



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



**FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES UNIVERSITARIAS Y SU ASOCIACIÓN
CON LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y LA RELACIÓN DE PAREJA**

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

CELESTE JEDIDA VILLALOBOS LERMANDA
CONCEPCIÓN-CHILE

2019

Profesor Guía: Mg. Jaime Parra Villarroel
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



Dedicatoria

A Dios y mi familia,

AGRADECIMIENTOS

A Dios que ha guiado mi camino siempre.

A mis padres y hermanos por acompañarme a lo largo de este proceso, estando en cada paso brindando su ayuda incondicional.

A la Profesora Yolanda Contreras quien creó en mí desde el pregrado el deseo de investigar.

A mi profesor guía Jaime Parra quien inspiró en mí el deseo de estudiar el área de la sexualidad y guió este proceso apoyando y respaldando cada paso.

A Camilo Manríquez por su colaboración en el análisis estadístico.

A los Comités Éticos Científicos de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Enfermería, que permitieron realizar esta investigación.

A las estudiantes de las diferentes carreras que decidieron participar voluntariamente en este estudio.

INDICE

Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	3
Sexualidad.....	3
Modelos de respuesta sexual.....	4
Etapas de la respuesta sexual.....	5
Disfunciones sexuales.....	7
Factores asociados.....	13
Universitarios.....	15
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	20
Metodología.....	21
Resultados.....	27
Análisis Univariado.....	27

Análisis Bivariado.....	42
Discusión.....	60
Limitaciones.....	65
Conclusiones.....	66
Proyecciones.....	67
Bibliografía.....	68
Anexos.....	78
Anexo nº1: Variables.....	78
Anexo nº1.1: Cuadro de variables según definición conceptual, operacional y dominio.....	78
Anexo nº2.1: Cuadro de variables clasificada según su tipo.....	87
Anexo nº2: Instrumento.....	90
Anexo nº2.1: Cuestionario sociodemográfico y gineco- obstétrico.....	90
Anexo nº2.2: Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer –FSM-.....	94
Anexo nº2.3: Instrucciones para el profesional.....	100
Anexo nº3: Ficha informativa para participar en estudio de investigación on-line.....	106

Anexo nº4: Consentimiento Informado on-line.....	107
Anexo nº5: Autorizaciones Comités Éticos Científico.....	109
Anexo nº6: Autorizaciones Decanos.....	114



INDICE DE TABALAS

Tabla n° 1. Distribución de estudiantes por facultad y Carrera.....	27
Tabla n° 2. Perfil Sociodemográfico de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción.....	29
Tabla n°3. Número de parejas sexuales en el último año de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería.....	30
Tabla n°4 Caracterización de la relación de pareja de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción.....	34
Tabla n°5. Caracterización del estado de la función sexual por facultad.....	39
Tabla n°6. Caracterización del estado de la función sexual por dominio y grado de trastorno.....	41
Tabla n°7. Relación entre la práctica sexual más placentera y el estado de la función sexual.....	42
Tabla n°8. Análisis de las prácticas sexuales más placenteras y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.....	44
Tabla n°9. Análisis de la presencia de pareja con el estado de la función sexual.....	46
Tabla n°10. Análisis de la relación de pareja y el estado de la función sexual.....	47
Tabla n°11. Análisis de la presencia de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.....	48
Tabla n°12. Análisis del tiempo en pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.....	50
Tabla n° 13. Análisis de la percepción de la relación de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.....	53

Tabla nº14. Análisis del grado de satisfacción de la comunicación en la pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.....55

Tabla nº15. Análisis de la iniciativa y comunicación sexual con el estado de la función sexual.....58

Tabla nº 16. Análisis del grado de satisfacción sexual y su relación con los estados de la función sexual.....59



INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n° 1. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados por las estudiantes.....	31
Gráfico n° 2. Distribución porcentual de las prácticas sexuales más placenteras.....	32
Gráfico n° 3. Distribución porcentual de enfermedades diagnosticadas es las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería.....	35
Gráfico n° 4. Distribución porcentual de enfermedades diagnosticadas por carrera.....	36
Gráfico n°5. Distribución porcentual del consumo de medicamentos por carrera.....	37
Gráfico n° 6. Distribución porcentual de normofunción y disfunción sexual de las estudiantes.....	38



RESUMEN

Objetivo. “Conocer la asociación entre la función sexual de mujeres universitarias con sus prácticas sexuales y su relación de pareja”.

Metodología. Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, correlacional. La muestra estuvo compuesta por 325 estudiantes mujeres, de 18 a 30 años de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción. Se caracterizó el perfil sociodemográfico de las estudiantes junto con el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer. El análisis de los datos fue procesado por el programa SPSS. 21. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados. **Resultados.** Se encuestó un total de 325 mujeres con una edad promedio de 21.25 años. El 23.3% presentó disfunción sexual. La disfunción orgásmica fue la más frecuente en un 19.4%. La práctica sexual más placentera fue el coito en un 59.1%. El 78.8% estaba en una relación de pareja. Se encontró asociación entre tener pareja y la función sexual ($p=0.00$). También existe asociación entre el tiempo en pareja y la función sexual (0.03). Existe significancia estadística entre las variables comunicación en la pareja y los dominios orgasmo y ansiedad anticipatoria ($p= 0.04$ y $p=0.01$ respectivamente). **Conclusiones.** No se encontró asociación entre la práctica sexual más placentera y la función sexual. Existe asociación entre tener pareja y la función sexual, así como también el tiempo en pareja y la función sexual. Se observó asociación entre la comunicación en la pareja y los dominios del orgasmo y la ansiedad anticipatoria.

Palabras claves: Función sexual, disfunción sexual, estudiantes universitarias, prácticas sexuales, relación de pareja.

ABSTRACT

Objective. "Know the association between the sexual function of university women with their sexual practices and their relationship". **Methodology.** Quantitative, cross-sectional, descriptive, correlational study. The sample consisted of 325 female students, from 18 to 30 years of the University of Concepción Faculties of Medicine, Pharmacy and Nursing. The sociodemographic profile of the students was characterized along with the Evaluating Questionnaire on the Sexual Function of Women. The analysis of the data was processed by the SPSS program. 21. Descriptive and bivariate analyzes were carried out. **Results.** A total of 325 women with an average age of 21.25 years were surveyed. 23.3% presented sexual dysfunction. Orgasmic dysfunction was the most frequent in 19.4%. The most pleasurable sexual practice was intercourse at 59.1%. 78.8% were in a relationship. An association was found between having a partner and sexual function ($p = 0.00$). There is also an association between couple time and sexual function (0.03). There is statistical significance between the communication variables in the couple and the orgasm and anticipatory anxiety domains ($p = 0.04$ and $p = 0.01$ respectively). **Conclusions** No association was found between the most pleasurable sexual practice and sexual function. There is an association between having a partner and sexual function, as well as couple time and sexual function. There was an association between communication in the couple and the domains of orgasm and anticipatory anxiety.

Keywords: Sexual function, sexual dysfunction, university students, sexual practices, relationship of couple.

INTRODUCCIÓN

La salud es fundamental para el ser humano, es la base del crecimiento en todo ámbito del desarrollo integral. Junto a ello está la sexualidad que tiene varias funciones básicas en la vida del ser humano, la cual implica factores fisiológicos, emocionales, cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud general y con la calidad de vida del individuo. Estos tres conceptos, son elementos centrales de la salud sexual que se desarrolla a lo largo de la vida, como proceso dinámico y vital para el avance completo y feliz del ser humano.

Actualmente gran cantidad de mujeres se encuentran activas en la vida universitaria, periodo académico que coincide con el final de una etapa importante del ciclo vital, la adolescencia, la cual conlleva un conjunto de cambios que en ocasiones se vuelve difícil de atravesar. La constante actividad estudiantil requiere de desempeño y sacrificios a nivel privado y colectivo. La necesidad imperante de un óptimo rendimiento a nivel académico puede traer consigo diversas alteraciones a corto y largo plazo. El costo de estos esfuerzos causa estrés, somnolencia, fatiga, alteraciones hormonales, comportamientos de riesgo, abuso de sustancias y trastornos de la fisiología de la mujer, como lo son las alteraciones en la función sexual.

La respuesta sexual ha sido descrita a lo largo de la historia y estudiada en contextos de mujeres en edad fértil, mujeres en etapa de climaterio, incluso durante el periodo gestacional. Sin embargo, cada grupo posee diferentes características que deben ser resguardadas y tomadas en cuenta al momento de investigar, sobre todo cuando hablamos de jóvenes. Es por esto que países como Colombia, Brasil y Estados Unidos, entre otros, han sentido la fuerte necesidad de dirigir los esfuerzos investigativos a otro grupo de jóvenes, los universitarios y en específico también a las mujeres. Si

bien se han estudiado comportamientos de riesgos, relación entre vida sexual e ITS, también en los últimos años se ha impulsado el estudio de la función sexual, vinculado a la vida universitaria. Ha sido en estos estudios que se ha descubierto que diversas son las variables que se asocian al estado de la función sexual, sea este un estado normal o una situación de disfunción.

En esta materia, existe escasa evidencia empírica a nivel local; especialmente en temas de satisfacción sexual para el caso de Chile. Es por esto que debemos preguntarnos ¿cómo se encuentra el estado de la función sexual de las universitarias chilenas? ¿Cuáles son sus prácticas sexuales más comunes?, A parte de factores propios de la vida universitaria detallados anteriormente, tener o no una pareja y las características de esta relación ¿cómo se relacionan con la salud sexual?

Ante lo expuesto se plantea la necesidad de responder a estas interrogantes de modo que sea posible determinar el estado de la función sexual de las universitarias, siendo este el principal objetivo de esta investigación. También toma relevancia conocer las prácticas sexuales más comunes, presencia de pareja y evidenciar si existe relación entre estas variables y la situación de la respuesta sexual. Responder a estos cuestionamientos nos llevará a posibilidad de aportar al conocimiento científico en esta materia.

MARCO TEÓRICO

Sexualidad

Comprender la sexualidad inicia con definir como un constructo multidimensional, con dimensiones físicas, psicológicas y sociales que se relacionan dinámicamente entre sí¹. Generalmente se le reconoce y se expresa mediante las relaciones sexuales; sin embargo, sus manifestaciones pueden tener diferentes formas, no únicamente mediante el coito; debe constituir una experiencia gratificante para la persona, conceptualizándola como la capacidad que esta posee para iniciar la actividad sexual² El 2006 la OMS declaró que la sexualidad “constituye actualmente una dimensión fundamental y expresiva en el desarrollo humano e influye en toda la vida de un individuo desde el nacimiento hasta la muerte, trastocando su formación, estructuración de la personalidad, la manera de establecer relaciones con otros sujetos y los roles sociales”³.

Dentro del marco de la sexualidad se encuentra la salud sexual, la cual es definida por la OMS en 2002 como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos². Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud definió la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad"⁴.

Modelos de la Respuesta sexual.

Es importante considerar que para conocer la respuesta sexual, su función o disfunción es necesario entrar en el ámbito de la Sexología, disciplina que se define como el estudio del sexo que examina la función sexual, el proceso de diferenciación sexual, los trastornos sexuales y la promoción de la salud sexual. Esto indica la presencia de una estructura anatómica que tiene como fin diferenciar hombres y mujeres. Así también, cada “estructura” posee su función particular. Considerando lo anterior, la “Función Sexual” se define como actividad propia del sexo que ocurre producto de un proceso que se inicia cuando se activa la unidad Situación/estímulo sexual causando la respuesta sexual⁵. El funcionamiento sexual, es considerado como un aspecto central de la sexualidad en las personas. Un funcionamiento sexual saludable comprende una serie de conductas determinadas por la interacción de factores sociales, físicos y emocionales¹.

Los precursores en el estudio de la respuesta sexual fueron Masters y Johnson, quienes en 1966 propusieron un modelo de la “Respuesta Sexual Humana”. El ciclo descrito era lineal progresivo, consta de 4 etapas correspondientes procesos fisiológicos aplicables tanto para el hombre como para la mujer. Las fases son excitación, meseta, orgasmo y resolución⁶. La propuesta de los autores plantea que la respuesta sexual se traduce en un aumento de la tensión sexual, para posteriormente ser liberada al momento del orgasmo. Luego de esto, se vuelve al estado previo a la actividad sexual⁶.

Kaplan en el año 1977-1979 agrega al ciclo sexual descrito por Masters y Johnson el deseo, este es previo a la excitación, por lo que ahora el modelo consta de 3 etapas vitales: deseo, excitación y orgasmo. Esta fase

previa de deseo es definida como iniciadora del proceso y necesaria para generar excitación⁷.

Schnarch en el año 1991 propone que la respuesta sexual se plasma en una curva de tres ejes. La base de su propuesta radica en que previo a la excitación y orgasmo no se encuentra el deseo, sino que este es perpetuo en todo el ciclo. De este modo una persona con un deseo sexual de normal a intenso podría no llegar a excitarse, y alguien que tenga deseo sexual hipoactivo podría excitarse y tener orgasmo. Por ende, la respuesta sexual no corresponde a una serie de etapas que deben ir siendo superadas⁸.

También en 1991, la respuesta sexual fue reformulada nuevamente por Carrobles y Sanz, ellos agregaron la satisfacción, esta es evaluada en términos del grado de bienestar y plenitud experimentados por una persona en relación con su actividad sexual⁹.

Más tarde Basson et al. definieron un modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el que existe un feedback entre los aspectos físicos, emocionales y cognitivos. En este ámbito la búsqueda del placer y la actividad sexual puede darse por el deseo o por una predisposición sexual. También involucra elementos subjetivos como los son la comunicación e intimidad con la pareja¹⁰.

Etapas de la respuesta sexual.

El deseo es definido como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual; Kaplan H, habla de deseo sexual provocado por estimulación interna; por ejemplo, factores biológicos o pensamientos; y deseo sexual provocado por estimulación externa como la visión de una pareja atractiva¹¹. Así también Gourget I, en su libro “Comportamiento Sexual Humano” describe que el deseo sexual es parte del

acto sexual y en las mujeres puede ser estimulado por pensamientos eróticos y que esto ayuda de forma notoria a la realización del acto sexual femenino. También el deseo depende mucho de la educación de la mujer, así como de su impulso fisiológico, aunque el deseo sexual sí aumenta en proporción al nivel de la secreción de hormonas sexuales ¹².

La excitación según Masters y Johnson corresponde a una fase caracterizada por la sensación subjetiva de placer, que se acompaña de cambios fisiológicos, mediados particularmente por la vasocongestión e hipertonia muscular. En la mujer, la vasocongestión pélvica produce lubricación vaginal y tumefacción de los genitales externos ⁶. La excitación también se define como la respuesta a un estímulo sexual, que varía dependiendo de la orientación sexual del individuo y de sus gustos, esta estimulación puede ser de tipo visual, auditiva, olfativa o incluso puede proceder de los pensamientos. ¹³

La fase de meseta corresponde a la mantención e intensificación de la excitación. Esta fase previa al orgasmo, se caracteriza por la percepción de sensaciones preorgásmicas ¹⁰.

Masters y Johnson definieron el orgasmo o clímax como la descarga repentina de la tensión sexual acumulada, durante el ciclo de la respuesta sexual, resultando en contracciones musculares rítmicas en la región pélvica ⁶. Uribe realizó un Estudio descriptivo, con 303 mujeres, de 18 a 39 años, pertenecientes a facultades del área de la salud de la Universidad de Antioquia. La investigación tenía como objetivo compilar definiciones de orgasmo según las universitarias. La definición más recurrente fue: "sensación de máximo placer posible". Otras definiciones de orgasmo fueron: «sensación placentera», «sensación anatómica» o «culminación o clímax» ¹⁴.

La fase de resolución, consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un "período refractario", durante el que es difícil inducir una nueva relación sexual⁶.

