 40 y el puntaje mínimo de 10 puntos. Su clasificación final va de autoestima baja (<25pts), autoestima media (26-29 pts) y autoestima alta (30-40pts).

Apgar Familiar:

Este instrumento entrega una medición cualitativa de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar. Fue ideado por Smilkstein, y validado y modificado para Chile, por el Dr. Ramón Florenzano (1985).

Es un cuestionario auto administrado de 5 preguntas cerradas. Cada pregunta puede contestarse con un puntaje que va desde 0 a 2 puntos, donde las posibilidades van desde casi nunca, algunas veces y casi siempre. Mide cinco componentes básicos de la función familiar; adaptabilidad, participación, gradiente de crecimientos, afecto y resolución Su clasificación va de disfunción familiar severa (0-3 pts.), disfunción familiar moderada (4-6 pts.) y familia funcional (7 a 10pts). A mayor puntaje mayor es la funcionalidad familiar. Es un cuestionario de screening, refleja la percepción del paciente sobre el estado funcional de su familia, da una visión rápida y panorámica de los componentes de función familiar y es útil para distintos tipos de familia. ⁽²³⁾

Índice de Función Sexual Femenina (IFSF):

En el año 2000, Rosen R. y col. desarrollan un instrumento denominado “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) ⁽⁹⁾, Cuestionario que permite evaluar la funcionalidad sexual femenina. Consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas. Se agrupa en seis dominios: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándosele un puntaje que va desde 0 a 5. El puntaje

obtenido de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final se obtiene con la suma total de los dominios.

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, que ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales), en donde valores iguales o inferiores a 26 se consideran en riesgo de disfunción.

Validado en Chile por Bümel y cols en el año 2004 con una aplicación a 473 mujeres en Santiago de Chile. ⁽⁹⁾

Cuestionario de Violencia en la Pareja:

Instrumento adaptado por la unidad de prevención de VIF SERNAM, tomado de las Guías Clínicas para la atención primaria, Violencia Intrafamiliar: Detección, diagnóstico y tratamiento del MINSAL. Consta de cuatro dominios: violencia psicológica, física, sexual y económica. De los cuales sólo serán utilizados en este estudio los tres primeros. Su objetivo es identificar el tipo de violencia, cada alternativa tiene un valor que va desde 0 si nunca se ha presentado a 3 puntos si su frecuencia es de muchas veces, los tipos de violencia se clasifica en leve, moderada y severa, y cada una de ellas, tiene un puntaje diferente; violencia psicológica (33 puntos), Violencia física (21 puntos) y violencia sexual (12 puntos). ⁽²⁴⁾

Escala de Graffar

Instrumento que permite clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Tiene su origen en Venezuela en los años ochenta, en donde se buscaba simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población.

Se utiliza una versión modificada por el Dr. Hernán Méndez Castellano (1959). Se emplea para clasificar a la población en estratos sociales.

Considera la evaluación de cuatro variables; profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento. Emplea un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos), Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos), Estrato III: clase media-media (10 a 12 puntos), Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) y Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos).⁽²⁵⁾

Encuesta de variables bio-demográficas.

Cuestionario elaborado específicamente para la investigación, que incluye preguntas cerradas como edad de la usuaria, nivel educacional, estado civil, ocupación, estado nutricional (IMC), paridad, antecedentes mórbidos, uso método anticonceptivo, antecedentes ginecológicos y antecedentes de sus parejas. Datos claves para obtener el perfil de la muestra.

Variables de estudio

Estado Nutricional	Independiente	Cuantitativa	Medida de asociación entre peso y talla de un individuo.	(Nominal) Bajo Peso. Normal. Obesa. Sobrepeso.
Método Anticonceptivo	Independiente	Cuantitativa	Método que impide o reduce la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales que incluyen coito.	(Nominal) ACO. ACI. Diu. Implante. Otros.
Edad	Independiente	Cuantitativa	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	(Continua)
Ocupación	Independiente	Cualitativa	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.	(Nominal) Dueña de casa. Temporera. Estudiante. Asesora de Hogar. Otro.
Nivel de escolaridad	Independiente	Cuantitativa	Años cursados y aprobados en el sistema de educación	(Continua)

Nivel socio-económico (Escala Graffar)	Dependiente	Cualitativa	Estrato de la población con igual posición y prestigio, incluye estratificación social.	(Nominal) Clase Media Alta. Clase Media Media. Pobreza Relativa. Pobreza Crítica.
Violencia en la Pareja (Cuestionario violencia)	Dependiente	Cualitativa	Todo tipo de violencia deliberada, con frecuencia reiterado, por parte de la pareja y/o conyugue.	(Nominal) Física. Psicológica. Sexual.
Autoestima (Escala Autoestima Rosenberg)	Dependiente	Cualitativa	Sentimiento de satisfacción que la persona tiene por si misma	(Nominal) Disminuida. Normal 31,14 (± 4,55). Elevada.
Funcionalidad Familiar	Dependiente	Cualitativa	Funcionalidad familiar. Mide la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia	(Nominal) Disfunción severa. Familia funcional. Disfunción moderada.

			representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad	
Estado Civil	Independiente	Cualitativa	La posición permanente que un individuo ocupa en la sociedad, en orden a sus relaciones de familia.	(Nominal) Soltera. Casada. Viuda. Divorciada. Separado. Conviviente .
Paridad	Dependiente	Cuantitativa	Número de hijos que una mujer ha tenido por parto o cesárea	(Continua)
Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	Dependiente	Cuantitativa	Funcionalidad sexual femenina. Evalúa seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.	(Nominal) < 0 = 26,5 disfunción sexual

RESULTADOS

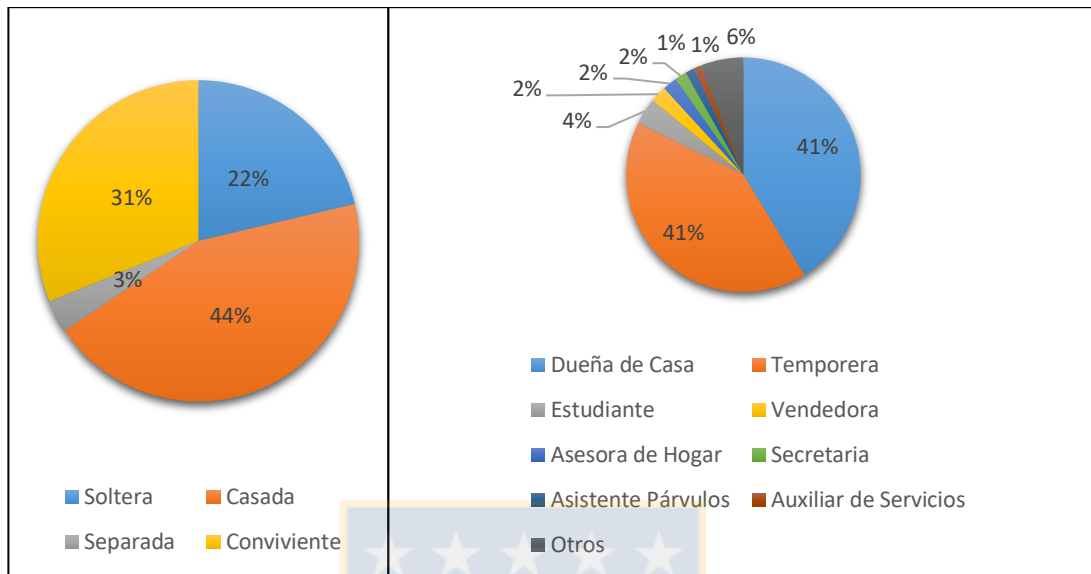
1. Perfil biodemográfico del grupo en estudio.

Tabla N°1: Estado Civil y actividad actual de las mujeres en estudio.

Estado Civil	N	%
<i>Soltera</i>	65	21,3
<i>Casada</i>	135	44,3
<i>Separada</i>	10	3,3
<i>Conviviente</i>	95	31,1
Ocupación	N	%
<i>Dueña de Casa</i>	126	41,3
<i>Temporera</i>	125	41,0
<i>Estudiante</i>	11	3,6
<i>Vendedora</i>	7	2,3
<i>Asesora de Hogar</i>	6	2
<i>Secretaria</i>	5	1,6
<i>Asistente Párvulos</i>	4	1,3
<i>Auxiliar de Servicios</i>	3	1
<i>Otros</i>	18	5,9
Total	305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°1: Estado Civil y actividad actual de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

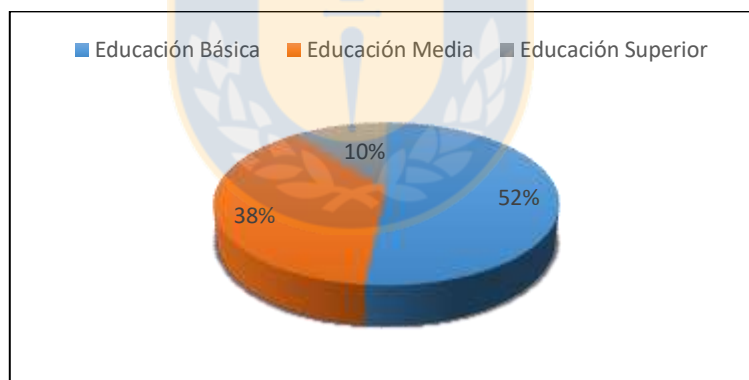
Las mujeres de la localidad de Morza, de la Comuna de Teno, al momento del estudio se encuentran en su mayoría con relaciones de parejas estables; en convivencia un 31% (n=95) y casadas un 44% (n=135). Siendo su actividad actual principal el trabajo de temporada en fundos y terrenos agrícolas de la zona y labores del hogar, ambos con un 41% (n=125).

Tabla N°2: Nivel educacional de las mujeres en estudio.

	Nivel Educacional	N	%
<i>Educación Básica</i>	Analfabeta	3	1
	Básica Incompleta	70	22,9
	Básica completa	86	28,2
<i>Educación Media</i>	Media incompleta	28	9,2
	Media completa	87	28,5
<i>Educación Superior</i>	<i>Técnico Superior</i>	16	5,3
	<i>Universitaria</i>	15	4,9
TOTAL		305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°2: Nivel educacional de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

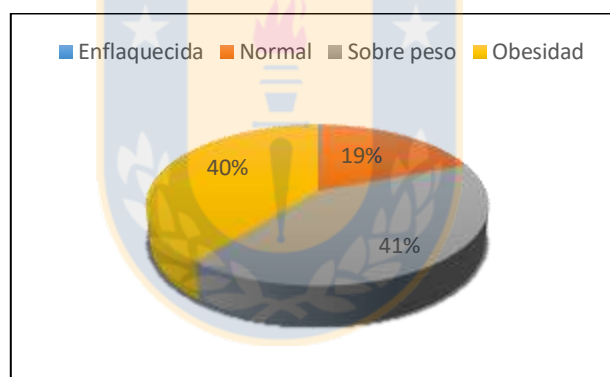
De las mujeres en estudio se obtuvo que un 52,1% (n=159) cursó solamente la educación básica, un 38% (n=115) la educación media y sólo un 10 % (n=31) la educación superior. Un dato muy relevante es que el 22,9% de ellas no terminó la educación básica.

Tabla N°3: Estado Nutricional de las mujeres en estudio.

ESTADO NUTRICIONAL	N	%
<i>Enflaquecida</i>	1	0,3
<i>Normal</i>	58	19
<i>Sobre peso</i>	126	41,3
<i>Obesidad</i>	120	39,3
Total	305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°3: Estado Nutricional de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

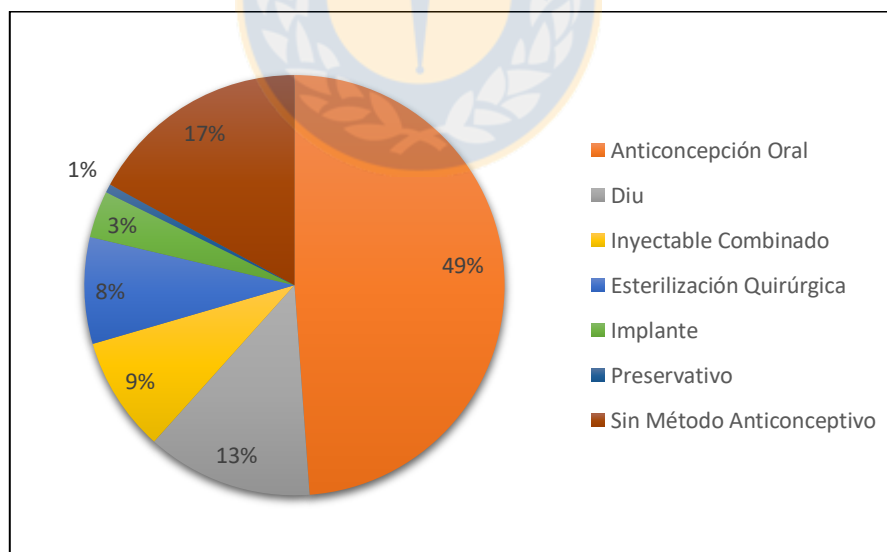
Al momento del estudio el 81% (n=246) de ellas se encontraba con algún grado de sobrepeso y obesidad. Sólo el 19% (n= 58) de las mujeres tuvo un estado nutricional normal en relación a su talla y su peso.

Tabla N°4: Métodos de Planificación Familiar de las mujeres en estudio.

Con Método Anticonceptivo	N	%
<i>Anticoncepción Oral</i>	149	48,9
<i>Diu</i>	39	12,7
<i>Inyectable Combinado</i>	27	8,9
<i>Esterilización Quirúrgica</i>	25	8,2
<i>Implante</i>	11	3,6
<i>Preservativo</i>	2	0,6
<i>Total</i>	253	83
Sin Método Anticonceptivo	N	%
	52	17
TOTAL	305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°4: Métodos de Planificación Familiar de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de las mujeres en estudio al momento de la entrevista se encontraba utilizando algún método de planificación familiar, siendo los

anticonceptivos orales el más utilizado con un 49% (n= 149). Sólo un 17% (n=52) de ellas, manifestó no estar utilizando ningún método.