Disfunciones sexuales.

La disfunción sexual femenina (DSF) es definida como un trastorno en cualquiera de las fases de la respuesta sexual. Como consecuencia puede generar estrés personal y tener impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales¹⁵. Su etiología es multifactorial, debido a sus diversos componentes¹⁶. El sistema de clasificación para las disfunciones sexuales en la mujer ha evolucionado a partir de una clasificación lineal de deseo sexual, la excitación, el orgasmo y trastornos de dolor a uno que es más complejo y donde los diversos planos se superponen¹⁷.

Para la clasificación de estos trastornos la Asociación Americana de Psiquiatría postuló cuatro áreas: deseo, excitación, orgasmo y dolor, que clasifican los trastornos de respuesta sexual¹⁸. Más tarde se adicionaron dos conceptos en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, estos son la lubricación y la satisfacción¹⁹. Sin embargo, en la actualización del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V" se incluyen sólo tres posibles disfunciones sexuales: trastorno del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino y trastorno por penetración/dolor genio-pélvico²⁰.

Singh JC, en la clínica ambulatoria médica de un hospital universitario en el sur de la India evaluó a 100 mujeres entre 20 y 39 años. Como resultados obtuvo una prevalencia del 36% de disfunciones sexuales; siendo el trastorno de la anorgasmia el más frecuente con un 18%, seguido de la dispareunia en un 13% y disfunción del deseo sexual 11%. En el mismo

estudio se encontró asociación entre el bajo nivel de instrucción y la presencia de disfunción sexual²¹.

Existen una serie de instrumentos para evaluar la función sexual a nivel mundial. En el año 2004, el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la mujer” fue desarrollado por Sánchez. F. y cols. Dicho instrumento es el que se utilizará en esta investigación; éste evalúa la respuesta sexual femenina en sus diferentes fases, tomando en cuenta aspectos esenciales, tales como grado de comunicación sexual con la pareja, iniciativa y disfunción. La medida objetiva para detectar trastornos se logra a través de dos dominios: Dominios Evaluadores de la Función Sexual (DEAS) y Dominios descriptivos (Anexo 2.2)²².

Dentro de las disfunciones encontramos:

1. Deseo Sexual hipoactivo.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana-Edición IV-Texto de Revisión (DSM-IV-TR), el diagnóstico de desorden de deseo sexual hipoactivo (HSDD) se da cuando "el deseo y la fantasía sobre la actividad sexual son crónica o recurrentemente, deficiente o ausente¹⁴. A pesar de que existe una versión más actual del Manual Diagnóstico y estadísticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V) este no considera el deseo hipoactivo como trastorno sexual. Más bien DSM-V contempla el deseo como coexistente con el interés pero no un criterio diagnóstico suficiente para el trastorno de interés/ excitación²⁰.

Ospino G entrevistó 311 mujeres de las cuales el 27.6 % tenía baja autoestima, y se observaba en las mujeres que presentaban deseo sexual hipoactivo y vaginismo, y el 22.1% de las mujeres que tenía alta autoestima también refería deseo sexual hipoactivo, por lo que dedujo que no existía una

relación entre poseer alta autoestima y tener una disfunción sexual²³.

Un estudio realizado en la región del Biobío-Chile a mujeres que trabajaban en turno en el sector salud descubrió que el 29% de la muestra presentaba disfunción en el deseo sexual²⁴. Cifras similares obtuvo Gourget I, quien estudió en Cuba a pacientes que acudieron a la consulta de Terapia sexual, donde se manifestó que en las mujeres la segunda disfunción más comuna era el deseo sexual hipoactivo 26%²⁵.

2. Trastorno de excitación, lubricación y dispareunia.

Incapacidad recurrente o persistente para obtener o mantener la respuesta de lubricación vaginal, propia de la fase de excitación, hasta el final del acto sexual²⁰. La dispareunia se considera como el desorden secundario a dolor urogenital persistente o recurrente que se presenta antes, durante o después de la relación sexual²⁶. La dispareunia puede coexistir con el vaginismo, cuya definición es: desorden secundario a espasmos involuntarios recurrentes o persistentes de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito²⁷.

Shindel aplicó el Índice de función sexual femenina (FSFI), y el Índice de vida sexual para mujeres 78 mujeres universitarias, estudiantes de medicina. La edad media fue de 24 años. Ellas refirieron en un 26% presentar problemas de lubricación en las relaciones sexuales, y un 39% tener trastorno del dolor²⁸.

Singh J el año 2009 en su estudio "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India" dentro de los resultados al aplicar el Índice de Función Sexual Femenina se encontró que las mujeres reportaban problemas con la lubricación en un 96.6%. Sin embargo, al exponer las limitaciones de su estudio planteo que los resultados podían verse afectados por la cultura de la zona²¹.

Hamilton (2013), refirió que una de las variables que afectan la excitación es el estrés. El grupo intervenido fue de 38 mujeres, quienes fueron expuestas a ver una película de connotación erótica y luego responder una encuesta. En los resultados los altos niveles de estrés crónico se relacionaron con niveles más bajos de excitación sexual genital. En relación a los factores involucrados, tanto los factores psicológicos (distracción) como hormonales (aumento del cortisol) se relacionaron con los niveles más bajos de excitación sexual observados en mujeres con alto estrés crónico, sin embargo, la distracción fue el único predictor significativo cuando se controlaron otras variables²⁹.

3. Ausencia de orgasmo o anorgasmia.

Se reconoce como un problema cuando provoca malestar o dificultades en las relaciones personales o de pareja. A nivel mundial se estima que la incidencia abarca de un 5% a un 40% en mujeres. Existen dos tipos: Primaria: que hace referencia a las mujeres que nunca han tenido un orgasmo y Secundaria, mujeres que habiéndolo conseguido una vez, en la actualidad no es posible³⁰. Un estudio de relación de perfiles y disfunción sexual planteó que la disfunción del orgasmo se encuentra asociado en mujeres a los problemas conyugales, baja autoestima y la sumisión³¹.

En cuanto al impacto de esta disfunción, se ha descrito que lograr el orgasmo de manera adecuada es apreciado por las mujeres, ya que se considera una marca de alta autoestima, y la confianza en la propia feminidad resulta en un alto deseo de actividad sexual. Sin embargo, si esto no sucede, la angustia por la incapacidad para alcanzar el orgasmo puede conducir a la disminución del deseo y la excitación³².

Una revisión sistemática realizada por Muñoz A. incluyó artículos que correspondían a estudios observacionales, descriptivo de corte transversal tipo encuesta. La búsqueda se inició desde 2004 hasta 2014, los 15 artículos fueron publicados a partir de 2007. El rango de edad de las participantes de los estudios se encontró entre 15 y 70 años. Seis estudios fueron realizados en mujeres casadas y un estudio en mujeres que trabajaban en el área de la salud, siendo este grupo donde se encuentra la prevalencia más baja de disfunción sexual. De los 15 artículos evaluados se concertó que en el dominio del orgasmo la frecuencia de la disfunción ha oscilado entre un 2% - 82,6%³³.

A nivel Latinoamericano Colombia posee estudios destacados en relación al área de la función sexual. Por ejemplo, Acuña *et al.* Encontraron un 3,4 % de mujeres con incapacidad para alcanzar el orgasmo y un 15,3 % con dificultades frecuentes para alcanzarlo³⁴. En un estudio descriptivo, con 303 mujeres, de 18 a 39 años pertenecientes a facultades del área de la salud de la Universidad de Antioquia en Medellín Colombia, se identificó una prevalencia de dificultades del orgasmo de 3 % se encontró un 3,3% de anorgasmia y 37% de multiorgásmicas³⁵.

Siguiendo la línea de estudios en universitarias, en este mismo país, Guarín-Serrano R (2013) encuestó 1.038 mujeres universitarias, con una edad mediana de 20 años. La prevalencia de vida de orgasmo fue del 76 %, y la prevalencia de dificultades para alcanzar el orgasmo fue del 24 %. De las mujeres que no habían tenido orgasmo o tenían dificultades para alcanzarlo el 6,2 % habían consultado al ginecólogo por esta razón³⁶.

Respecto a la pareja formal y el orgasmo Armstrong el 2012 entrevistó a 5680 mujeres universitarias, donde encontró que el 81% de las mujeres tenía orgasmo en encuentros sexuales esporádicos con disfrute de la actividad sexual; mientras que sólo el 42% de los que no informó de un

orgasmo disfrutó del encuentro sexual. Diferente fue para aquellas que tenían una relación estable, mayor a 6 meses; sus resultados fueron 90% de las mujeres que reportaron el orgasmo informaron que disfrutaron de la actividad sexual, comparado con el 61% de los que no lo hizo y no logró el orgasmo³⁷. Otros factores asociados a la presencia de orgasmo han sido encontrados en Brasil; como son el estrés, la depresión y el ambiente que rodea a la mujer^{38, 39,40}.

En la Habana el 2014 se estudiaron 48 mujeres, se encontró un 20% de prevalencia en problemas con el orgasmo en mujeres entre 15-25 años de edad³⁷. Por otro lado un estudio realizado a los pacientes que acudieron a la consulta de Terapia sexual de referencia del hospital general docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Santiago, Cuba, se manifestó que en las mujeres predominaba el trastorno orgásmico femenino en un 38%⁴¹.

4. Insatisfacción con la vida sexual.

Como se mencionó anteriormente, Carrobles y Sanz incluyeron en 1991 la satisfacción sexual al modelo de respuesta sexual. En este marco la insatisfacción corresponde a la ausencia de la plenitud y bienestar en relación con su actividad sexual⁹.

Navarro (2010), revisó las preferencias y hábitos sexuales de los jóvenes entre 18-29 años, de las cuales 125 eran mujeres. En relación a los índices de satisfacción con la frecuencia de las relaciones sexuales, 56,5% de las mujeres de la muestra se declara bastante o totalmente satisfecha. La satisfacción en efecto con la calidad de las relaciones sexuales también es elevada en el 85,9% de las mujeres. Del mismo modo, 71,3% de las mujeres se considera bastante o totalmente satisfecha con la variedad de sus relaciones sexuales⁴². Así también se demostró en los datos elaborados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en las áreas

de satisfacción y comportamiento sexual para el Informe de Desarrollo Humano del año 2012. En dicho informe describieron un promedio de satisfacción sexual de $6,98 \pm 2,75$ para mujeres, utilizando una escala que oscila entre 1 y 10 puntos⁴³. El año 2014 la "Encuesta sobre Comportamiento, Deseo y Satisfacción Sexual" la cual es una iniciativa desarrollada por el equipo de investigación del Centro de Estudios Cuantitativos de la Facultad de Administración y Economía de la Universidad de Santiago de Chile, obtuvo dentro de sus resultados, en el área de satisfacción sexual, que las mujeres entre 18-30 años presentaban el promedio más alto de satisfacción, con una media de $7,90 \pm 2,73$ puntos sobre sus pares masculinos⁴⁴.

Factores Asociados

En el marco de las disfunciones sexuales existen distintos componentes que influyen en el correcto desarrollo de la respuesta sexual. Particularmente en el caso de las mujeres, la respuesta sexual puede verse afectada por factores biológicos, sociales, culturales, físicos, entre otros⁴⁵.

Al momento de evaluar la función sexual en la mujer, es imperativo conocer áreas específicas como lo son el estado de salud, nivel de escolaridad, situación laboral, creencias, hábitos, entre otros⁴⁶. Dentro de las causas que se han identificado, en relación a la dificultad de alcanzar el orgasmo se destacan; la religión, nivel de educación sexual, estado civil y desconocimiento del propio cuerpo⁴⁷. También se ha descrito en la literatura que específicamente en el caso del orgasmo, los elementos que intervienen en la respuesta sexual no solo afectan en la presencia o ausencia de esta fase, sino que también en su frecuencia y calidad^{48, 49}.

Como se mencionó anteriormente, en el estudio realizado por Amstrong en jóvenes, se evidenció que las mujeres referían obtener el orgasmo cuando tenían una pareja formal, igual o mayor a 6 meses, con la cual mantenían relaciones sexuales³⁷.

En una revisión realizada por Ahumada en Chile sobre estudios en relación factores que influyen en la Satisfacción sexual desde 1985-2013 se encontró que la valoración de la salud, calidad de vida y el bienestar físico y mental están estrechamente ligadas al éxito en este ámbito de la vida sexual⁵⁰.

Muñoz realizó una revisión bibliográfica en PUBMED y LILACS, entre el 1 enero 2004 al 12 de octubre de 2014. La finalidad de dicha revisión era identificar posibles estudios relacionados sobre prevalencia y la presencia de factores asociados de DSF. Los agentes involucrados que más prevalecieron en los diversos estudios eran: tener una patología base, mayor edad, ser dueña de casa o estar desempleada. En cuanto a la relación de pareja, la mala comunicación y estar insatisfecha con la relación constituyen factores de riesgo para presentar disfunción sexual. De forma opuesta, es un factor protector el tener una buena comunicación con la pareja. Es interesante mencionar que en esta misma revisión se arrojó como resultado que por parte de la mujer, el tener una actitud negativa hacia el sexo no es una variable significativa para presentar disfunción sexual³³.

Otro factor asociado a la función sexual fue descrito por Gabilanes P. en su investigación sobre “la educación sexual y su influencia en la salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes del 1° Año de Bachillerato de la Unidad Educativa Mayor Ambato”. En está, el 83% de los estudiantes a quienes se les había aplicado la encuesta referían que es necesario la utilización de métodos anticonceptivos para poseer una vida sexual

satisfactoria, mientras que el 17% no consideraba necesaria la utilización de los mismos⁵¹.

Universitarios.

La Organización Mundial de la Salud postula que la juventud está comprendida, en general, entre los 10 y los 24 años, aún cuando reconoce que puede haber «discrepancias entre la edad cronológica, la biológica y las etapas psicosociales del desarrollo», o también «grandes variaciones debidas a factores personales y ambientales»⁵².

En las cifras obtenidas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la población mundial es equivalente a 7550 millones de personas al 2017. Los jóvenes entre 10 a 24 años corresponden al 24% de la población mundial⁵³. Para América Latina y el Caribe la estimación de la cantidad de jóvenes entre 10 y 24 años de edad corresponde a 106 millones, siendo conocido como el mayor número de personas para esta categoría etaria⁵⁴.

En Chile la octava Encuesta Nacional de la Juventud realizada por el INJUV mostró en sus resultados que el 24% de la población en Chile son jóvenes, es decir, entre 15 y 29 años lo que equivale a 4.283.245 personas. De ellos, 49% son mujeres (2.105.283) y 51% hombres (2.177.962)⁵⁵.

Es importante mencionar que en nuestro país para el año 2017 se registró en las cifras del Consejo Nacional de Educación (CNED), que la matrícula de educación superior de primer año para el 2017 corresponde a 343.703 estudiantes y la matrícula total de pregrado 2017 es 1.162.306 estudiantes. De este último número, se consigna que a pesar de que el porcentaje de matrícula para varones tuvo una leve disminución, la de

mujeres se mantuvo relativamente constante con un crecimiento de 0,4% en comparación al año 2016. Esto repercutió en un leve incremento en la participación de mujeres en el sistema, pasando de un 52,1% el año 2016 a un 52,5% el año 2017⁵⁶.

Actualmente existe una preocupación por mejorar las condiciones de salud sexual de los jóvenes debido al impacto mundial de la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el aumento en la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la violencia sexual, que es cada vez más frecuente en este sector poblacional². En torno a esta materia también se han llevado a cabo estudios relacionados a la educación sexual, concluyendo que ésta es deficiente o nula entre los jóvenes universitarios y que la familia, la escuela y los diferentes espacios de socialización, no figuran como ejes formativos en este ámbito⁵⁷.