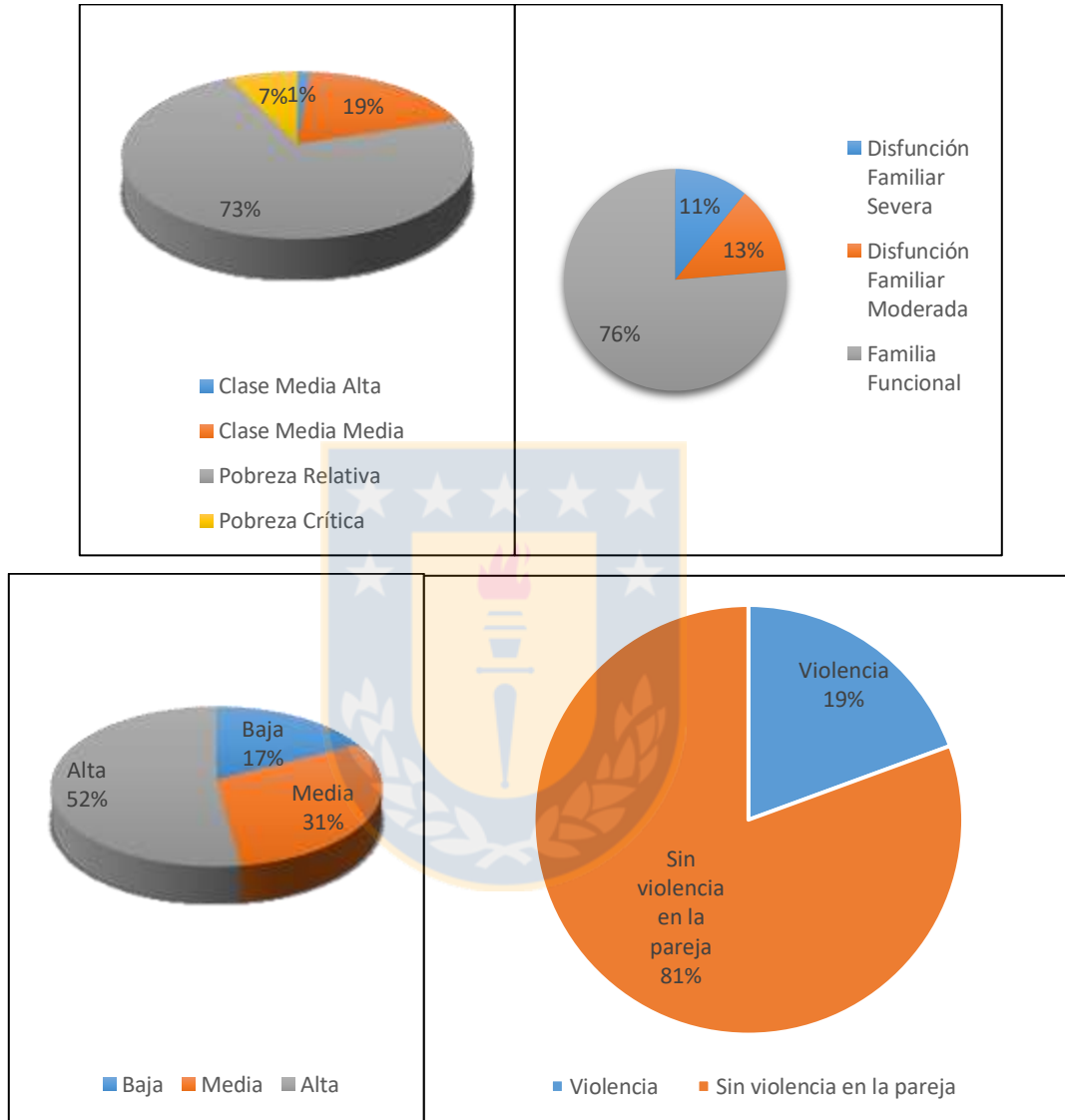
2. Perfil Psicosocial del grupo en estudio

Tabla N°5: Nivel de Autoestima, Tipo de Violencia, Funcionalidad Familiar y Estrato Socioeconómico de las mujeres en estudio.

Autoestima	N	%
<i>Baja</i>	53	17,3
<i>Media</i>	93	30,5
<i>Alta</i>	159	52,1
Apgar Familiar	N	%
<i>Disfunción Familiar Severa</i>	33	10,8
<i>Disfunción Familiar Moderada</i>	39	12,8
<i>Familia Funcional</i>	233	76,3
Nivel Socioeconómico	N	%
<i>Clase Media Alta</i>	4	1,3
<i>Clase Media Media</i>	57	18,7
<i>Pobreza Relativa</i>	222	72,7
<i>Pobreza Crítica</i>	22	7,2
Violencia en la Pareja	N	%
<i>Física</i>	22	7,2
<i>Psicológica</i>	19	6,2
<i>Física + Psicológica</i>	18	5,9
<i>Sexual</i>	1	0,3
<i>Sin violencia en la pareja</i>	245	80,3
TOTAL	305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°5: Nivel de Autoestima, Tipo de Violencia, Funcionalidad Familiar y Estrato Socio económico de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

El perfil psicosocial de las mujeres en estudio fue de autoestima alta con un 52% (n=159), familias funcionales con un 76,3% (n=233), nivel socioeconómico de pobreza relativa 72,7% (n=222), al momento de la

encuesta no se encontraba viviendo episodios de violencia con un 81% (n=245).

3. Perfil Salud Sexual y Reproductivo

Tabla N°6: Perfil de Salud Sexual de las mujeres en estudio.

	MEDIA(D.E.)	Min - Max
Número hijos	1,78 (±1,19)	0 - 9
Nº embarazos	2,01(±1,41)	0 – 10
Nº parejas sexuales	2,27(±2,38)	1 - 20
Edad Pareja	40,0 (±12,1)	19 - 80

Fuente: Elaboración Propia

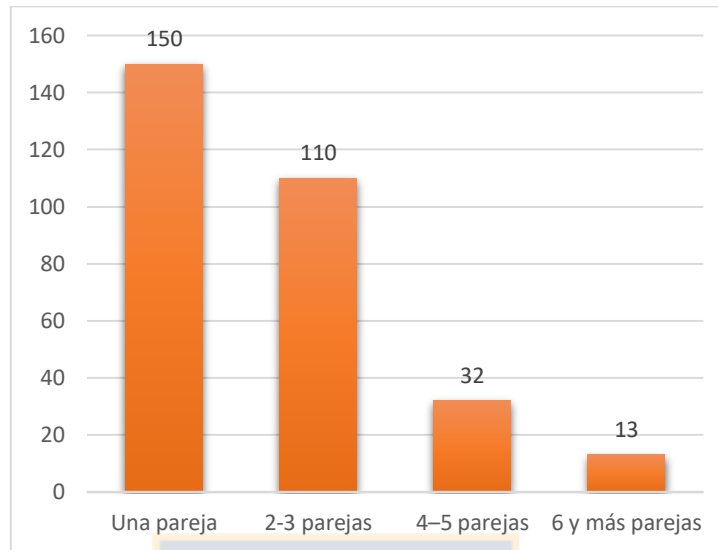
El promedio de hijos de las mujeres encuestadas fue de 1,78 hijos con un rango de ninguno a 9 hijos, dato similar al número de embarazos. En relación a la edad de sus parejas, el promedio fue de 40 años obteniendo un rango de 19 a 80 años. Finalmente el número de parejas sexuales promedio fue de 2,27.

Tabla N°7: Número de Parejas sexuales de las mujeres en estudio.

NÚMERO PAREJAS SEXUALES	N	%
<i>Una pareja</i>	150	49,1
<i>2-3 parejas</i>	110	36
<i>4-5 parejas</i>	32	10,5
<i>6 y más parejas</i>	13	4,3
Total	305	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°6: Número de Parejas sexuales de las mujeres en estudio.



Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de las encuestadas refirió tener sólo una pareja sexual en su vida con un 49,1% (n=150), seguidas de un 36% (n=110) con dos a tres parejas. Un porcentaje muy bajo de ellas manifestó tener seis y más parejas, sólo un 4,3% (n=13).

4. Índice de Función Sexual Femenina y su relación con variables biopsicosociales.

Tabla N°8: Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio,

DOMINIO	Media(D.E.)	Mín. -Máx.
IFSF	25,6 (7,12)	2,0 -36,0
<i>Deseo</i>	3,62(1,15)	1,2 – 5,0
<i>Excitación</i>	4,34(1,46)	0,0 – 5,0
<i>Lubricación</i>	4,98(1,59)	0,0 – 5,0
<i>Orgasmo</i>	3,0 (1,49)	0,0 – 5,0
<i>Satisfacción</i>	4,77(1,4)	0,8 – 5,0
<i>Dolor</i>	4,92(1,62)	0,0 – 5,0

Fuente: Elaboración Propia

Considerando que el puntaje mínimo requerido para la función sexual femenina normal es mayor a 26 puntos y que se trabajó con el promedio de cada dominio: excitación, lubricación, orgasmo y dolor con un puntaje de corte sobre 3 puntos y para los dominios deseo sobre 3,6 y satisfacción sobre 3,4 puntos respectivamente, se obtuvo que el promedio de IFSF de las mujeres en estudio fue de 25,6 puntos con una desviación estándar de 7,12. Los dominios con menor puntuación fueron el deseo y el orgasmo.

Tabla N°9: Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio.

Edad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	IFSF
[20 – 24]	4,0±0,8	4,8±0,8	5,5±0,7	3,4±1,1	5,3±0,9	5,0±1,3	28,2±3,2
[25 – 29]	3,8±1,1	4,7±1,1	5,4±1,0	3,0±1,3	5,0±1,1	5,1±1,3	27,1±5,0
[30 – 34]	3,7±1,0	4,4±1,3	5,0±1,4	2,8±1,2	4,6±1,3	5,0±1,4	25,8±6,2
[35 – 39]	3,5±1,2	4,4±1,2	5,0±1,2	3,3±1,4	4,7±1,3	4,9±1,4	26,0±6,0
[40 – 44]	3,8±0,9	4,6±1,2	5,1±1,4	2,9±1,5	5,0±1,1	5,1±1,3	26,7±6,3
[45 – 49]	3,3±1,3	3,7±1,6	4,4±1,9	3,0±1,5	4,4±1,41	4,9±1,7	23,9±8,3
[50 – 54]	2,7±1,2	3,2±2,1	3,6±2,2	2,2±1,7	4,1±1,86	4,1±2,2	20,0±9,9
[55 – 59]	2,8±1,2	3,0±2,5	3,4±2,8	1,8±1,9	3,5±2,31	3,6±3,0	18,3±13,3
[60 – 64]	2,7±0,8	3,4±1,7	4,5±2,1	2,5±1,5	4,4±1,81	4,9±2,2	22,7±9,6
TOTAL	3,6±1,1	4,3±1,4	4,9±1,5	3,0±1,4	4,7±1,4	4,9±1,6	25,6±7,1
P	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Fuente: Elaboración Propia

El índice de función sexual femenina (IFSF) logra su máxima expresión alrededor de los 20 a 24 años (28,21±3,2). Luego disminuye, encontrando su menor puntuación desde los 55 a 59 años. Un dato muy relevante es el descenso que se produce de los 30 a 34 años para luego aumentar desde los 35 a 44 años aproximadamente.

Se observa que en los dominios de menor puntuación las edades que obtuvieron menor puntuación para deseo son de 60 a 54 años y para orgasmo 55 a 59 años. Ambos tienen su mayor puntaje de 20 a 24 años.

Tabla N°10: Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por dimensión evaluado.

Ítem	Media (d.e.) IFSF	Mayor al puntaje esperado		% Disfunción
		n	%	
IFSF (total)	25,63 ± 7,2	178	58,4	41,6
Dominios				
Deseo	3,62 ± 1,15	192	63,0	37,0
Excitación	4,34 ± 1,46	268	87,9	12,1
Lubricación	4,98 ± 1,58	276	90,5	9,5
Orgasmo	3,00 ± 1,49	112	36,7	63,3
Satisfacción	4,77 ± 1,40	264	86,6	13,4
Dolor	4,92 ± 1,62	270	88,6	11,4

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla n°10 se observa la media del IFSF y la cantidad de mujeres con mayor y menor puntaje esperado para el IFSF y sus dominios.

El 41,6% de las encuestadas presenta un puntaje inferior a 26,5 lo que determinaría la presencia de disfunción sexual en donde la media también determinaría disfunción sexual.

Los dominios con mayor porcentaje de disfunción sexual lo alcanzaron el orgasmo en un 63,3% y el deseo en un 37%. Los dominios con mayor puntuación fue la lubricación con un 90,5%, el dolor con un 88,6%, y satisfacción con un 86,6%.

TablaN°11: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con Violencia Psicológica.

Violencia Psicológica	N	%	Medias	D.E	H	P
Sin Violencia	115	37,7	27,24	6,66	48,44	<0,0001
Leve	153	50,1	25,88	6,73		
Moderada	33	10,8	20,32	6,98		
Severa	4	1,3	14,13	6,31		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Como se observa en la tabla, al relacionar las mujeres que no sufrieron de violencia con aquellas que refirieron algún grado de violencia psicológica, se puede observar que las mujeres que no vivieron violencia obtuvieron un puntaje de IFSF mayor que aquellas que refirieron violencia, sea esta de tipo leve, moderada y severa. Diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) La violencia en la pareja sería un determinante a la hora de la disfunción sexual.

TablaN°12: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con Violencia Física.

Violencia física	N	%	Medias	D.E.	H	p
Sin Violencia	202	66,2	26,58	7,06	34,7	<0,0001
Leve	84	27,5	25,13	5,57		
Moderada	13	4,2	19,37	9,82		
Severa	6	2	14,53	6,25		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Las mujeres que no refirieron violencia física obtuvieron puntajes de IFSF mayor que aquellas que si sufrieron este tipo de violencia. Diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

TablaN°13: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con Violencia Sexual.

Violencia sexual	N	%	Medias	D.E.	H	p
Sin Violencia	264	86,5	26,6	6,44	41,63	<0,0001
Leve	24	7,8	20,53	8,34		
Moderada	13	4,3	18,62	6,09		
Severa	4	1,3	15,15	12,71		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el IFSF en mujeres que sufrieron violencia sexual por parte de sus parejas versus aquellas que no vivieron experiencias de violencia sexual ($p < 0,0001$).