Teniendo en cuenta las crecientes cifras de los jóvenes y adosando las necesidades que presentan como grupo es que diversos autores ya han realizado estudios en la población universitaria, algunos de estos autores son Ospino G en el 2008, Amstrong E y Quintero M en el 2013, quienes plantearon la necesidad de estudios en el ámbito de la función sexual^{23, 37,35}. Shindel A. en sus estudios también en estudiantes universitarios de medicina concluyó que a pesar de que los estudiantes eran individuos sanos y educados se podría pensar que no presentarían problemas fisiológicos sexuales, sin embargo, este grupo no estaba exento en este ámbito y referían prevalencia de preocupaciones en el ámbito sexual, y estrictamente en lo que a las mujeres refiere, encontró en sus resultados que estas presentaban más problemas en el área sexual que sus pares masculinos^{26, 58}. Fue también Shindel quien en un nuevo estudio en universitarias sólo en estudiantes de medicina, concluyó que las molestias sexuales de estas

mujeres estaban relacionadas con disfunciones sexuales, más específicamente en el dominio de deseo y orgasmo⁵⁹.

En relación a las prácticas sexuales más frecuentes en los estudiantes, las investigaciones que han analizado esta temática ha sido abordando diferencias entre hombres y mujeres se han centrado mayoritariamente en conductas sexuales más frecuentes⁶⁰. Entre las conductas sexuales más habituales se encontraban acariciar, el coito vaginal y el sexo oral; y entre los menos frecuentes el sexo anal y las relaciones sexuales con más de una persona al mismo tiempo⁶¹. En Canadá, Thompson y Byers encontraron en estudiantes heterosexuales universitarios que el 8% de las mujeres habían participado como mínimo en un trío donde ambos sexos estaban presentes⁶². Un estudio realizado en 886 jóvenes universitarios de edades entre 18 a 30 años reveló que de las mujeres participantes las practicas mas comunes en pareja eran: caricias en zonas íntimas en un 98.2%, coito vaginal en un 88.8%, masturbación en pareja 85.2%, sexo oral 80%. De las conductas sexuales en solitario el 67% practicaba la masturbación y el 82.1% fantasías sexuales. También se analizó el uso de la tecnología donde el 13.4% de las estudiantes había practicado el cibersexo y un 43.3% el sexting⁶³. Una investigación realizada en 638 estudiantes de medicina de ambos sexos manifestó que del total de encuestados el 56.02% ha practicado sexo anal, 88.65% ha practicado sexo oral, y 57.06% sexo vaginal en los últimos 6 meses⁶⁴. Robyn L. encuestó a 118 estudiantes mujeres, de primer semestre universitario, hasta finalizar éste. Las alumnas informaron al menos un encuentro de sexo oral esporádico en un 56%, un 42% sexo vaginal y un 5%sexo anal⁶⁵.

En lo que respecta a la relación de pareja es importante resaltar que las relaciones afectivas, especialmente las de noviazgo o pareja, ocupan un lugar muy importante en la vida de los jóvenes⁶⁶. Acorde a lo encontrado por

Amstrong las mujeres reportaban tener orgasmos con parejas con las cuales llevaban un tiempo igual o mayor a 6 meses³⁷. Según lo encontrado por Muñoz D. el tener una mala comunicación constituye un factor de riesgo para presentar disfunción sexual³³.

Según lo expuesto, diversas investigaciones han encontrado que las disfunciones sexuales son procesos complejos y que requieren de estudios detallados y específicos según la realidad de cada individuo.



HIPÓTESIS

- “Las mujeres con una relación estable presentan una óptima respuesta sexual.”



OBJETIVOS

Objetivo general.

- Conocer la asociación entre la función sexual de mujeres universitarias con sus prácticas sexuales y su relación de pareja.

Objetivos específicos.

- Describir el perfil sociodemográfico del grupo en estudio.
- Caracterizar la función sexual de las mujeres universitarias.
- Determinar la relación entre el estado de la función sexual y las prácticas sexuales.
- Determinar la relación entre el estado de la función sexual y la relación de pareja.



METODOLOGÍA

Diseño.

Estudio Cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte Transversal.

Universo.

El estudio se realizó en estudiantes de las facultades de Medicina, Enfermería, y Farmacia del campus Concepción de la Universidad de Concepción.

El total de estudiantes mujeres pertenecientes a la Universidad de Concepción – Campus Concepción, Facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería corresponde a 2689. Se entiende por alumnas regulares todas aquellas que se encuentran con inscripción de asignaturas durante el periodo 2018. Las edades están comprendidas entre los 18 a 30 años.

Muestra.

El muestreo de este estudio es no probabilístico, consecutivo, por lo que la muestra está constituida por todas aquellas estudiantes que accedan a contestar el instrumento, es decir, mujeres que pertenezcan las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción. Estas deben estar situadas en el rango etario de 18 a 30 años de edad, ser alumnas con inscripción de asignaturas durante el periodo 2018 y haber mantenido prácticas sexuales en las últimas 4 semanas. El “n” estará dado por la cantidad de encuestas respondidas durante el tiempo que se encuentre habilitado el instrumento.

El periodo de recolección de datos se llevó a cabo desde Mayo del 2018 a Agosto del 2018, en el cual participaron los Jefes de Carrera colaborando con el envío de el link del instrumento vía correo institucional.

A la plataforma de aplicación del instrumento accedieron 441 estudiantes, de las cuales 439 aceptaron participar en el estudio y 2 se negaron. Se eliminaron 19 encuestas ya que no completaron todo el cuestionario. También se excluyeron 95 ya que no cumplían con los criterios de inclusión para este estudio. Por lo anterior, el análisis de los datos se realizó con un total de 325 mujeres.

Criterios de inclusión.

- Mantener prácticas sexuales en pareja o autoeróticas durante las últimas 4 semanas.
- Pertener a las Facultades de Medicina, Farmacia o Enfermería de la Universidad de Concepción.
- Ser alumna con inscripción de asignaturas durante el periodo 2018.
- Edad de 18 – 30 años.

Criterios de Exclusión.

- Estar cursando un embarazo.
- Ser puérpera <6 meses.

Variables.

1- Variables Dependientes: Función sexual: orgasmo, deseo sexual, lubricación, excitación, satisfacción sexual, actividad sexual, comunicación

sexual, problemas con la penetración, ansiedad anticipatoria (ver anexo n° 1).

2- Variables Independientes: Edad, estado civil, religión, carrera, año de la carrera, facultad, presencia de pareja, tiempo en pareja, sexo de la pareja, percepción de la relación, nivel de satisfacción con la comunicación con la pareja, número de hijos, edad de inicio de la actividad sexual, número de parejas sexuales en el último año, prácticas sexuales, uso de método anticonceptivo, enfermedades, medicamentos (ver anexo n°1).

Instrumento.

Para conocer el perfil sociodemográfico de las estudiantes se confeccionaron 9 preguntas. Además se incluyeron otras 9 preguntas que evalúan los factores asociados a la función sexual tales como; presencia de pareja, satisfacción con la comunicación en la relación y percepción de calidad de relación, tiempo e parejas, prácticas sexuales (ver anexo n°2.1).

Para evaluar la función sexual se utilizará el “Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la mujer” desarrollado por Sánchez. F. y cols. el cual fue validado en Valencia el año 2004 en una población de mujeres pertenecientes a 9 centros sanitarios de la comunidad. La muestra estuvo constituida por 212 mujeres entre los 18 y 65 años (Ver anexo n°2.2). Para la utilización del instrumento se obtuvo la autorización de los autores.

A pesar que en nuestro país el instrumento no ha sido validado, se utilizó previamente el año 2006 en Tesis para optar al grado de licenciado en Obstetricia y Puericultura en la Universidad Austral de Chile⁶⁷.

Éste instrumento evalúa la respuesta sexual femenina en sus diferentes fases, tomando en cuenta aspectos esenciales, tales como grado

de comunicación sexual con la pareja, iniciativa y disfunción. La medida objetiva para detectar trastornos se logra a través de dos dominios: Dominios Evaluadores de la Función Sexual (DEAS) y Dominios descriptivos.

El cuestionario consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en los dominios DEAS: incluye 11 preguntas que se puntúan de 1 a 5. Las otras 4 corresponden a los dominios descriptivos que permiten reconocer características importantes de este estado vital como la frecuencia de la actividad sexual, y otras esenciales para el diagnóstico de disfunción en la encuestada²² (ver anexo n°2.2).

La medición de la función sexual, se realiza en concordancia a las puntuaciones establecidas, para cada dominio y su expresión es porcentual considerando para 5 puntos 100% del ítem (pregunta) lo cual indica la proporción del máximo esperado por dominio. Del total obtenido de las respuestas a cada una de las proposiciones incluidas en la descripción del instrumento, se instruye a diagnosticar la presencia de disfunción sexual si el valor porcentual, al menos en uno de los 6 primeros DEAS, es ≤ 50 (ver anexo n°2.3).

Difusión y Aplicación del instrumento.

El estudio fue difundido vía correo electrónico, el cual contiene ficha informativa y enlace de acceso a consentimiento informado y encuesta. Este correo fue enviado a los jefes de cada carrera de las tres facultades participantes, quienes a su vez envían a las estudiantes dicho correo.

También se procedió a publicar informativo en página de red social de Facebook de cada facultad. Además se dejaron afiches en ficheros de

facultades participantes y se entregó informativos a alumnos con antecedentes del estudio, datos de la investigadora principal e indicaciones para acceder a link.

En relación a la aplicación, como se mencionó anteriormente el correo enviado a las alumnas contenía invitación a participar, ficha informativa y enlace a la plataforma SurveyMonkey, la cual al ingresar permite visualizar consentimiento informado, luego si la estudiante deseaba participar debía seleccionar la opción “**acepto**”, presionar “**siguiente**” y continuar con la encuesta. De lo contrario, si presionaba “no acepto” y “siguiente” automáticamente se cerraba el enlace.

SurveyMonkey también entrega la posibilidad de limitar el número de intentos. Asimismo se otorga obligatoriedad a todas las preguntas, de modo que no era posible avanzar el instrumento sin contestar todo lo que se solicitaba.



Análisis de datos.

La plataforma “SurveyMonkey” entregó una base de datos en Excel para utilizar en el análisis de los datos. El programa utilizado para el análisis estadístico fue *Statistical Package for the Social Sciences* versión 21, (Spss. 21).

Se efectuaron análisis univariado para: variables cuantitativas donde se calculó media, desviación estándar, mínimo y máximo, mientras que para las variables cualitativas se calculó frecuencia absoluta y porcentual. Por otra parte el análisis bivariado para determinar la relación entre el estado de la función sexual con prácticas sexuales y relación de pareja; en éste se aplicó Chi Cuadrado o Test Exacto de Fisher según las frecuencias esperadas. El nivel de significancia es de un $\alpha=0,05$.

Consideraciones éticas.

Antes de llevar a cabo este estudio se procedió a la elaboración de una ficha informativa para las mujeres participantes sobre el objetivo de éste (ver anexo nº 3), resguardando la calidad de confidencial de la información que proporcionarían e informando sobre los derechos como participante. Además se confeccionó documento de consentimiento informado, el cual contenía datos de contacto de la investigadora principal. Este documento era visible al ingresar al link de la encuesta y sólo permitía realizar de la misma si el sujeto presionaba “aceptar” para continuar, de lo contrario, la encuesta se cerraba (ver anexo nº4).

Este proyecto fue aprobado primeramente por Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción el día 30 de Noviembre del 2017. También se presentó al Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción obteniendo su aprobación el 22 de Enero del 2018. Finalmente se presentó al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la misma casa de estudios siendo aprobado el día 03 de Abril del 2018. Además se contó con la aprobación los Decanos de las Facultades de Farmacia y Medicina (ver anexos nº5 y nº6).

RESULTADOS

I. Análisis Univariado.

1.1. Facultades y Carreras.

Como se aprecia en la tabla n°1 de las 325 estudiantes con las que se realizó el análisis de los datos, el 73.9% pertenece a la Facultad de Medicina, el 17.3% y 8.3 % pertenecen a las Facultades de Farmacia y Enfermería respectivamente. La carrera con mayor participación en el estudio fue Obstetricia y Puericultura representando el 36.3 % de la muestra.

Tabla n°1. Distribución de estudiantes por facultad y Carrera.

Facultad	Carreras	n=325	%
Farmacia	Química y Farmacia	28	8,6
	Nutrición y Dietética	24	7,4
	Bioquímica	6	1,8
	Total	58	17,8
Medicina	Obstetricia y Puericultura	118	36,3
	Medicina	57	17,5
	Fonoaudiología	22	6,8
	Tecnología Médica	20	6,2
	kinesiología	23	7,1
	Total	240	73,9
Enfermería	Enfermería	27	8,3

Fuente: Elaboración propia

1.2. Perfil Sociodemográfico

La edad promedio fue de 21.25 años, siendo el mínimo 18 años y el máximo 29 años; el 14.8% son menores de 20 años, el 78.2% y el 7.1% se encuentran en los intervalos de 20 a 24 años y 25 a 29 años respectivamente. En relación al estado civil, 92.6% ésta soltera, conviviente el 6.8% y casada el 0.6%. Respecto a la religión 72.3% de las estudiantes refiere no profesar ninguna religión. Para aquellas que informaron profesar alguna fe la más frecuente fue la Católica representando el 18.7% de la muestra. En cuanto al año de carrera que se encuentran cursando, la mayor concentración se dio entre tercer y cuarto año, siendo su frecuencia 24.3% y 25.5% respectivamente. Los cursos minoritariamente representados corresponden al sexto (4%) y séptimo nivel (2.2%), siendo estos exclusivos de la carrera de Medicina.



Tabla nº2. Perfil Sociodemográfico de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción

Ítem	n	%
Edad		
>20	48	14,8
20-24	254	78,2
25-29	23	7,1
Estado Civil		
Casada	2	0,6
Conviviente	22	6,8
Soltera	301	92,6
Religión		
Catolicismo	61	18,7
Adventista	2	0,6
Evangélica	17	5,2
Otra	5	1,5
Ninguna	235	72,3
Cristiana	5	1,5
Año de Carrera en curso		
Primer año	34	10,5
Segundo año	45	13,8
Tercer año	79	24,3
Cuarto año	82	25,2
Quinto año	65	20
Sexto año	13	4
Séptimo año	7	2,2
Total	325	100

Fuente: Elaboración propia

1.3. Perfil de Salud Sexual y Reproductivo

La edad de inicio de la actividad sexual tuvo un mínimo de 13 años y un máximo de 25 años, el promedio se situó en 17.33 años con una desviación típica de 2.281. El 98.1% de las estudiantes refirió no tener hijos, y sólo el 1.5% informa tenerlos.

Se solicitó a las alumnas reportar el número de parejas sexuales en el último año; se constató que el 97.8% (n=318) informa haber tenido entre 0-5 parejas, el 1.5 % (n=6) entre 6 a 10 y el 0.3% (n=1) refiere haber tenido más de 10 parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Tabla nº3. Número de parejas sexuales en el último año de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería.