Tabla N°14: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con el Nivel Socioeconómico.

Estratos	N	%	Medias	D.E.	H	p
Clase media alta	4	1,3	30,83	0,93	14,35	0,0025
Clase media media	57	18,7	27,7	5,13		
Pobreza relativa	222	72,7	25,38	7,07		
Pobreza crítica	22	7,2	21,89	10,24		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Considerando el valor mínimo requerido para diferenciar la función sexual normal y la disfunción sexual femenina, se puede observar que las mujeres de los estratos medio alto y medio medio presentaron una función sexual femenina normal, mientras que las mujeres de estratos socioeconómicos clasificados como pobreza relativa y crítica presentaron un valor de IFSF en categoría de disfunción sexual, estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Por lo que el estrato socioeconómico es un determinante para la disfunción sexual.

TablaN°15: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con la Estructura familiar.

Funcionamiento familiar	N	%	Medias	D.E.	H	p
Disfunción familiar severa	33	10,8	22,5	7,26	16,85	0,0002
Disfunción familiar moderada	39	12,8	23,93	7,96		
Familia funcional	233	76,3	26,36	6,8		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Las mujeres con familias funcionales obtuvieron un puntaje de IFSF mayor que aquellas mujeres que presentan algún tipo de disfunción familiar, diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,0002$). Por lo que la disfuncionalidad familiar es una variable asociada a la disfunción sexual femenina.

TablaN°16: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con Autoestima.

Autoestima	N	%	Medias	D.E.	H	p
Baja	53	17,3	22,6	8,31	20,82	<0,0001
Media	93	30,5	25,36	6,36		
Alta	159	52,1	26,81	6,83		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Las mujeres que presentaron autoestima alta (52,1%) obtuvieron valores de IFSF de 26,8 puntos versus las mujeres con autoestima media y baja las que presentaron puntaje IFSF de menor puntaje (25,36 y 22,60 respectivamente), estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla N°17: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con y Antecedentes gineco-obstétricos

	Media (D.E.)	p
Nuligestas	28,36(±5,53)	0,0015
Múltiparas	25,3(±7,22)	

Fuente: Elaboración Propia

Las mujeres nuligestas presentaron un IFSF mayor (28,36) que aquellas con 1 ó más hijos (25,30). Diferencias estadísticamente significativa (P<0,0015). Por que los antecedentes obstétricos son determinantes en la disfunción sexual femenina.

Tabla N°18: Índice de Función Sexual Femenino y su relación con Estado Nutricional.

IMC	N	%	Medias	D.E.	H	p
Normal	58	19,0	26,35	6,58	1,75	0,4172
Sobrepeso	126	41,3	25,73	7,39		
Obesidad	120	39,3	25,17	7,12		
TOTAL	305	100				

Fuente: Elaboración Propia

Al relacionar el IFSF con el estado nutricional, aquellas mujeres que presentaron sobrepeso y obesidad obtuvieron disfunción sexual, sin embargo las mujeres con estado nutricional normal obtuvieron un valor de IFSF adecuado, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.



DISCUSIÓN

La sexualidad en la mujer es un aspecto importante en la calidad de vida de las personas, siendo la sexualidad el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres, aspecto que puede variar entre distintos grupos sociales y ser influenciado por diferentes factores biológicos.

De las 305 mujeres estudiadas con edades que fluctuaron entre 20 a 64 años, el promedio de puntaje de IFSF fue de $25,6 \pm 7,12$, puntaje inferior al obtenido en el estudio de Blumel y cols, con un grupo de mujeres de 20 a 59 años cuyo IFSF fue de $27,6 \pm 5,8$ puntos. También, las cifras obtenidas difieren de lo reportado por el estudio de Valenzuela y cols ⁽⁸⁾, en otro grupo de mujeres chilenas con el rango de edad similar al de este estudio, cuyo puntaje de IFSF promedio fue de $27,9 \pm 6,0$. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son similares al estudio de Artiles y cols ⁽²⁶⁾ realizado en mujeres españolas de 18 a 76 años con un valor IFSF de 25,4.

En este estudio se determinó que el 41,6% de las mujeres presentan disfunción sexual, cifra superior a la obtenida por Kamei y cols ⁽²⁷⁾, en un estudio chileno de prevalencia de trastornos de la sexualidad realizado el año 2005, en el cual el 38,7% presentó disfunción sexual y muy por superior al Estudio Multicéntrico Latinoamericano del año 2009, en el que las mujeres chilenas estudiadas presentaron un 36% de disfunción sexual ⁽²⁸⁾.

De acuerdo a las dimensiones estudiadas, el estudio arrojó que los porcentajes de disfunción sexual para el deseo fue de un 37%, para la excitación 12,1%, lubricación 9,5%, orgasmo 63,3% y satisfacción un 13,4%. Datos muy disímiles a los obtenidos por Castelo y cols en el año 2003 ⁽²⁹⁾, con 534 mujeres entre 44 y 64 años de edad, reportó que el 51,3% presentaba algún problema sexual; 37,8% presentaba disminución del deseo, 33,6% alteración en la excitación, 34,8% dispareunia, 26% dificultad en el orgasmo.

En esta investigación, los dominios del IFSF, que presentaron mayor porcentaje de disfunción fue el deseo con un 37% y el orgasmo con un 63,3%, cifra similar obtenida por Lauman y cols con un 32% ⁽¹²⁾ e inferior a la obtenida por Kamel y cols con un 52,9%. Este último estudio incluyó mujeres de 15 a 69 años ⁽²⁷⁾. Del mismo modo el estudio mexicano realizado por Sánchez y cols 2007⁽¹⁵⁾, investigó la relación de factores psicológicos con el deseo sexual femenino y masculino, el estudio determinó que las mujeres con deseo sexual hipoactivo presentaban un disminución en la puntuación de autoestima. Otros factores estudiados y que se relacionaba estrechamente con deseo sexual hipoactivo fueron la experiencia de abuso sexual infantil, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales.

La respuesta orgásmica disminuida, estuvo presente en el 63,3% de las encuestadas, porcentaje mayor al obtenido por Lauman y cols en el año 1999, con un 7% ⁽¹²⁾ y del obtenido por Valenzuela y cols en el año 2014 de 9,7%⁽⁸⁾. Sin embargo, esta cifra se contrapone con el 86,6% de las mujeres que manifestó estar satisfecha con sus relaciones sexuales, lo cual no estaría en concordancia respecto al alto porcentaje de disfunción sexual manifestado por las mismas encuestadas. Una posible explicación a los hallazgos de este estudio sería que el 49,1% de las encuestadas manifestó tener sólo una pareja sexual en su vida cuya edad promedio de la pareja alcanzó los 40 años, considerando aún más que más de la mitad de las encuestadas obtuvo un nivel de escolaridad básica, estas variables según el estudio de Blumel y cols ⁽⁹⁾ serían la causa del alto porcentaje de falla orgásmica.

En cuanto al funcionamiento sexual y los factores asociados, al comparar los datos obtenidos en relación al índice de función sexual y el estado nutricional, los estudios señalan que cuanto mayor es el IMC mayores son los prejuicios en el funcionamiento sexual, ya que las mujeres relatan peor calidad de la vida sexual ⁽³⁰⁾.