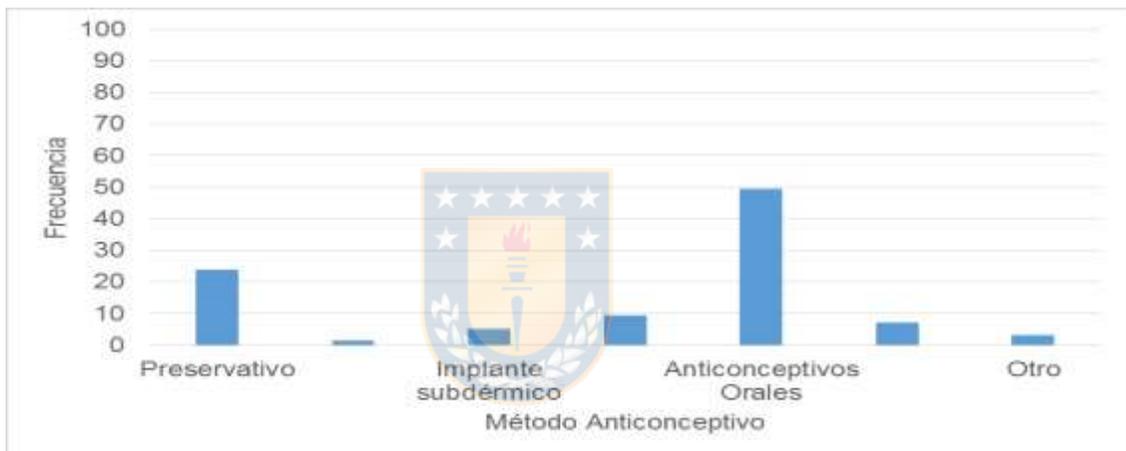
Número de parejas	n	%
1-5	318	97,8
6-10	6	1.5
> 10	1	0.3
Total	325	100

Fuente: Elaboración propia

1.3.1. Uso de Anticonceptivos

En el gráfico n°1 se detallan los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres; para este grupo son los anticonceptivos orales, en un 49.5%; y el preservativo 24%; en tanto que el menos utilizado es el dispositivo intrauterino (1.5%). Un 3.1% de la población refirió ocupar otro método y el 7.1% no suele usar anticonceptivos de ningún.

Gráfico n°1. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados por las estudiantes.

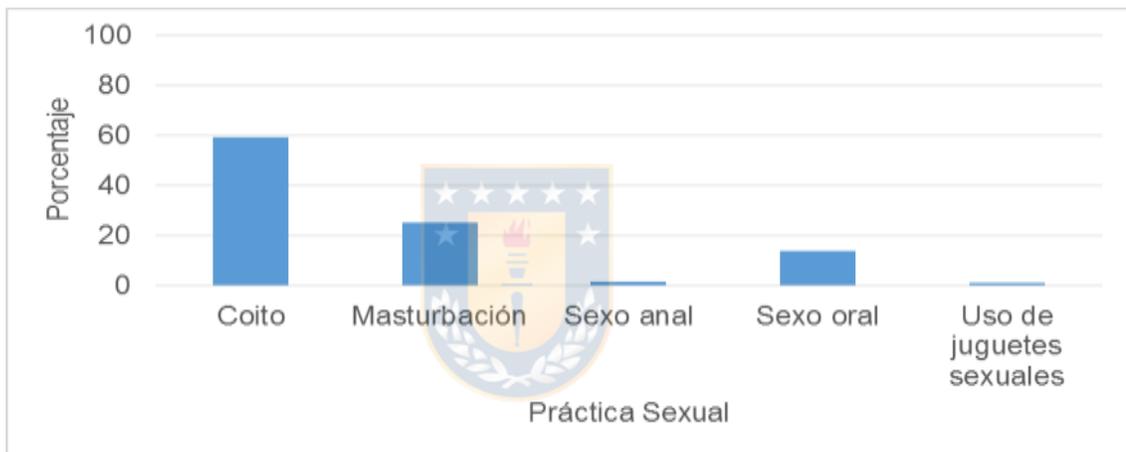


Fuente: Elaboración propia

1.3.2. Práctica Sexual más placentera

Se consideró para esta investigación consultar a las alumnas la práctica sexual con la que sentían más placer. El Coito tradicional presentó una frecuencia de 59.1% (n=192), seguido por la masturbación 24.9% (n=81), sexo oral 13.5% (n=44), sexo anal 1.5% (n=5) y uso de juguetes sexuales 0.9% (n=3).

Gráfico nº2. Distribución porcentual de las prácticas sexuales más placenteras.



Fuente: Elaboración propia

1.4. Caracterización de la situación de pareja.

En cuanto a la relación de pareja, se observó que el 78.8% (n=256) de las estudiantes tiene pareja. De las 256 mujeres, el 94.5% tiene pareja masculina y el 5.5% pareja femenina. El 2.7% tiene una relación menor a 1 mes, 15.2% de 1 a 5 meses, el 15.2 % de 6 a 12 meses 66.8% más de 1 año de relación. Se solicitó a las alumnas que calificaran su relación de pareja, el 63.7% (n=162) evaluó su relación como “muy buena”, el 29.7% (n=76) consideró su relación “buena”, el 5.9% (n=15) “regular” y el 0.8% (n=2) “mala”. Ninguna estudiante valoró su relación como “muy mala”.

En torno a la satisfacción con la comunicación con sus parejas, el 49.6% de las estudiantes se muestra “muy satisfecha”, 39.5% “satisfecha”, el 2.3% se mostraron “indiferente”, el 7.4% refiere estar “insatisfecha” y el 1.2% “muy insatisfecha”.



Tabla nº4. Caracterización de la relación de pareja de las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería de la Universidad de Concepción

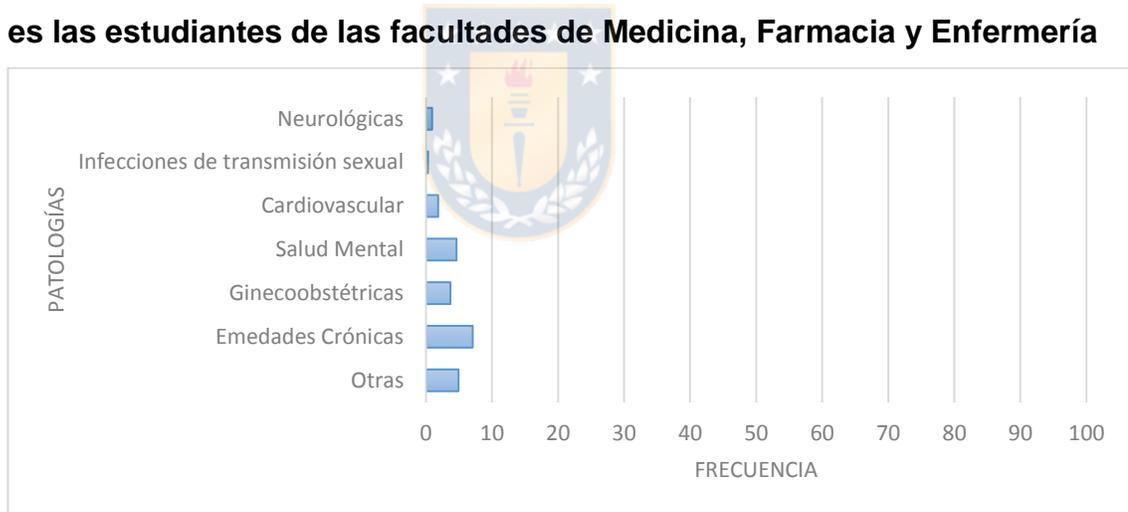
Ítem	n=256	%
Pareja		
Si	256	78,8
No	69	21,2
Total	325	100
Sexo de la pareja		
Hombre	242	94,5
Mujer	14	5,5
Tiempo en pareja		
1 - 5 meses	39	15,2
6 - 12 meses	39	15,2
> 1 año	171	66,8
< 1 mes	7	2,7
Calificación de la relación de pareja		
Muy buena	163	63,7
Buena	76	29,7
Regular	15	5,9
Mala	2	0,8
Satisfacción con la comunicación		
Muy satisfecha	127	49,6
Satisfecha	101	39,5
Indiferente	6	2,3
Insatisfecha	19	7,4
Muy Insatisfecha	3	1,2

Fuente: Elaboración propia

1.5. Presencia de enfermedades.

Las estudiantes declararon en un 21.5% tener una enfermedad diagnosticada, y el 76.3% informa no tenerla. Como se observa en el gráfico n°3 y debido a la gran variedad de patologías presentes, estas fueron agrupadas en 7 grandes grupos; enfermedades crónicas no transmisibles representando un 7.07%; salud mental con frecuencia de un 4.61%; ginecoobstétricas 3.69%; cardiovasculares 1.89%; ITS 0.3% y neurológicas 0.92%. La última categoría corresponde a “otras enfermedades”, referente a patologías que estaban minoritariamente representadas, su frecuencia total corresponde a un 4.92%.

Gráfico n°3. Distribución porcentual de enfermedades diagnosticadas es las estudiantes de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería



Fuente: Elaboración propia

1.6. Uso de medicamentos

El gráfico n°4 detalla la frecuencia de enfermedades por carrera, siendo Bioquímica quien tiene un 66% de las estudiantes que participaron en el estudio con diagnóstico de patologías. En frecuencia sigue Tecnología médica con un 30%, Medicina con un 29.8%, Química y Farmacia 28%, el resto de las carreras participantes no representan por si mismas valores superiores al 25%.

Gráfico n°4. Distribución porcentual de enfermedades diagnosticadas por carrera.



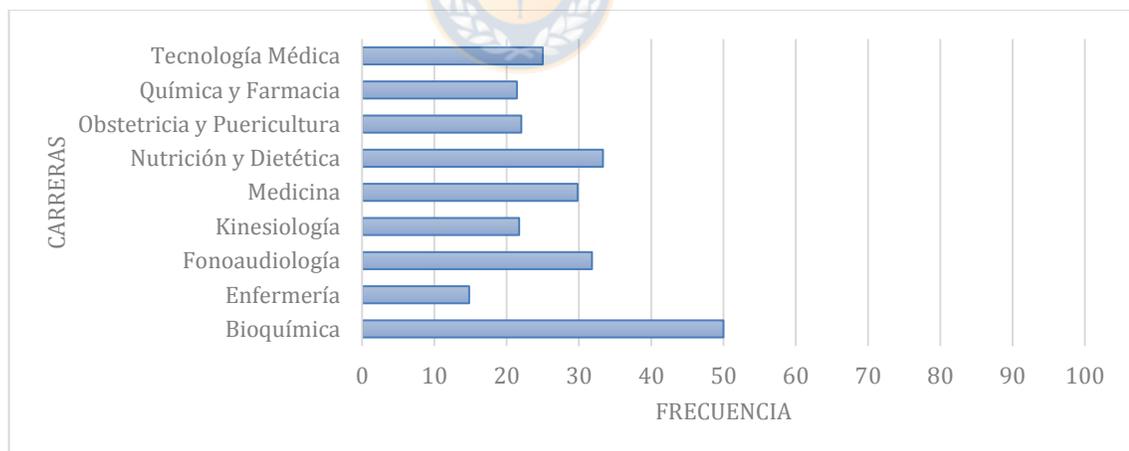
Fuente: Elaboración propia

Del uso de medicamentos el 39% de las mujeres indica si utilizar y el 61%no lo hace. Los fármacos fueron agrupados en 7 categorías; antihistamínicos, psicotrópicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), corticoesteroides, hormonal tiroideo, hipoglicemiantes y otros, este último grupo contiene suplementos vitamínicos o medicamentos de utilización transitoria que no entran en las anteriores categorías. Los fármacos de mayor consumo en las 325 estudiantes corresponden a psicotrópicos, siendo

un 8.61% (n=28), el segundo consumo más alto corresponde otros medicamentos en un 5.53% (n=18), en tercer lugar están la categoría hormonal tiroideo con una frecuencia de 3.07% (n=10), los antihistamínicos están presentes en un 2.76% (n=9), corticoesteroides 2.46% (n=8), antiinflamatorios no esteroideos 1.53% (n=5) y hipoglicemiantes 0.92% (n=3).

En relación al consumo de medicamentos por carrera, cómo se observa en el gráfico n°5 Bioquímica presenta un 50% (n=3), luego Nutrición y Dietética 33.33% (n=8), Fonoaudiología 31.81% (n=7), Medicina 29.82% (n=17), Tecnología Médica 25% (n=5), Obstetricia y Puericultura presentan una utilización 22.03% (n=26), Kinesiología 21.73% (n=5), Química y Farmacia tiene un consumo de 21.42% (n=6) y por último Enfermería con un 14.8% (n=4).

Gráfico n°5. Distribución porcentual del consumo de medicamentos por carrera.

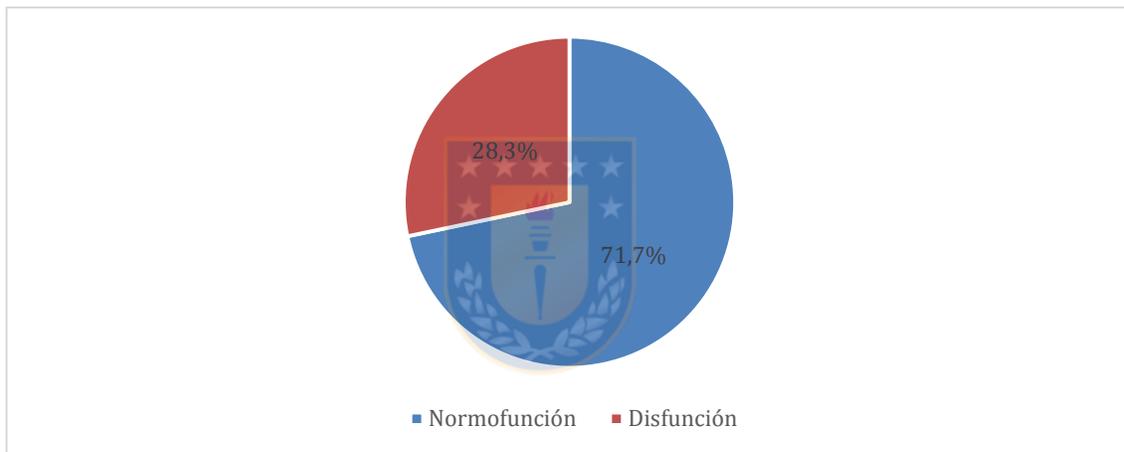


Fuente: Elaboración propia

1.7. Función Sexual.

El gráfico n°6 representa la distribución de estudiantes con función sexual normal o disfunción sexual. De las 325 estudiantes encuestadas, pertenecientes a las 3 facultades del estudio, el 71,7% (n=233) presenta un estado de la función sexual normal, versus el 28.3% (n=92) que informa disfunción.

Gráfico n° 6. Distribución porcentual de normofunción y disfunción sexual de las estudiantes.



Fuente: Elaboración propia

1.7.1. Caracterización de la función sexual por Facultad.

Cómo se observa en la tabla nº5 para las alumnas de la facultad de Enfermería el 85.1% (n=23) presenta normofunción y el 14.8% (n=4) disfunción. En la facultad de Farmacia el 67.2% (n=39) no presenta alteración en la función sexual a diferencia del 14.8% (=4) que si la presenta. Por último para la facultad de Medicina el 65% (n=171) de sus alumnas informa un normal estado de la función sexual y el 28.75% (n=69) reporta disfunción sexual.

Tabla nº5. Caracterización del estado de la función sexual por facultad.

Facultad	Normofunción		Disfunción		p Valor
	n	%	n	%	
Medicina	171	65	69	28.75	0.222
Farmacia	39	67.2	19	14.8	
Enfermería	23	85.1	4	14.8	

Fuente: Elaboración propia



1.7.2. Estado de la función sexual por dominio

En lo que refiere a la función sexual por dominio, la tabla n°6 demuestra que de las 325 estudiantes en el dominio del deseo, el 94.5 % (307) no presenta disfunción, sin embargo, el 5.2% (n=17) y el 0.3% (=1) tienen trastorno moderado y severo respectivamente. De la excitación el 97% (n=318) no tiene trastorno, para el trastorno moderado 1.8% (n=6) y para el trastorno severo 0.3% (n=1). En el área de la lubricación 97.2% (n=316) se encuentra sin trastorno, dentro de las que presentan disfunción el 2.2% (n=7) es de nivel moderado y el 0.6% (n=2). En torno al orgasmo, el 80.6% (n=262) de las estudiantes no presenta alteración, el 12.2% (n=40) se encuentra situado en una alteración moderada y el 7.1% (n=23) trastorno severo. De los problemas con la penetración vaginal el 96% (n=312) no informa perturbación de este parámetro, por otro lado, el 3.4% (n=11) se sitúa en el trastorno moderado; para este dominio no existe registro en la población de trastorno severo, vale decir que para este dominio se excluyeron 8 participantes, ya que refirieron no tener penetración por no poseer en pareja. Por último, en lo que respecta a la ansiedad anticipatoria, el 93.8% (n=305) presenta norma función, el 4.6 (n=15) trastorno moderado, y para el trastorno severo el porcentaje representado es de 1.5% (n=5).