En una revisión de 57 estudios compilados por Pubmed 2012, donde se relacionó la imagen corporal con la sexualidad en mujeres sanas, este concluyó que los problemas de imagen corporal podrían afectar todos los dominios de la función sexual ⁽³¹⁾. Por su parte Esposito y cols en el año 2007⁽³²⁾ en su estudio que relacionó el peso corporal, la distribución de grasa corporal y la función sexual en mujeres de 52 años, obtuvo que el deseo y el dolor no se relacionan con el IMC, pero que el resto de parámetros si, la puntuación IFSF fue significativamente menos en mujeres con sobrepeso en comparación con las mujeres de peso normal obteniendo una relación inversa entre IMC y función sexual: a mayor IMC es menor la satisfacción sexual. Sin embargo, en este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas en el IFSF en mujeres con sobrepeso y obesidad versus mujeres con peso normal, lo cual permite proponer un nuevo aspecto analizar sobre esta variable, por ejemplo evaluar la imagen corporal y autoconcepto más que el IMC por sí solo.

Al relacionar el índice de función sexual femenino con el nivel socioeconómico, los resultados de este estudio coinciden con el único estudio actual que relaciona ambas variables; Ruiz y cols 2013⁽³³⁾, establecieron una relación directa entre la satisfacción sexual y los factores socioeconómicos, como se observó en este estudio donde mujeres de estratos socioeconómicos categorizados como pobreza presentaron mayor disfunción sexual.

Al relacionar el IFSF con la violencia, un estudio de mujeres españolas reportó que las relaciones de pareja estables generaban mayor satisfacción que aquellas esporádicas ⁽³³⁾ siendo este grupo el 72% de las encuestadas. En este mismo estudio, también se obtuvo que 6,5% de mujeres tubo alguna relación sexual en contra de su voluntad a lo largo de su vida, y el 6,1% de mujeres manifestaron haber sido abusadas sexualmente o violadas en algún momento de su vida. Se concluyó que mujeres de posición económica baja sufrieron más de violencia sexual ⁽³³⁾. Esto podría hacer sospechar que las

mujeres encuestadas tienen una alta probabilidad de haber sufrido violencia con parejas anteriores, dato que podría ser una limitante en el estudio.

Cuando se relaciona el IFSF con la dinámica familiar, se observa que mujeres que refieren una funcionalidad familiar normal no presentan alteraciones en el IFSF (26,30), mientras que la existencia de disfunción familiar siendo moderada IFSF (23,90) o severa IFSF (22,50) sí generaría disfunción sexual. Sin embargo, no existen estudios que comparen directamente ambas variables, por lo que se podrían abrir nuevos ámbitos de estudio, para analizar factores influyentes en la sexualidad como la dinámica familiar, el ciclo familiar y el contexto social.

El elevado porcentaje de disfunción sexual en este grupo de mujeres estudiadas se explica en que más de la mitad de ellas no superó la enseñanza básica, dato similar al obtenido en el estudio de Lauman y cols en el año 1999⁽¹²⁾, un mayor nivel educacional disminuiría el riesgo de trastornos de la sexualidad, según Lauman un mayor nivel educacional disminuiría en un 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales.

Al relacionar el índice de función sexual femenino y autoestima, se determina que los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con el de Sánchez y cols 2010⁽³⁴⁾, donde se señala que uno de los factores incidentes de trastornos orgásmicos sería la baja autoestima, en este estudio el 63,3% de la población estudiada presentó disfunción orgásmica. Del mismo modo, el estudio de Carrobles y cols 2011⁽³⁵⁾ sostiene que la satisfacción sexual se relaciona con puntajes de autoestima alto.

En relación al IFSF y la violencia en la pareja, el estudio de Zorozabal de la Cruz y cols 2009⁽³⁶⁾, determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica por parte de la pareja y disfunción sexual de origen no orgánico de mujeres en edad fértil, resultado similar al obtenido en este estudio, ya que las usuarias que

manifestaron violencia psicológica clasificada de leve a grave presentaron disfunción sexual. Del mismo modo la violencia sexual y física también comparten el mismo criterio; la disfunción sexual femenina es proporcional al grado de violencia en la pareja.

El estudio de Vega y cols 2014⁽¹⁵⁾, en una población de mujeres mexicana, determinó que las labores fuera del hogar, son un factor asociado a la disfunción femenina, ya que es posible que la mujer juegue un doble rol en la dinámica familiar, dueña de casa y trabajadora, esta situación puede provocar un cansancio físico y emocional que redundaría en la calidad de la relación conyugal, similar situación ha sido reportada por Clayton y cols 2009⁽³⁷⁾, en dicho estudio el 24% de las mujeres presentaron algún tipo de problema conyugal, en el cual el trabajo fuera del hogar resultó como único factor causal.

El estudio de Sanchez y cols 2007⁽³⁸⁾, con 403 mujeres de centros de atención primaria en poblaciones rurales, semiurbanas, urbanas y metropolitana, se obtuvo que los factores desencadenantes de disfunción sexual eran: problemas de salud mental (síndrome ansioso-depresivo) 38,6%, embarazo (20,8%), nacimiento de un hijo (18,3%), uso de anticonceptivos (21,7%), uso de fármacos (5,9%), violencia doméstica (3,4%) y problemas de pareja (35,1%).

Finalmente, se puede señalar que la función sexual es la resultante de la interacción de múltiples factores en el individuo, tanto anatómicos, biológicos, fisiológicos y psicológicos y a éstos se agrega la interrelación con la pareja donde juegan un papel los patrones culturales, las vivencias previas los sentimientos mutuos, el estado marital mismo y la autoestima.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones de este estudio, se debe a que la población rural de la comuna de Morza, manifestó un elevado nivel de desconocimiento sobre su propia sexualidad, ya que son muy escasas las instancias de conversación y educación sexual, a ello se suma el difícil acceso a redes sociales y herramientas como internet, que les permita mantenerse al día en temas de la sexualidad, estos factores, dificultaban el entendimiento referente a los conceptos y aspectos relacionados con la funcionalidad sexual femenina. Asociados a limitantes como el nivel educacional y la cultura propia de ser una población rural con creencias y costumbres arraigadas difíciles de modificar en un corto plazo.

Otro elemento a señalar, es que se observó una normalización de aspectos como la infidelidad y la violencia en la pareja, lo cual dificultó que quienes la padeciesen fuesen concientes de ello. Por otra parte, la entrevista solo evaluaba presencia de violencia con pareja actual, no el antecedente, lo cual podría haber generado un sesgo en el porcentaje real de violencia vivida por estas mujeres.

Finalmente, es importante considerar que el tiempo asignado para realizar estas entrevistas fue muy acotado, ya que estaba enmarcada en el tiempo asignado para la atención clínica, en localidades como esta, donde existe pocas instancias de dialogo el tiempo para hablar de su propia sexualidad se vuelve muy corto para que la mujer relate sus experiencias en este ámbito.

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio se puede concluir que esta población presentó un elevado porcentaje de disfunción sexual (41,6%) con un valor de IFSF promedio de 25,6.

La variable autoestima influye en el IFSF, las encuestadas con baja autoestima obtuvieron puntuaciones de IFSF inferiores a aquellas que presentaron autoestima alta.