Tabla n°6. Caracterización del estado de la función sexual por dominio y grado de trastorno.

Ítem	n=325	%
Deseo		
Sin Trastorno	307	94,5
Trastorno Moderado	17	5,2
Trastorno Severo	1	0,3
Excitación		
Sin Trastorno	318	97,8
Trastorno Moderado	6	1,8
Trastorno Severo	1	0,3
Lubricación		
Sin Trastorno	316	97,2
Trastorno Moderado	7	2,2
Trastorno Severo	2	0,6
Orgasmo		
Sin Trastorno	262	80,6
Trastorno Moderado	40	12,3
Trastorno Severo	23	7,1
Problemas con la penetración vaginal		
Sin Trastorno	312	96
Trastorno Moderado	11	3,4
Ansiedad anticipatoria		
Sin Trastorno	305	93,8
Trastorno Moderado	15	4,6
Trastorno Severo	5	1,5

Fuente: Elaboración propia

II. Análisis Bivariado

2.1. Función sexual y prácticas sexuales.

Como detalla la tabla nº7 para el ítem *práctica sexual más placentera*, ya sea para coito, masturbación, sexo anal, sexo oral y juguetes sexuales, no existe significancia estadística en ninguna de las 5 categorías. Tanto para el grupo de normofunción y disfunción, la práctica sexual más placentera corresponde al coito en un 75.5% y 24.4% respectivamente.

Tabla nº7 Relación entre la práctica sexual más placentera y el estado de la función sexual.

Práctica Sexual	Normofunción		Disfunción		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	
Coito	145	75.5	47	24.4	192	100	0,179
Masturbación	53	65.4	28	34	81	100	
Sexo anal	2	40	3	60	5	100	
Sexo oral	31	70.4	13	29.5	44	100	
Juguetes Sexuales	2	66.	1	33.3	3	100	

Fuente: Elaboración propia

2.2. Análisis de las prácticas sexuales más placenteras y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

No se encontró asociación entre la “*práctica sexual más placentera*” y los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo y ansiedad anticipatoria., no obstante, éste último dominio se encuentra en rango de incertidumbre $p= 0.057$. Si es estadísticamente significativa la relación entre la “*práctica sexual más placentera*” y el área de “*problemas con la penetración vaginal*”.

De la relación entre la *práctica sexual más placentera* y los *problemas con la penetración vaginal* se observa la inexistencia de trastorno severo. El coito es la práctica más placentera para ambos grupos (n=190), de estas el 98.4% se encuentra sin trastorno frente al 1.5% de mujeres que están en un nivel moderado de alteración. Las masturbación es la segunda práctica más placentera para ambos grupos, donde el 92.2% de las estudiantes presenta normalidad en su función sexual frente al 7.7% quienes están en una situación de moderada alteración. Dentro de las prácticas menos placenteras están el sexo oral, anal y el uso de juguetes sexuales. En el sexo oral (n=43), un 97.6% de las mujeres está en normofunción y el 2.3 %de las estudiantes con trastorno moderado. Quienes consideran como práctica más placentera el sexo anal no presenta disfunción en un 80% y el 20% es patológico en un nivel moderado. Por último 100% de las mujeres que considera los juguetes sexuales como práctica sexual más placentera se encuentra sin disfunción.

Tabla nº8 Análisis de las prácticas sexuales más placenteras y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Práctica sexual más placentera	Sin trastorno		Trastorno moderado		Trastorno severo		Total		p valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deseo									
Coito	180	93.7	11	5.7	1	0.5	192	100	1
Masturbación	77	92.7	4	4.8	0	0	83	100	
Sexo Anal	5	100	0	0	0	0	5	100	
Sexo Oral	42	95.4	2	4.5	0	0	44	100	
Juguetes sexuales	3	100	0	0	0	0	3	100	
Excitación									
Coito	190	99	1	0.5	1	0.5	192	100	0,089
Masturbación	76	93.8	5	6.1	0	0	81	100	
Sexo Anal	5	100	0	0	0	0	5	100	
Sexo Oral	44	100	0	0	0	0	44	100	
Juguetes sexuales	3	100	0	0	0	0	3	100	
Lubricación									
Coito	188	98	2	1	2	1	192	100	0,437
Masturbación	78	96.2	3	3.7	0	0	81	100	
Sexo Anal	5	100	0	0	0	0	5	100	
Sexo Oral	42	95.4	2	4.6	0	0	44	100	
Juguetes sexuales	3	100	0	0	0	0	3	100	
Orgasmo									
Coito	161	83.8	21	10.9	10	5.2	192	100	0,094
Masturbación	59	82.8	13	16	9	11.1	81	100	
Sexo Anal	2	40	1	20	2	40	5	100	
Sexo Oral	37	84	5	11.3	2	4.5	44	100	
Juguetes sexuales	3	100	0	0	0	0	3	100	
Problemas con la penetración									
Coito	187	98.4	3	1.5	0	0	190	100	0,032
Masturbación	71	92.2	6	7.7	0	0	77	100	
Sexo Anal	4	80	1	20	0	0	5	100	
Sexo Oral	42	97.6	1	2.3	0	0	43	100	
Juguetes sexuales	3	100	0	0	0	0	3	100	
Ansiedad Anticipatoria									
Coito	182	94.7	7	3.6	3	1.5	192	100	0,057
Masturbación	75	82.5	6	9.4	0	0	81	100	

Sexo Anal	4	80	0	0	1	0	5	100
Sexo Oral	42	95.4	1	2.2	1	2.2	44	100
Juguetes sexuales	2	66.6	1	33.3	0	0	3	100

Fuente: Elaboración propia



2.3. Análisis de los antecedentes de la relación de pareja con la función sexual de las mujeres universitarias.

Según los valores obtenidos como se observa en la tabla nº9 para el ítem de presencia de pareja se encontró significancia estadística con el estado de la función sexual. Un 23.4% de las mujeres que tienen pareja, presenta disfunción sexual, cifra que se asciende a un 46.3% para quienes no están en una relación.

Tabla nº9 Análisis de la presencia de pareja con el estado de la función sexual.

Presencia de pareja	Normofunción		Disfunción		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	
si	196	76.5	60	23.4	256	100	0,00
no	37	53.6	32	46.3	69	100	

Fuente: Elaboración propia

2.4. Análisis de la relación de pareja y el estado de la función sexual.

Con respecto a la relación de pareja es estadísticamente significativo el *tiempo en pareja* y el *estado de la función sexual*. Las cifras más altas de disfunción se encuentran en parejas con menos de 1 mes de relación en un 57.2%, seguido de aquellas de 1 a 5 meses con 30.7% de disfunción sexual. Las relaciones con más de un año presentan un 23.3% de alteración en la función sexual y aquellas parejas con 6 a 12 meses un 10.3%.

Se encontró asociación entre la *percepción de la relación* y la *función sexual*. Quienes perciben como “Muy buena” su relación el 81.6% no tiene alterada su función sexual, versus un 18.4% de las que si presentan alteración. Se observa también que del total de mujeres que calificaron su relación como “buena el 69.7% se agrupa en el estado de normalidad, a

diferencia del 30.3% que está en disfunción. Para las categorías “regular” y “mala” los porcentajes de disfunción sexual aumentan a 40% y 50% respectivamente.

Por otro lado la tabla n°10 detalla que no existe significancia estadística entre el nivel de satisfacción con la comunicación con la pareja y la función sexual.

Tabla n°10 Análisis de la relación de pareja y el estado de la función sexual.

Ítem	Normofunción		Disfunción		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	
Tiempo en pareja							
< 1 mes	3	42.8	4	57,2	7	100	0,03
1 - 5 meses	27	69.2	12	30.7	39	100	
6 - 12 meses	35	89.7	4	10.3	39	100	
> 1 año	131	76.6	40	23.3	171	100	
Percepción de la relación							
Muy buena	133	81.6	30	18.4	163	100	0,035
Buena	53	69.7	23	30.3	76	100	
Regular	9	60	6	40	15	100	
Mala	1	50	1	50	2	100	
Comunicación en la relación							
Muy Satisfecha	102	80.3	25	19.7	127	100	0,333
Satisfecha	76	75.2	25	24.8	101	100	
Indiferente	4	66.6	2	33.3	6	100	
Insatisfecha	12	63.2	7	36.8	19	100	
Muy Insatisfecha	2	66.6	1	33.3	3	100	

Fuente: Elaboración propia

2.5. Relación entre la presencia de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

En relación a la tabla nº11 según los p valor obtenidos no evidenció significancia estadística entre tener pareja y los dominios de deseo, excitación, lubricación, problemas con la penetración y ansiedad anticipatoria. Sin embargo, la diferencia es significativa para el dominio del orgasmo donde de quienes tienen pareja el 84.1% no presenta disfunción, el 9.7% tiene trastorno moderado y el 6.2% trastorno severo. Para quienes no tienen pareja, el 68% se encuentra en la normalidad, el 22% y el 10% se observa trastorno moderado y severo respectivamente.

Tabla nº11 Análisis de la presencia de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Presencia de pareja	Sin Trastorno		Trastorno Moderado		Trastorno Severo		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deseo									
si	244	95.3	11	4.3	1	0.4	256	100	0.385
no	63	91.3	6	8.7	0	0	69	100	
Excitación									
si	249	97.3	6	2.3	1	0.4	256	100	0.487
no	69	100	0	0	0	0	69	100	
Lubricación									
si	248	97	6	2.3	2	0.7	256	100	1
no	68	98.5	1	1.5	0	0	69	100	
Orgasmo									
si	215	84.1	25	9.7	16	6.2	256	100	0.010
no	47	68	15	22	7	10	69	100	
Problemas con la Penetración									
si	248	96.8	8	3.2	0	0	256	100	0,159
no	64	92.7	5	7.2	0	0	69	100	
Ansiedad Anticipatoria									
si	243	95	9	3.5	4	1.5	256	100	0.159
no	62	89.8	6	8.6	1	1.6	69	100	

Fuente: Elaboración propia

2.6. Análisis del tiempo en pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Según los valores obtenidos como se observa en la tabla nº12 el ítem “*Tiempo en pareja*” y el grado de trastorno para el dominio “*problemas con la penetración*” tienen significancia estadística con un p valor= 0.018. Las estudiantes con relaciones de pareja menores a 1 año y trastorno moderado representan el 28.6%, esta cifra disminuye a un 5.2% para aquellas estudiante con relaciones de 1 a 5 meses. Finalmente un 2.8% de las mujeres con relaciones mayores informar trastorno moderado en este dominio.

A continuación como se puede observar en la tabla nº12 la relación del ítem “*Tiempo en pareja*” con los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo y ansiedad anticipatoria no se evidenciaron diferencias significativas.



Tabla nº12 Análisis del tiempo en pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Tiempo en pareja	Sin Trastorno		Trastorno Moderado		Trastorno Severo		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deseo									
< 1 mes	7	100	0	0	0	0	7	100	0.905
1-5 meses	38	97.4	1	2.6	0	0	39	100	
6-12 meses	38	97.4	1	2.6	0	0	39	100	
> 1 año	161	94	9	5.3	1	0.7	171	100	
Excitación									
< 1 mes	7	100	0	0	0	0	7	100	0.905
1-5 meses	38	97.4	1		0	0	39	100	
6-12 meses	39	100	0	0	0	0	39	100	
> 1 año	165	96.5	5	3	1	0.5	171	100	
Lubricación									
< 1 mes	7	100	0	0	0	0	7	100	0.830
1-5 meses	39	100	0	0	0	0	39	100	
6-12 meses	39	100	0	0	0	0	39	100	
> 1 año	163	95.3	6	3.5	2	1.2	171	100	
Orgasmo									
< 1 mes	5	71.4	0	0	2	28.6	7	100	0.077
1-5 meses	29	74.3	6	15.4	4	10.3	39	100	
6-12 meses	36	92.3	3	7.7	0	0	39	100	
> 1 año	145	84.8	16	9.4	10	5.8	171	100	
Problemas con la penetración									
< 1 mes	5	71.4	2	28.6	0	0	7	100	0.018
1-5 meses	37	94.8	2	5.2	0	0	39	100	
6-12 meses	39	100	0	0	0	0	39	100	
> 1 año	167	97.6	4	2.3	0	0	171	100	
Ansiedad Anticipatoria									
< 1 mes	5	71.4	1	14.3	1	14.3	7	100	0.088
1-5 meses	37	94.8	1	2.5	1	2.5	39	100	
6-12 meses	39	100	0	0	0	0	39	100	
> 1 año	162	95	7	4	2	1	171	100	

Fuente: Elaboración propia

2.7. Análisis de la percepción de la relación de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

La tabla n°13 especifica la “percepción de la relación de pareja” y su relación con los 6 dominios de la función sexual. Para ningún dominio y grado de trastorno se evidenció la percepción “muy mala”. No se encontró significancia estadística en 2 de las 6 áreas, siendo estas: deseo y problemas con la penetración vaginal.

En el dominio de “excitación” y su “relación con la percepción de la relación” se encontró significancia estadística. Para quienes califican su relación como “muy buena”, “buena”, “regular” y están en normofunción los porcentajes son similares, siendo estos 98.1%, 97.3% y 93.3% respectivamente. Sin embargo, se observan diferencias para el trastorno moderado, donde la mayor concentración está en quienes calificaron su relación como “muy buena” siendo el 1.2%, el 2.7% “buena” y el 6.7% “regular”. Por último el grupo en el que se observa mayor disfunción, es en quienes evaluaron su relación como “mala” en un 50% (n=1) en situación de trastorno moderado, sin embargo, en este mismo grupo la normofunción también corresponde a un 50% (n=1).

Existen diferencias significativas para la “percepción de la relación” y la “lubricación”. Las estudiantes que calificaron su relación como “muy buena” presentaban normofunción en 98.1%, y en un 1.2% y 0.7% trastorno moderado y severo respectivamente. En la categoría “buena” el 97.3% no presenta alteración en el dominio, y el 2.7% una alteración moderada. En las relaciones evaluadas como “regulares”, las mujeres refirieron un 93.3% de normofunción y 6.7% de trastorno moderado. Finalmente quienes consideraron su relación como “mala” presentaron 50% tanto para la normalidad como para el trastorno severo.

En la “percepción de la relación” y el dominio de “*orgasmo*” se encontró significancia estadística con un p valor de 0.04. De todas las estudiantes que refirieron como “muy buena” su relación, el 87.2% no presenta alteración frente al 9.2% y 3.7% que presenta alteración moderada y severa respectivamente. La percepción “buena” (n=76) se vio representada en un 79% sin trastorno, sin embargo, se observó un aumento de la alteración moderada a un 13% y del trastorno severo a un 8%. Para quienes consideraron su relación “regular” el 73.3% no presenta trastorno y el 6.7% tiene un trastorno severo. En la subcategoría “mala” el 100% de las mujeres que clasificaron su relación en este tópico presentan normofunción.

Existe significancia estadística entre la “percepción de la relación” y el dominio “ansiedad anticipatoria”. Del grupo sin disfunción el 97% evidencia “muy buena” su relación frente al 1.2% y al 1.8% del trastorno moderado y severo respectivamente. Para el grupo que no posee alteración el 43% percibe su relación como “buena”, y el 57% de tiene trastorno moderado. El 93.3% de la normalidad se agrupa en una relación regular, frente al 6.7% del grupo con nivel moderado de disfunción. No se observó trastorno severo para las anteriores categorías. No obstante, para quienes califican su relación como mala en el grupo de normalidad corresponden al 50% al igual que para el trastorno severo.