Cuando se relaciona el IFSF con la estructura familiar se observa que la disfunción familiar también es un factor que desencadena disfunción sexual, al igual que el nivel socioeconómico.

La presencia de violencia de género en cualquiera de sus formas (física, sexual y psicológica) genera disfunción sexual, especialmente la violencia de tipo psicológica.

Finalmente, se puede señalar que de acuerdo a los resultados obtenidos, se confirma hipótesis de estudio: mujeres con baja autoestima, que han vivido experiencia de violencia de género, y que en sus hogares hay disfunción familiar, presentan mayor disfunción sexual que aquellas mujeres que no tienen estos factores psicosociales adversos.

PROYECCIONES

Al realizar esta investigación fue posible evidenciar la cantidad de estudios que se han encargado de cuantificar los diferentes tipos de disfunciones sexuales, sin embargo, resulta importante evaluar y relacionar estas disfunciones en un aspecto más biopsicosocial considerando elementos personales, sociales y psicológicos de cada individuo. Sería primordial incluir a las parejas de cada usuaria a fin de realizar pesquisas tempranas y atenciones oportunas.

Este tipo de estudios nos demuestra la importancia de abordar estas temáticas en los centros de salud, lugar donde gran cantidad de la población femenina es atendida, donde no contamos con el tiempo ni rendimientos para realizar actividades de promoción y prevención de disfunciones sexuales en las diferentes etapas del ciclo vital.

Actualmente, la consulta por disfunción sexual no existe, las usuarias que presentan este tipo de sintomatología son atendidas como cualquier mujer sana, donde estas patologías se normalizan viéndose como parte de la vida sexual de cada mujer y no como un acontecimiento modificable.

Este estudio es un aporte para la realización de otras investigaciones, que permitan abordar otras temáticas sobre sexualidad femenina, donde las parejas también tengan un rol protagónico y nos permita adquirir mayores conocimientos para abordar este tipo de temáticas. Sería necesario, entre otras, evaluar el impacto que causaría en un grupo de parejas con algún grado de disfunción sexual la educación en sexualidad a través del ciclo vital, a fin de brindar una mejor calidad de vida específicamente a mujeres que por desconocimiento no lo han vivenciado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Ginebra:OMS 28–31 January 2002. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Montoya L. Sexualidad Humana, valoración clínica y ginecológica; Protocolos y Tratamiento. En: Bajo J, Vicens L, Montosa X. Fundamentos de Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 285-291.
3. R. Cancio, R. María. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina: asociación con otras enfermedades y factores de riesgo (tesis doctorado) [internet]. Universidad ciencias médicas de la Habana; 2012 [citado 14 de Julio de 2014] Recuperado a partir de: <http://tesis.repo.sld.cu/550/1/RMReal.pdf>.
4. http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp
5. Chavarría-Olarte ME, Palomo-Piñón S, Danel I, Granados-Martínez J. La investigación en la salud de la mujer en el siglo XXI. Cir Ciruj 2002;70:194-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc023m.pdf>.
6. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Ciencia y Enfermería. 2003;9 (1):55-64.
7. Castroviejo Royo F. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Tesis doctoral. Valladolid, 2010.

8. Valenzuela P. R, Contreras G. Y, Manriquez S.K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Rev. Chil. obstet. ginecol. Santiago 2014. vol.79 no.2.
9. Blümel E. J., Binfa L. , Cataldo P. A. Carrasco V. A., Izaguirre L. H, Sarrá C.S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer .Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2004; 69(2)
10. Pérez C, Vargas I, Cisneros M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. Rev Mex Urol 2008; 68(2):98-102.
11. Matute V, Arévalo C, Espinoza A. Estudio transversal: Prevalencia de Disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital "José Carrasco Arteaga". Rev Med HJCA 2016; 8(1):19-24.
12. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Dysfunction in the United States. Jama 1999; 281: 537-44.
13. I. Nazareth, P. Boynton, M. King. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. BMJ, 327 (2003), pp. 423–432
14. OMS. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra: OMS; 1975.
15. Vega M.G, Jezabel Flores C. P., Ávila M.J, Becerril S.A., Jesús Vega M. A, Camacho C.N, García S.P. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2014;79 (2):81-85.
16. Kilmartin C, Allison J. Men's Violence Against Women: Theory, Research and Activism. Psychology Press 2007; pp 278.
17. Melgar, P.Valls.R. "Estar enamorada de la persona que me maltrata": "Socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género." TSG-Revista de investigaciones en

- intervención social-GSW. Journal of Social Intervention Research.2010: 149-161.
18. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/es/>
 19. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)
 20. Ministerio del Interior. Encuesta Nacional de VIF y delitos sexual, AdimarkGfK, 2013.
 21. Pujols Y, Meston C, Seal B. The association between sexual satisfaction and body image in women. J Sex Med 2010; 7(2): 905–916.
 22. A Rojas-Barahona C., Zegers P B., E Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. Méd. Chile. 2009; 137: 791-800.
 23. Suarez M, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz .2014;.20 (1):53-57
 24. Ministerio de Salud, MINSAL. Guía Clínica para la Atención Primaria. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Violencia Intrafamiliar. Gobierno de Chile. 2005
 25. Méndez Castellano H, Sociedad y Estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas:1994.
 26. Artilles V, Gutiérrez M, Sanfélix J. Función sexual femenina y factores relacionados. Aten Primaria 2006; 38(6):339-44.

27. Kamei L, Kamei J. Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio de gineco-obstetricia de hospital la Serena. *Rev Chil Urol.* 2005; 70 (4).
28. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, *et al.* Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009;16:1139-48.
29. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, *et al.* Prevalence of sexual disfunction in a cohort of middle-age woman: influencies of menopause and hormone replacement therapy. *J obstet Gynecol* 2003; 23:426.
30. Santos silva A. Imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima en mujeres brasileñas con un índice de masa corporal (IMC) elevado. Tesis doctoral. Barcelona, 2015
31. L. Woertman, Van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res.* 2012;49(2-3):184-211
32. K Esposito, M Ciotola, F Giugliano, C Bisogni, B Schisano, R Autorino, *et al.* Association of body weight with sexual function in women, *International Journal of Impotence Research* (2007) 19, 353–357.
33. Ruiz – Muñoz D, Wellings K, Castellanos –Torres E, Alvarez –Dardet C, Casals-Cases M, Perez G. Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology* 2013, (23) 620-628.
34. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Corres Ayala N, Henales Almaraz C. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. *Psicología y Salud* 2010;20 (2):251-260.
35. Carroble J, Gámez-Guadix M y Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología.* 2011;27(1) 27-34.
36. De la Cruz Z, Guicela F. Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer, Hospital Loayza, Perú 2009. Tesis magister.

37. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol North Am* 2009;36:861-76
38. Sánchez Bravo C, Corres Ayala N, Blum Grynberg B, Carreño Meléndez J. Profile of the relationship between psychological factors and hypoactive sexual desire in men and women. *Salud Ment* 2009; 32(1).
39. Rivera Moya D, Bayona Abellon S. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *CES Salud Pública*. 2014; 5: 70-76.



ANEXOS:

Anexo I : Consentimiento informado

Anexo II: Cuestionarios de recolección de información. Instrumentos aplicados:

1. Encuesta bio-demográfica
2. Escala de Autoestima de Rosenberg.
3. Apgar Familiar.
4. Índice de función sexual femenina.
5. Encuesta de Violencia psicológica, sexual y física en la pareja.
6. Escala de Graffar – Méndez Castellanos.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Gabriela Bustos Bustos, Matrona única del Cesfam de Morza, de la Comuna de Teno.

Se me informó que el objetivo de este estudio es analizar el índice de función sexual femenina en una población de mujeres rurales de la séptima región y su relación con factores psicosociales, y que la información que proporcione será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

He accedido a responder una encuesta de aproximadamente 30 minutos.

Si tengo duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él o posteriormente a la Investigadora responsable (Gabriela Bustos Bustos) al email gabrielabustosb@gmail.com al teléfono 075-2413026.

Por otro lado, puedo retirarme del proyecto en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas me parece incómoda/o tengo el derecho de hacérselo saber a la persona que me encuesta o a la Investigadora responsable o simplemente a no responderlas.

Firma

Fecha

A continuación encontrará una lista de preguntas relacionadas a datos personales. Marque la respuesta que más la identifica.

DATOS DEMOGRAFICOS

A. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. ¿Cuál es su estado civil?:

Casada Soltera Conviviente Separada Viuda

3. ¿Cuál es su actividad regularmente?:

Dueña de casa Temporera Estudiante Asesora del hogar

Otra actividad _____

4. ¿Qué educación posee usted?

Básica incompleta Básica Completa Media incompleta

Media Completa

Nivel Técnico Superior Universitaria Analfabeta.

DATOS BIOMÉDICOS

5. ¿Cuántos hijos ha tenido?

6. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

7. ¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades por la que está o ha recibido tratamiento?

Diabetes Hipertensión Cardiopatías Nefropatías

Otras _____

8. ¿Tiene usted alguno de los siguientes hábitos?

Alcoholismo Consumo de drogas

9. ¿Presenta usted alguno de los siguientes antecedentes ginecológicos?

Histerectomía ooforectomía Otros _____

10. ¿Usa usted algún método anticonceptivo?

Si No

11. ¿Cuál?

ACO ACI DIU Implantes Otros _____

12. Peso _____ **Talla** _____ **IMC** _____

A continuación encontrará una lista de preguntas relacionadas a su estrato socioeconómico. Marque la respuesta que más la identifica.

<u>Variables</u>	<u>Pts</u>	<u>Ítems</u>
<u>Profesión del Jefe de Familia</u>		Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos los de alta productividad, Oficiales de Fuerzas armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
		Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
		Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
		Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
		Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).

<u>Variables</u>	<u>Pts</u>	<u>Ítems</u>
<u>Nivel de instrucción de la madre</u>		Enseñanza Universitaria o su equivalente.
		Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
		Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
		Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria).
		Analfabeta.

<u>Variables</u>	<u>Pts</u>	<u>Ítems</u>
<u>Principal fuente de ingreso familiar</u>		Fortuna heredada o adquirida.
		Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
		Sueldo Mensual.
		Salario semanal, por día, entrada a destajo.
		Donaciones de origen público o privado.

<u>Variables</u>	<u>Pts</u>	<u>Ítems</u>
<u>Condiciones de alojamiento</u>		Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
		Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.

	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencia en algunas condiciones sanitarias.
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque la respuesta que más la identifica.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DES ACUERDO	MUY EN DES ACUERDO
1. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
2. A veces pienso que no soy buena para nada.				
3. Creo que tengo un buen número de cualidades.				

4. Soy capaz de hacer tan bien las cosas como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
6. A veces me siento verdaderamente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona valiosa, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojala me respetara más a mí misma				
9. Tiendo a pensar que soy una fracasada				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a su familia.

Marque la respuesta que más la identifica.

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a su relación de pareja. Marque la respuesta que más la identifica.

VIOLENCIA PSICOLOGICA Y CONTROL EN LA RELACION	Una Vez	Algunas Veces	Muchas Veces	Nunca
1. ¿Trata de impedir que vea a sus amistades?				
2. ¿Trata de restringir el contacto con su familia?				

3. ¿Insiste en saber dónde está Usted en todo momento?				
4. La ignora o la trata de manera indiferente?				
5. ¿Se molesta si usted habla con otro hombre?				
6. ¿Sospecha a menudo que usted le es infiel?				
7. ¿Usted tiene que pedirle permiso antes de buscar atención en salud?				
8. ¿La insulta o la hace sentir mal con usted misma?				
9. ¿La menosprecia o humilla frente a otras personas?				
10. ¿Hace cosas a propósito para asustarla o intimidarla?				
11. ¿La amenaza con herirla a usted o a alguien que a usted le importa?				

VIOLENCIA FISICA	Una Vez	Algunas Veces	Muchas Veces	Nunca
1. ¿La abofetea o le tira cosas que pudieran herirla?				

2. ¿La empuja, zamarrea, arrincona o le tira el pelo?				
3. ¿La golpea con puño o con alguna cosa que pudiera hierirla?				
4. ¿La pateo, la arrastra o le ha dado alguna golpiza?				
5. ¿Ha intentado quemarla o la ha quemado?				
6. ¿La amenaza con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?				

VIOLENCIA SEXUAL	Una Vez	Algunas Veces	Muchas Veces	Nunca
1. ¿La descalifica en su sexualidad o su cuerpo, culpándola de no servir como mujer?				
2. ¿La forzó alguna vez a realizar algún acto sexual que usted encontró humillante o degradante?				
3. ¿Quiso que usted tuviera relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba y usted lo hizo porque				

tenía miedo de lo que él podía hacer? (relaciones bajo fuerza o amenaza)				
4. ¿La ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba? (actos sexuales contra su voluntad)				

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a su vida sexual. Marque la respuesta que más la identifica.

1- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?.

	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

2- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?.

	Muy alto
	Alto
	Regular
	Bajo
	Muy bajo o nada

3- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	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

4- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?.

	Muy alto
	Alto
	Regular
	Bajo
	Muy bajo o nada

5- En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	Muy alta confianza
	Alta confianza
	Moderada confianza
	Baja confianza
	Muy baja o sin confianza

6- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	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

7- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	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

8- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Difícil
	Levemente difícil
	Sin dificultad

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	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

10- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o sexual?.

	Sin actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Difícil
	Levemente difícil
	Sin dificultad

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

	Sin actividad sexual
	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

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual, cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?.

	Sin actividad sexual
	Extremadamente difícil o imposible
	Muy difícil
	Difícil
	Levemente difícil
	Sin dificultad

13- En las últimas 4 semanas, cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?.

	Sin actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Igualmente satisfecha o insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Igualmente satisfecha o insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

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

	Sin actividad sexual
	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Igualmente satisfecha o insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

16- En las últimas 4 semanas, Cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?.

	Muy satisfecha
	Moderadamente satisfecha
	Igualmente satisfecha o insatisfecha
	Moderadamente insatisfecha
	Muy insatisfecha

17- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?.

	Sin actividad sexual
	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

18- En las últimas 4 semanas, Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?.

	Sin actividad sexual
	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

19- En las últimas 4 semanas, Con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor después de la penetración vaginal?.

	Sin actividad sexual
	Muy alto
	Alto
	Regular
	Bajo
	Muy bajo o nada