Tabla nº 13 Análisis de la percepción de la relación de pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Percepción de la relación de pareja	Sin Trastorno		Trastorno Moderado		Trastorno Severo		Total		p-Valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deseo									
Muy buena	156	95.6	6	3.6	1	0.6	163	100	0.191
Buena	72	95	4	5	0	0	76	100	
Regular	15	100	0	0	0	0	15	100	
Mala	1	50	1	50	0	0	2	100	
Excitación									
Muy buena	160	98.1	2	1.2	1	0.7	163	100	0.03
Buena	74	97.3	2	2.7	0	0	76	100	
Regular	14	93.3	1	6.7	0	0	15	100	
Mala	1	50	1	50	0	0	2	100	
Lubricación									
Muy buena	160	98.1	2	1.2	1	0.7	163	100	0.02
Buena	73	96	3	4	0	0	76	100	
Regular	14	93.3	1	6.7	0	0	15	100	
Mala	1	50	0	0	1	50	2	100	
Orgasmo									
Muy buena	142	87.1	15	9.2	6	3.7	163	100	0.04
Buena	60	79	10	13	6	8	76	100	
Regular	11	73.3	0	0	4	6.7	15	100	
Mala	2	100	0	0	0	0	2	100	
Problemas con la penetración									
Muy buena	159	97.5	4	2.5	0	0	163	100	0.86
Buena	73	96	3	4	0	0	76	100	
Regular	15	100	0	0	0	0	15	100	
Mala	1	50	1	50	0	0	2	100	
Ansiedad Anticipatoria									
Muy buena	158	97	2	1.2	3	1.8	163	100	0.006
Buena	70	43	6	57	0	0	75	100	
Regular	14	93.3	1	6.7	0	0	15	100	
Mala	1	50	0	0	1	50	2	100	

Fuente: Elaboración propia

2.8. Análisis del grado de satisfacción de la comunicación en la pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

En relación al nivel de “*satisfacción con la comunicación en la pareja*” se encontró significancia estadística para el dominio de orgasmo. En la tabla n°14 se puede observar que las mujeres que se encuentran “muy satisfechas” con la comunicación, el 85.8% no presentan disfunción, frente al 9.4% con trastorno moderado y 4.8% severo. Para quienes se posicionan en categoría “buena” el 85.1% (n=86) se encuentra dentro del grupo de normalidad. En las alteraciones moderadas y severas se encuentran el 10.8% y 4.1% respectivamente. Se encuentra para el nivel de “indiferencia” el 66.6% sin trastorno y en la severidad se encuentra el 33.3%. Aquellas mujeres “insatisfechas” con la comunicación, el 73.6% no presenta disfunción, el 5.2% refiere trastorno moderado y el 21.2% trastorno severo. Para las estudiantes que se consideran “muy insatisfechas” no se evidenció trastorno severo, para el trastorno moderado encontramos un 33.3% y sin trastorno el 66.6%.

Al relacionar el grado de “*satisfacción con la comunicación*” y la “*ansiedad anticipatoria*” se observa que la mayor concentración de mujeres que se encuentra en el máximo grado de satisfacción (n=127) pertenece al grupo sin alteración siendo el 98.4% frente al 1.6% con trastorno severo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, es importante mencionar que para el menor nivel de satisfacción, “muy insatisfecha”, no se detalla trastorno moderado ni severo, y que el 100% de mujeres se encuentra con normofunción.

Tabla nº14 Análisis del grado de satisfacción de la comunicación en la pareja y el grado de trastorno por dominio de la función sexual.

Comunicación en la relación	Sin Trastorno		Trastorno Moderado		Trastorno Severo		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deseo									
Muy Satisfecha	121	95.2	5	4	1	0.8	127	100	0.521
Satisfecha	97	96	4	4	0	0	101	100	
Indiferente	5	83.3	1	6.7	0	0	6	100	
Insatisfecha	18	94.7	1	4.3	0	0	19	100	
Muy Insatisfecha	3	100	0	0	0	0	3	100	
Excitación									
Muy Satisfecha	125	98.4	1	0.8	1	0.8	127	100	0.386
Satisfecha	97	96	4	4	0	0	101	100	
Indiferente	6	100	0	0	0	0	6	100	
Insatisfecha	18	94.7	1	4.3	0	0	19	100	
Muy Insatisfecha	3	100	0	0	0	0	3	100	
Lubricación									
Muy Satisfecha	125	98.4	1	0.8	1	0.8	127	100	0.168
Satisfecha	97	96	4	4	0	0	101	100	
Indiferente	6	100	0	0	0	0	6	100	
Insatisfecha	17	89.4	1	5.3	1	5.3	19	100	
Muy Insatisfecha	3	100	0	0	0	0	3	100	
Orgasmo									
Muy Satisfecha	109	85.8	12	9.4	6	4.8	127	100	0.045
Satisfecha	86	85.1	11	10.8	4	4.1	101	100	
Indiferente	4	66.6	0	0	2	33.3	6	100	
Insatisfecha	14	73.6	1	5.2	4	21.2	19	100	
Muy Insatisfecha	2	66.6	1	33.3	0	0	3	100	
Problemas con la penetración									
Muy Satisfecha	125	98.4	2	1.6	0	0	127	100	0.463
Satisfecha	96	95	5	5	0	0	101	100	
Indiferente	6	100	0	0	0	0	6	100	
Insatisfecha	18	94.7	1	5.3	0	0	19	100	
Muy Insatisfecha	3	100	0	0	0	0	3	100	
Ansiedad Anticipatoria									
Muy Satisfecha	125	98.4	0	0	2	1.6	127	100	0.017
Satisfecha	91	90	9	9	1	1	101	100	
Indiferente	6	100	0	0	0	0	6	100	
Insatisfecha	18	94.7	0	0	1	5.3	19	100	

Muy Insatisfecha	3	100	0	0	0	0	3	100	
------------------	---	-----	---	---	---	---	---	-----	--

Fuente: Elaboración propia



2.9. Aspectos relacionales de la actividad sexual y función sexual.

Al observar los resultados obtenidos en el área de *Iniciativa Sexual*, existe significancia estadística con un p valor =0.00. Aquellas que se encuentran sin problemas de iniciativa el 77.1% están en normofunción frente al 22.8%) se encuentran en el grupo de disfunción. De las mujeres con iniciativa moderada el 52% mantiene una función sexual normal a diferencia de quienes están en rango de disfunción representando un 47.9%. Finalmente quienes refieren ausencia de iniciativa sexual corresponden a 47.3% y 52.6% para el grupo de normofunción y disfunción respectivamente.

En el *Grado de comunicación sexual* también se encontró significancia estadística. Las mujeres que no presentan problemas con la iniciativa corresponden al 75.5% en normofunción y 24.4% con alteración de la función sexual. En la comunicación moderada el mayor porcentaje esta en disfunción con un total del 65,2% frente al grupo de normofunción quienes representan el 34.7%. Por último se detalla que en la ausencia de comunicación igual cantidad de mujeres se encuentra en normofunción y disfunción, 50% para cada grupo.

A continuación en la tabla n°15 se detalla el análisis de las variables iniciativa sexual y grado de comunicación sexual con la función sexual.

Tabla nº15 Análisis de la iniciativa y comunicación sexual con el estado de la función sexual.

Ítem	Normofunción		Disfunción		Total		p-Valor
	n	%	n	%	n	%	
Iniciativa Sexual							
Sin problemas de iniciativa	199	77,1	59	22,8	258	100	0,00
Iniciativa moderada	25	52,03	23	47,9	48	100	
Ausencia de iniciativa	9	47,3	10	52,6	19	100	
Grado de comunicación sexual							
Sin problemas de comunicación sexual	219	75,5	71	24,4	290	100	0,00
Comunicación sexual moderada	8	34,7	15	65,2	23	100	
Ausencia de comunicación sexual	6	50	6	50	12	100	

Fuente: Elaboración propia



2.10. Satisfacción y función sexual.

Al analizar la *Satisfacción con la actividad sexual* con la función sexual, tabla n°16, se encontró significancia estadística, p valor de 0.00. De aquellas mujeres que consideran la actividad sexual satisfactoria, el 77% presenta normofunción. Las cifras disminuyen para aquellas que consideran la actividad sexual moderadamente satisfactoria a un 4.2% en estado de normofunción. No se reportaron casos de insatisfacción.

Para *Satisfacción sexual general* existe significancia estadística en su relación con la función sexual. Un 25.4% de las estudiantes que refirieron satisfacción sexual general padecen disfunción sexual; aquellas con moderada satisfacción sexual general aumentan a 68.4% con disfunción; y por último quienes se encuentra en grado de insatisfacción evidencian igual proporción, 50%, tanto en estado de normofunción como de disfunción.

Tabla n° 16 Análisis del grado de satisfacción sexual y su relación el estados de la función sexual.

Ítem	Normofunción		Disfunción		Total		p. Valor
	n	%	n	%	n	%	
Satisfacción de la actividad sexual							
Satisfactoria	232	77	69	23	301	100	0,00
Satisfacción moderada	1	4.2	23	95.8	24	100	
Satisfacción sexual general							
Satisfacción sexual general	225	74.5	77	25.4	302	100	0,00
Satisfacción sexual general moderada	6	31.5	13	68.4	19	100	
Insatisfacción sexual general	2	50	2	50	4	100	

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

De las 325 mujeres de 18 a 30 años en este estudio, el 71.7% presenta una función sexual normal y un 28.3% reporta alguna disfunción, similar a lo encontrado por Hernández. Y. en 103 estudiantes universitarias de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, cuyas edades estaban comprendidas entre 18 a 30 años. Para ellas el estado de la función sexual era normal en el 75% y presentaban un 25% de disfunción⁶⁸, estas últimas cifras son levemente menores a las encontradas por Singh. J en 311 mujeres en edades entre 16 a 31 años de las cuales el 19.3% informa disfunción sexual, a diferencia del 80.7% quienes tienen una función sexual normal²¹. Otro porcentaje de disfunción parecido al del presente estudio fue encontrado en 149 estudiantes de pregrado entre 18 a 25 años en Brasil, las cuales padecían disfunción sexual en un 28%⁶⁹. Así también la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva en Francia del año 2010, incluyó 2309 individuos con edades comprendidas entre 15-24 años, 842 eran mujeres y reportaban en un 48% disfunción sexual, sin embargo, la muestra es superior al presente estudio⁷⁰.

La disminución del deseo sexual es común entre mujeres de todas las edades y puede tener efectos negativos sobre el bienestar general⁷¹. En relación a este dominio el 5,5% de la muestra presentó disfunción en esta área, siendo un 5,2% y 0.3% trastorno moderado y severo respectivamente. Las cifras mencionadas anteriormente distan de lo observado en Chile en una revisión sistemática donde se incluyeron estudios de corte transversal que hubieran sido publicados entre 2004 y 2014, en estos la disfunción más prevalente fue el deseo con cifras entre el 10.4% al 52%³³.

Respecto a las dificultades con la excitación y la lubricación en estudiantes, otros estudios no han evidenciado prevalencia para la

excitación²¹. Sin embargo, en mujeres de mediana edad se ha encontrado que la frecuencia de problemas para ambos dominios es del 8% a 15%, llegando incluso a cifras entre el 21% y 28%⁷². En el caso de la muestra, para la excitación el 97.8% de la muestra mantiene normofunción, sin embargo, el 1.8% presenta trastorno moderado y el 0.3% trastorno severo. Por otro lado, en el ámbito de la lubricación el 97.2% no informa disfunción y el 2.8% si lo hace.

Entre los factores que se relacionan con una alteración de la función orgásmica están: edad, religión, estrés, drogas, estado civil⁷³. Se evidencia esta disfunción como la más frecuente en un 19.4% subdividiéndose en 12.3% de trastorno moderado y un 7.1%, se observa también que la disfunción disminuye para quienes no poseen pareja. Las cifras encontradas por O'Sullivan son mayores a las del presente estudio con un porcentaje de 59.2% de disfunción orgásmica, cantidad que a diferencia del presente estudio tiende al alza para aquellos que no tengan pareja⁷⁴.

No se encuentran investigaciones en estudiantes universitarias que utilicen el FSM, por lo cual no estudian como tal los dominios “problemas con la penetración” y “ansiedad anticipatoria”. Sin embargo, existe un estudio en Chile realizado en 105 mujeres entre 15 y 49 años. En ellas se encontró para el dominio “problemas en la penetración vaginal” un 7.6% de trastorno moderado y 1% de trastorno severo. Para el dominio “ansiedad anticipatoria” el 10.6% y 1.9% presentan trastorno moderado y severo respectivamente. Al observar los datos obtenidos en esta investigación, en relación a “problemas con la penetración vaginal” el 96% de las estudiantes no reporta alteración, el 4% informa padecer trastorno moderado. No se encontraron casos para el trastorno severo. Por otra parte, respecto a la “ansiedad anticipatoria” el 4.6% de las estudiantes presenta trastorno moderado del dominio, y el 1.5% trastorno severo⁶⁷.

En relación a la práctica sexual más placentera el coito presentó una frecuencia de 59.1%, seguido por la masturbación 24.9%, luego el sexo oral 13.5%. Las prácticas menos frecuentes fueron el sexo anal 1.5% y uso de juguetes sexuales 0.9%. No se encontró significancia estadística entre las prácticas sexuales y la función sexual, sin embargo, existe asociación entre las prácticas sexuales y el dominio problemas con la penetración vaginal. Para dicha área de la función sexual, se evidenciaron mayores cifras de un 20% de disfunción sexual en estudiantes que consideraban como práctica más placentera el sexo anal; disminuye a un 7.7% para la masturbación y a un 1.5% en quienes consideran el coito como práctica sexual más placentera. No se encuentran investigaciones que compraren la función sexual con la práctica más placentera en estudiantes universitarios; sin embargo, una investigación realizada en estudiantes de quinto año universitario reportó que para lograr placer sexual, las mujeres recurren a empleo de juguetes sexuales en un 26,2%, tener relaciones sexuales con una pareja conocida por internet 13,1%; practicar sexo en grupo 3,6% de las mujeres; tener relaciones sexuales virtuales 15,5%; tener relaciones sexuales con una persona desconocida 9,5%; tener relaciones sexuales sadomasoquistas 7,1%; hacer sexo anal 17,9%; hacer sexo oral 35,7% o recurrir a la masturbación 31%⁷⁵.

Respecto a la pareja, el 78.8% de las estudiantes tenía pareja. Las mujeres que no estaban en una relación, presentaban disfunción sexual en un 46.3%, a diferencia de quienes si estaban en una relación y presentaban disfunción sexual en un 23.4%, siendo la relación entre estas variables, estadísticamente significativa. También se encontró significancia estadística entre tener pareja y el dominio del orgasmo. Aquellas mujeres que no tenían pareja presentaban trastorno moderado en 22% y trastorno severo en un 10%, cifras que se observaba disminuidas para quienes estaban en una relación, siendo 9.7% y 6.2% en alteración moderada y severa

respectivamente. Por último, se encontró significancia estadística entre el tiempo en pareja y la función sexual. Se evidenció que aquellas relaciones menores a 1 mes presentaban disfunción en un 57.2% descendiendo hasta un 10.3% para aquellas relaciones de 6 a 12 meses. Sin embargo, se observaba un alza en la disfunción sexual a un 23.3% para aquellas parejas con más de un año de relación. Un estudio realizado a una cohorte de 2612 mujeres estudiantes de medicina de 19 a 29 años, al aplicar el índice de función sexual femenina vía on-line se observó que el estar en una relación estable (mayor a 6 meses) se asoció con un media significativamente más alta en el puntaje total FSFI que no estar en una relación en la cohorte general (28.9 vs. 25.7; $p < 0.001$)⁷⁶. No obstante, según lo explorado por Veltén J. en la función sexual, particularmente en la satisfacción, no existe conexión entre la disfunción y el tiempo que se lleva en pareja⁷⁷.

Según lo encontrado por Muñoz, D, en relación con la pareja se encontró que una mala comunicación o estar insatisfecha con el matrimonio, constituyen un factor de riesgo para desarrollar DSF, mientras que presentar una buena comunicación con la pareja es un factor protector³³. En residentes de medicina también fue encontrado que la comprensión deficiente dentro de la pareja se asocia significativamente con la disfunción sexual⁷⁸. En el presente estudio los menores porcentajes de disfunción sexual se encuentran en aquellas mujeres que están “muy satisfechas” o “satisfechas” con la comunicación en su relación de pareja, siendo las cifras 19.7% y 24.8%. La frecuencia se ve aumentada para quienes se encuentra “indiferentes” y “muy insatisfechas” presentando valores de 33.3%, y en aquellas que se consideran “insatisfechas” se observan valores de 36.8% de disfunción sexual.

En la presente investigación en el ámbito de la satisfacción de la actividad sexual el 77.07% de las mujeres satisfechas presenta una función

sexual normal y el 22.9% disfunción sexual; para aquellas que se encuentran moderadamente satisfechas, asciende considerablemente el porcentaje de disfunción sexual a un 95.8%; no se reportó insatisfacción con la actividad sexual. Por otra parte, en el área de la satisfacción sexual general; quienes informaron estar satisfechas presentan un 74.5% de normofunción y un 25.8% de disfunción sexual. Para las moderadamente satisfechas disminuyen las cifras de normofunción a un 31.5% y la disfunción aumenta a un 68.4%; aquellas estudiantes insatisfechas el 50% está en normofunción y el otro 50% en disfunción sexual. Un estudio realizado en 153 estudiantes mujeres de la Universidad Señor de Sipán midió el nivel de satisfacción de las alumnas declarando que el 34.6 % se posicionaba en un nivel bajo de satisfacción sexual, mientras que el 37.3% y el 26.1% se situaban en niveles medio y alto respectivamente⁷⁹. Otro estudio sobre satisfacción sexual realizado en mujeres entre 18 a 50 años, profesionales y no profesionales. La satisfacción se midió en tres niveles: bajo, promedio y alto. Se encontró que el 13% del grupo de mujeres profesionales que oscilan entre 25 – 29 años alcanza un nivel promedio ; mientras que el 13% de las mujeres no profesionales cuyas edades son 25 – 35 años presentan un nivel bajo de satisfacción sexual. La investigación también concluyó que las mujeres profesionales logran mayor satisfacción sexual que las mujeres no profesionales independientemente de la edad que tengan⁸⁰.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Escases de recursos que permitan establecer diagnóstico clínico e integración de exámenes complementarios.
- Tramitación en la aceptación del proyecto por parte de los distintos Comités de Ética, lo cual resta tiempo para la recogida de información.



CONCLUSIONES

La función sexual de las estudiantes universitarias de las facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería está caracterizada por el predominio de valores en rangos normales. Sin embargo, se advierte un número de estudiantes con disfunción sexual.

La práctica sexual más placentera para las estudiantes fue el coito. Las prácticas sexuales y la función sexual no constituyeron en su relación ser estadísticamente significativas, sin embargo, existe asociación entre las prácticas sexuales y el dominio problemas con la penetración vaginal donde las menores cifras de disfunción se observaron en aquellas estudiantes que consideraban más placentero el coito; por otra parte, quienes presentaban mayor disfunción eran aquellas estudiantes que consideraban como más placentero el sexo anal.

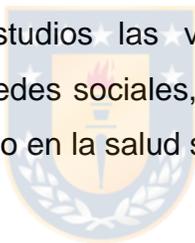
Se encontró asociación entre tener pareja y la función sexual. La menor frecuencia de disfunción sexual se observó en estudiantes que se encontraban con pareja. Respecto al tiempo en una relación se evidenció que quienes presentaban tiempo menores de la relación tendían a presentar mayor disfunción en el dominio "problemas con la penetración". Por último, se observó que no existe asociación entre la comunicación con la pareja y la función sexual, sin embargo, existe asociación entre la comunicación y el dominio del orgasmo. Las estudiantes que se consideraban indiferente e insatisfechas con la comunicación presentaban elevadas cifras de alteración severa para este dominio.

PROYECCIONES

Abrir espacios en la salud pública, particularmente en la atención primaria, que permitan educar y concientizar tanto a profesionales como usuarias respecto de las disfunciones sexuales, reconocerlas como problema de salud y permitir una pesquisa, derivación y tratamiento multidisciplinario temprano.

Crear instancias que permitan a los estudiantes universitarios informarse sobre los impactos de la vida universitaria en la salud sexual, permitiendo así reconocer alteraciones y efectos no deseados.

Por último, continuar con una línea de investigación que permita considerar para futuros estudios las vivencias contemporáneas de la sexualidad, el auge de las redes sociales, accesibilidad y uso desmesurado de la pornografía y su impacto en la salud sexual.



BIBLIOGRAFÍA

1. Tierney. D. Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Seminars in oncology nursing*. 2008;24(2): 71-79
2. Pino C. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Revista de medicina de la Universidad Industrial de Santander*. 2010;23 (2): 135-144.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS.
4. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 19-22 Mayo 2000. Guatemala.
5. Bianco F. Sexología definición y concepto Teoría de la variante fisiológica del sexo y función propuesta. Centro de investigación Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. Caracas-Venezuela. Segunda Versión en Español. Copyright 1991, ISBN: 980-07-0684-4. Disponible en: http://www.cippsv.com/pdfs/Sexologia_definicion_Esp.pdf
6. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston. 1966.
7. Kaplan H. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1977; 3: 3-9.
8. Snarch D. Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy. Departments of Psychiatry and Urology Louisiana State University School of Medicine New Orleans. 1ed. New York: Norton and Company; 1991. p. 127-157.
9. Carrobes J, Sanz A. *Biología y Psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid. Fundación Universidad y Empresa. *Terapia Sexual*. Madrid: Fundación Universidad - Empresa. 1991.

10. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med* 2005; 2: 291-300.
11. Kaplan H. The Sexual Desire Disorders. Disfunctional Regulation of Sexual Motivation. 1ªed. New York: Brunner-Routledge; 1995. p15-24.
12. Gourget I. Comportamiento Sexual Humano. 1ªed. Santiago de Cuba: Zeila Robert Lora; 2008. p. 25.
13. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Ginebra: OMS; 1975. Seria de Informes Técnicos: 572.
14. Uribe JF, Quintero MT, Gómez M. Orgasmo femenino: definición y fingimiento Female orgasm: Definition and fake. *Urología Colombiana*. 2015; 24(2):130-131.
15. Walton B, Thorton T. Female sexual dysfunction. *Curr Womens Health Rep*. 2003;3(4):319-26.
16. Lo SST, Kok WM. Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong. *J Sex Med*. 2014;11:1749–1756
17. Pfaus J. Pathways of Sexual Desire. *J Sex Med*. 2009; (6): 1506–1533.
18. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). 4ª ed. 2000.
19. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, *et al*. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163: 888-93.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. 5a ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
21. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women

- attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med* 2009 Apr-Jun; 55 (2): 113- 20
22. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten. Primaria* 2004; 34 (6): 286-92.
23. Ospino G Ceballos, Barliza De la Rosa A, León L, E. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta. *Psicología del Caribe*. 2008; 22: 50-62.
24. Valenzuela R, Contreras Y, Manríquez K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2014 [citado 2017 Jun 04] ; 79(2): 92-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200005&lng=es.
25. Gorguet I. Principales aspectos psicosociales del comportamiento sexual. *MEDISAN*. 2008; 12 (1).
26. Kingsberg S, Janata J. Female Sexual Disorders: Assessment, Diagnosis, and Treatment. *Urol Clin N Am*. 2007; 34:497-506
27. Clayton A, Hamilton D. Female Sexual Dysfunction. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2009; 36:861-876.
28. Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. *J of Sex Med*. 2008; 5:796-803.
29. Hamilton M, Meston C. Chronic stress and sexual function in women. *J Sex Med*. 2013; 10 (10): 2443-2454.
30. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. 2013; 100 (4): 898-904
31. Bravo C, Carreño J, Corres N, Henales C. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. *Psicología y Salud* 2010; 20(2): 251-260.

32. Ramezani MA, Ahmadi K, Ghaemmaghami A, Marzabadi EA, Pardakhti F. Epidemiology of sexual dysfunction in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2015;6:43.
33. Muñoz D, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Jun 04]; 81(3): 168-180. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es.
34. Acuña A, Ceballos MP, Suárez Beltrán PA. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual femenino. *Urol Colomb.* 2008;17:79-90.
35. Quintero MT, Gómez M, Uribe JF. Perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud. *Urol Colomb.* 2013;22:18-29.
36. Guarín-Serrano R, Cadena-Afanador, L, Mujica-Rodríguez AM, Ochoa-Vera ME, Useche-Aldana B. Prevalence of orgasm in female university students in Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2013; 65(4), 330-337.
37. Armstrong E, England P, Fogarty CK. Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. *American Sociological Review.* June 2012 vol. 77 no. 3 435-462.
38. Ribeiro B, Magalhaes A, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013; 29:16-24.
39. Buste, J. Sexual health matters. *Fertility and Sterility.* 2013; 100 (4): 897.
40. Braga de Lucena B, Najjar C. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento.* 2012; 17 (2): 82-5

41. Díaz N, Ulloa M, Daniel P, Gil P, Cruz W. Sexual dysfunction in a group of women from Güines municipality. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana.* 2014;0(1).
42. Navarro B, Ros L, Latorre J, Escribano J, López V, Romero M. Hábitos, Preferencias y Satisfacción Sexual en Estudiantes Universitarios. *REV Clín Med Fam.* 2010; 3 (3): 150-157.
43. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo, Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012.
44. Mella S Camila, Oyanedel S Juan Carlos, Vargas S Salvador, de Ugarte L Nerea. Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Mar 10] ; 80(4): 289-296. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400003>.
45. Maronesi T. Disfuncoes Sexuais Femininas. Uma Pesquisa Bibliográfica (Tesis). Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande de Sul, Faculdade de Medicina; 2014.
46. Vega G, Jezabel P, Ávila J, Becerril A, Vega A, Camacho N, García P. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2014; 79(2).
47. Vizcaíno MdC. Trastorno orgásmico femenino. Protocolo asistencial. *Revista Sexología y Sociedad.* 2016; 22(2): p. 216- 247.
48. Gallup GG Jr, Ampel BC, Wedberg N, Pogojan A. Do orgasms give women feedback about mate choice?. *Evol Psychol.* 2014 Nov 6; 12(5):958-78.

49. Garcia JR, Lloyd EA, Wallen K, Fisher HE. Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles. J Sex Med. 2014 Nov; 11(11):2645-52.
50. Ahumada S, Lüttges C, Molina T, Torres T. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2014; 25: 278 – 84.
51. Gabilanes P. La Educación Sexual y su Influencia en la Salud Sexual y Reproductiva en los y las Adolescentes del 1º año de Bachillerato de la unidad Educativa Mayro Ambato en la Ciudad de Ambato en la Provincia del Tungurahua. Tesis pregrado. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Universidad Técnica de Ambato. 2015. Disponible en: <http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12781/1/FCHE-PSEP-124.pdf>
52. Organización Mundial de la Salud. La Salud de los Jóvenes: Un desafío para la sociedad. Ginebra: OMS; 2000. Serie de informes técnicos: 731.
53. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. [Internet]. Nueva York, Chile: Población Mundial en el 2017. [Citado el 12 de Noviembre del 2017]. Disponible desde: <http://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>
54. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2016: Una oportunidad para cada niño. 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
55. Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadística, 2017. Disponible en: https://www.ine.cl/canales/chiel_estadístico/familias/demograficas_vital_es.php

56. Gobierno de Chile. Consejo Nacional de Educación. Índice Tendencias Educación Superior, 2017. Disponible en: https://www.cned.cl/sites/default/files/tendencias_matricula_pregrado_2017.pdf
57. Saeteros Hernández. RdC., Perez Piñeros. J., Sanabria Ramos. G. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(5):915-928.
58. Shindel A, Ando K, Nelson C, Breyer N, Lue T, Smith J. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality in clinical practice. Acad Med. 2010; 85:1321–30.
59. Shindel A, Breyer N, Smith J. Associations of desire for change in sexual life amongst female medical students in North America. Int J Impot Res. 2013; 25(2): 74–79.
60. Muise A, Giang E, Impett EA. Post Sex Affectionate Exchanges Promote Sexual and Relationship Satisfaction. Archives of Sexual Behavior. 2014;43(7): 1391-1402.
61. Rodríguez OR. Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. Pensamiento Psicológico. 2010;7(14): 41-52
62. Thompson AE, Byers ES. Heterosexual Young Adult's Interest, Attitudes, and Experiences Related to Mixed-Gender, Multi-Person Sex. Archives of Sexual Behavior. 2017;46(3): 813-822
63. Blanc A, Rojas A. Comportamientos sexuales convencionales, en solitario, a través de las TIC y no convencionales en jóvenes heterosexuales. Revista Española Comunicar Salud 2017, 8(2), 207 – 218
64. Rios-González. CM, Verón-Mellid FG, De Benedictis-Serrano GA, Flores-Enríquez J, Chirino-Caicedo AD. Prácticas de riesgo para transmisión de VIH en estudiantes de medicina de Latinoamérica y el

Caribe, 2017. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2018;16(2): 49-54

65. Robyn L, Michael P. Carey Prevalence and Characteristics of Sexual Hookups Among First Semester Female College Students. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2010;36(4): 346-359.
66. Dávila O, Goicovic I. Jóvenes y trayectorias juveniles en Chile. Escenarios de inclusión y exclusión. *Jóvenes, Revista de Estudios sobre Juventud*. 2002; 6(17):8-55.
67. Oelrich P. Evaluación de la Función Sexual en Mujeres en edad Reproductiva. Tesis pregrado. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. 2006. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmo.28e/sources/fmo.28e.pdf>
68. Hernández Y, Altamirano J, Román C, Barros S, Coronel H. Función Sexual Femenina en las Estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2017; 20(3): 233-252.
69. Satake J, Pereira T, Aveiro M. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Nov 28]; 136(4): 333-338. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802018000400333&lng=en. Epub Aug 13, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0005240418>.
70. Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1170.
71. Kingsberg S, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol*. 2015;125:477-86
72. Blümel J, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinoza MT, Flores D, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima

- S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Vallejo S, Tserotas K. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009;16(6):1139-48.
73. Rellini AH, Clifton J. Female orgasmic disorder. *Adv. Psychosom Med*. 2011;31:35-56.
74. O'Sullivan L, Byers E, Brotto L, Majerovich J, Fletcher J. A Longitudinal Study of Problems in Sexual Functioning and Related Sexual Distress Among Middle to Late Adolescents. *J Adolesc Health*. 2016;59(3):318-324.
75. García G. Percepción del Placer Sexual en los y las Estudiantes del Quinto Año de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2010. *Revista Médica Basadrina*. 2013; 7(2):31-34
76. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Schönfisch B, Mueck AO, Bitzer J, Zipfel S, Brucker SY, Wallwiener S, Taran FA, Wallwiener M. Sexual function, contraception, relationship, and lifestyle in female medical students. *Journal of Women's Health*. 2017;26(2): 169-177.
77. Velten J, Margraf J. Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLoS One*. 2017;12(2) : e0172855.
78. Fekih-Romdhane F, Ben-Zida a, Ridhaa R, Masmoudi J, Cheour M. Évaluation de la fonction sexuelle dans un groupe de résidentes en médecine mariées. *Sexologies*. 2019; 28(1):31-42
79. Barretos J, Coico G. Satisfacción Sexual y Apego Adulto en Mujeres Estudiantes de una Universidad Privada, Chiclayo. Tesis para optar al Título profesional de Licenciada en Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Señor de Sipán. 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4238/Barreto%20Sandoval%20-%20Coico%20Honorio%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

80. Dávila del Castillo G, Guerra E. Satisfacción sexual en mujeres profesionales y no profesionales de la Ciudad de Tarapoto, 2017. Tesis para optar al grado profesional de Psicólogo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana Unión. 2017. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1058/Gianella_tesis_Bachiller_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y



ANEXOS

Anexo n°1: Variables

Anexo n°1.1: Cuadro de variables según definición conceptual, operacional y dominio.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dominio o indicadores
Edad	Con origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años de vida	Perfil Sociodemográfico
Estado civil	El código civil Chileno, en el artículo 304 define como: <<.la calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civil>>	Soltera Casada Conviviente Viuda	Perfil Sociodemográfico

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Facultad Carrera Año de estudio	Perfil Sociodemográfico
Religión	Según la RAE, corresponde a un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Si No ¿Cuál?	Perfil Sociodemográfico
Número de hijos	Cantidad numérica de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva	Cantidad en número de hijos	Antecedentes Ginecoobstétricos
Edad de inicio de la vida sexual	Edad en años en que se inicia la actividad sexual.	Años de vida al inicio de la actividad sexual.	Antecedentes Ginecoobstétricos
Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas sexuales en un tiempo determinado	Cantidad en número de parejas sexual.	Antecedentes Ginecoobstétricos

<p>Método anticonceptivo</p>	<p>Conjunto de prácticas utilizadas para la planificación familiar.</p> <p>Existen diversos métodos, se puede clasificar en tres grandes áreas: hormonales, de barrera y naturales.</p> 	<p>Coito interrumpido Condón Masculino Condón femenino Diafragma Píldoras Inyectable Por calendario Temperatura basal Método de Billings Dispositivo intrauterino Otro Ninguno</p>	<p>Antecedentes Mórbitos</p>
<p>Enfermedades</p>	<p>Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.</p>	<p>¿Cursa actualmente alguna enfermedad?</p>	<p>Antecedentes Mórbitos</p>

		Indique enfermedad que tiene.	
Fármacos/Medicamentos	Fármaco, sustancia química que se utiliza para el tratamiento, cura, prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado.	Si No ¿Cuáles?	Antecedentes Mórbitos
Presencia de Pareja	Relación de dos personas con estabilidad por más de 6 meses.	Si No	Relación de pareja
Satisfacción con la comunicación en la relación	Comunicación viene del latín “com” que significa unir, o conjuntar, y “munus” que se traduce por oficio u obra. Por lo tanto comunicación es compartir algo conjuntamente, en este caso información. En lo que a la pareja respecta, es el vehículo que permite consolidar los vínculos en la relación.	Muy insatisfecha Insatisfecha Indiferente Satisfecha Muy satisfecha	Relación de pareja

Percepción calidad de la relación	Calidad en la pareja se define como la valoración, satisfacción o conformidad de las necesidades de cada miembro y las necesidades propias de la relación.	Muy mala Mala Regular Buena Muy buena	Relación de pareja
Función sexual	Corresponde a la respuesta fisiológica, física psicoemocional frente estímulos sexuales. 	Orgasmo Deseo sexual Lubricación Excitación Problemas en penetración Ansiedad anticipatoria	Función sexual
Orgasmo	Es un placer intenso, fulminante que se alcanza con fuerza tras un período de excitación. Es el gozo más intenso que puede alcanzar el ser humano. A continuación, le sigue un momento de calma, felicidad y relajación.	Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre- siempre	Función sexual.

Anorgasmia	Inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo.	Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre- siempre	Función sexual.
Deseo sexual	Con origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre- siempre	Función sexual.
Lubricación	Manifestación característica de la excitación sexual femenina. Es producida por un incremento en la producción de la secreción vaginal secundario a un aumento de la dilatación de los plexos vasculares subepiteliales.	Nunca. Raramente. A veces. A menudo. Casi siempre- Siempre.	Función sexual.

Excitación	Sensación subjetiva de placer, que se acompaña de cambios fisiológicos, mediados particularmente por la vasocongestión e hipertonía muscular. En la mujer, la vasocongestión pélvica produce lubricación vaginal y tumefacción de los genitales externos	Nunca Raramente A veces A menudo Casi siempre- siempre	Función sexual.
Problemas con la penetración/vaginismo	Disfunción sexual caracterizada por un espasmo involuntario de la musculatura que rodea la vagina al intentar el coito y que imposibilita la penetración.	Casi siempre- Siempre. A menudo. A veces. Raramente. Nunca. Por sentir dolor. Por miedo a la penetración. Por falta de interés para la penetración. No tener Pareja	Función sexual.

		Sexual. Incapacidad para la penetración por parte de su pareja.	
Ansiedad Anticipatoria	La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome frente a eventos futuros.	Casi siempre- Siempre. A menudo. A veces. Raramente. Nunca.	Función sexual.
Satisfacción de la actividad sexual.	Evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual. Grado de bienestar y plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual.	Insatisfacción. Satisfacción moderada. Satisfactoria.	Percepción de la Satisfacción sexual.

Frecuencia Actividad Sexual.	Número de veces que se tiene actividad sexual en un tiempo determinado.	De 1-2 veces. De 3-4 veces. De 5-8 veces. De 9-12 veces. Más de 12 veces.	Interés en la actividad sexual.
Tipo de práctica sexual	Una relación sexual es el conjunto de comportamientos que realiza a sí mismo o con otras personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.	Masturbación Coito Sexo Anal Sexo Oral	Actividad Sexual
Comunicación Sexual	Acción de comunicar o comunicarse en relación a la vida sexual	Ausencia de comunicación sexual. Comunicación sexual moderada. Sin problemas de Comunicación sexual	Aspectos relacionales de la actividad sexual

Anexo nº1.2: Cuadro de variables clasificada según su tipo.

Nombre de la variable	Dependiente / Independiente	Cuantitativa / Cualitativa	Tipo de variable	Categórica / niveles / jerarquía	Dicotómica/ Politómica	Escala de Medición
Edad.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	_____	_____	Intervalar
Estado civil.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Categórica	Politómica	Nominal
Escolaridad	Independiente	Cualitativa	Nominal	Categórica	Politómica	Nominal
Religión	Independiente	Cualitativa	Nominal	Categórica	Dicotómica	Nominal
Tiempo en pareja	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Categórica	Dicotómica	Nominal
Número de hijos	Independiente	Cuantitativa	Discreta	_____	_____	Intervalar
Edad de inicio de la vida sexual	Independiente	Cuantitativa	Discreta	_____	_____	Intervalar
Número de parejas sexuales	Independiente	Cuantitativa	Discreta	_____	_____	Intervalar
Método anticonceptivo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Categórica	Politómica	Nominal
Enfermedades	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Categórica	Dicotómica	Escala

						ordinal
Fármacos /Medicamentos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Categórica	Dicotómica	Escala
Satisfacción con la comunicación en la relación	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Percepción calidad de la relación	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Función sexual	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Orgasmo.	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Anorgasmia.	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Deseo sexual	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Lubricación	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Excitación	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Problemas con la penetración	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert

Ansiedad anticipatoria	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Satisfacción de la actividad sexual.	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert
Frecuencia de Actividad sexual.	Dependiente	Cuantitativa	Ordinal	Categoría	Politómica	Intervalar
Práctica sexual	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Categórica	Politómica	Nominal
Comunicación sexual	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Jerarquía	Politómica	Likert

Anexo nº2: Instrumento

Anexo nº2.1: Cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

I Parte: a continuación se realizarán 9 preguntas en relación al perfil sociodemográfico.

1-Edad: _____

2-NUMERO DE HIJOS: _____

3-ESTADO CIVIL

01. Soltera

02. Casada

03. Conviviente

04. Unión civil

05. Viuda

06. Otra Especifique:_____



4-FACULTAD

01. Farmacia.

02. Enfermería.

03. Medicina.

5-CARRERA

01. Fonoaudiología

02. Kinesiología

03. Obstetricia y Puericultura

04. Medicina

05. Tecnología Médica

- 06. Enfermería
- 07. Nutrición y Dietética
- 08. Química y Farmacia
- 09. Bioquímica

6-AÑO DE CARRERA

- 01. Primer año
- 02. Segundo Año
- 03. Tercer Año
- 04. Cuarto Año
- 05. Quinto Año
- 06. Sexto año
- 07. Séptimo año

7-¿ACTUALMENTE TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?

- 01. Si Indique que enfermedad le fue diagnosticada:_____
- 02. No

8-¿ACTUALEMNTE CONSUME UD. ALGÚN MEDICAMENTO? SI LA RESPUESTA ES “SI”, INDIQUE CUALES.

- 01. SI ¿CUALES?_____
- 02. No

9-¿TIENE UD. ALGUNA RELIGIÓN? SI LA RESPUESTA ES “SI” INDIQUE CUAL.

- 01. Si ¿CUAL?_____
- 02. No

II Parte: Las siguientes 9 preguntas tienen relación con la presencia de pareja, su percepción en relación a la pareja y las prácticas sexuales.

1-EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL:_____

2-NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO: _____

3- ACTUALMENTE ¿TIENE PAREJA? **SI LA RESPUESTA ES “NO” PASE A LA PREGUNTA 8**

- 01. Si
- 02. No

4- INDIQUE EL TIEMPO QUE LLEVA CON SU PAREJA

- 01. < 1Mes
- 02. 1 A 5 Meses
- 03. 6 -12 Meses
- 04. > 1 año



5- SEÑALE EL SEXO DE SU PAREJA

- 01. Hombre
- 02. Mujer

6- SEGÚN SU PERCEPCIÓN, ¿COMO CALIFICARÍA SU RELACIÓN DE PAREJA?

- 01. Muy mala
- 02. Mala
- 03. Regular
- 04. Buena
- 05. Muy buena

7- SEGÚN SU PERCEPCIÓN, ¿CUÁN DE SATISFECHO SE SIENTE CON LA COMUNICACIÓN EN SU RELACIÓN?

01. Muy insatisfecha
02. Insatisfecha
03. Indiferente
04. Satisfecha
05. Muy Satisfecha

8-¿CON CUAL DE LAS SIGUIENTES PRÁCTICAS SEXUALES EXPERIMENTA MAYOR PLACER?

01. Masturbación
02. Coito
03. Sexo anal
04. Sexo oral
05. Juguetes sexuales



9- SEÑALE EL PRINCIPAL METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZA:

01. Condón masculino
02. Condón femenino
03. Píldoras
04. Inyectable
05. Dispositivo Intrauterino
06. Implante subdérmico
07. Otro
08. Ninguno

Anexo nº2.2: Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer –FSM-

Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?	Si.
	<u>Nota informativa:</u> La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....	No.

Si la respuesta es “Sí” complete el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

Ítems	Ítem	Respuesta	
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de	Nunca.	

2	realizar algún tipo de actividad sexual?	Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	Casi siempre-Siempre.	
		Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente	Nunca.	



5	¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre-Siempre.	
		A menudo.	
		A veces.	
		Raramente.	
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <u>Instrucciones:</u> no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b.	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las	Por sentir dolor.	

7b	<p>últimas 4 semanas?</p> <p><u>Instrucciones:</u> responder esta pregunta sólo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</p>	Por miedo a la penetración.	
		Por falta de interés para la penetración.	
		No tener Pareja Sexual.	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja.	
8	<p>Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?</p>	Casi siempre-Siempre.	
		A menudo.	
		A veces.	
		Raramente.	
9	<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?</p>	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	

		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <u>Nota informativa:</u> el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces.	
		De 3 a 4 veces.	
		De 5 a 8 veces.	

		De 9 a 12 veces.	
		Más de 12 veces.	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca.	
		Raramente.	
		A veces.	
		A menudo.	
		Casi siempre-Siempre.	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las Últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha.	
		Bastante insatisfecha.	
		Ni satisfecha ni insatisfecha.	
		Bastante satisfecha.	
		Muy satisfecha.	

Anexo nº2.3 Instrucciones para el profesional

Población diana: Población general mujer. Se trata de una escala auto-administrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Su interpretación atiende a las siguientes consideraciones:

	Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)	Ítems	Puntuación total	Interpretación
Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual.	1-Deseo.	1, 2,4	1-3	Trastorno Severo.
			4-7	Trastorno Moderado.
			8-15	Sin Trastorno.
	2-Exitación.	3, 4, 5	1-3	Trastorno Severo.
			4-7	Trastorno Moderado.
			8-15	Sin Trastorno.
	3-Lubricación.	5	1	Trastorno Severo.
			2	Trastorno Moderado.
			3-5	Sin Trastorno.
	4-Orgasmo.	9	1	Trastorno Severo.

			2	Trastorno Moderado.
			3-5	Sin Trastorno.
	5-Problemas con la penetración Vaginal.	6, 7 ^a , 8	1-3	Trastorno. Severo.
			4-7	Trastorno Moderado.
			8-15	Sin Trastorno.
	6-Ansiedad Anticipatoria.	8	1	Trastorno Severo.
			2	Trastorno Moderado.
			3-5	Sin Trastorno.
Evalúan aspectos relacionales de la actividad Sexual.	7-Iniciativa Sexual.	10	1	Ausencia de iniciativa.
			2	Iniciativa moderada.
			3-5	Sin problemas de iniciativa.
	8-Grado de comunicación sexual.	11	1	Ausencia de comunicación sexual.
			2	Comunicación sexual moderada.
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual.
Evalúan satisfacción	9-Satisfacción de la actividad sexual.	9,13	1-2	Insatisfacción.
			3-5	Satisfacción moderada.

sexual.			6-10	Satisfactoria.
	10-Satisfacción sexual general.	14	1	Insatisfacción sexual general.
			2	Satisfacción sexual general moderada.
			3-5	Satisfacción sexual general.

	Dominios descriptivos.	Ítems	Información Complementaria
Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual.	11-Actividad sexual sin penetración vaginal.	7b	<ul style="list-style-type: none"> a) Dolor. b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal. d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja.
	12-Frecuencia Actividad Sexual.	12	<ul style="list-style-type: none"> a) 1-2 veces. b) De 3 a 4 veces. c) De 5 a 8 veces. d) De 9 a 12 veces.

			e) Más de 12 veces.
	13-Existencia o no de pareja sexual.	11	a) Si. b) No.



Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

- a. **Dominio “Grado de comunicación sexual”:** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.
- b. **Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”:** Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Nota: El cuestionario consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en los dominios DEAS: incluye 11 preguntas que se puntúan de 1 a 5. Las otras 4 corresponden a los dominios descriptivos que permiten reconocer características importantes de este estado vital como la frecuencia de la actividad sexual, y otras esenciales para el diagnóstico de disfunción en la encuestada¹⁹

La medición de la función sexual, se realiza en concordancia a las puntuaciones establecidas, para cada dominio y su expresión es porcentual considerando para 5 puntos 100% del ítem (pregunta) lo cual indica la proporción del máximo esperado por dominio._Del total obtenido de las respuestas a cada una de las proposiciones incluidas en la descripción del

instrumento, se instruye a diagnosticar la presencia de disfunción sexual si el valor porcentual, al menos en uno de los 6 primeros DEAS, es ≤ 50 .



Anexo nº3 Ficha informativa para participar en estudio de investigación on-line

Estimada Estudiante,

Somos investigadores pertenecientes al programa de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Concepción. En este marco estamos realizando un estudio sobre la Función Sexual de Mujeres Universitarias y su Asociación con las Prácticas Sexuales y la Relación de Pareja.

Los participantes de este estudio pertenecerán a las Facultades de Medicina, Enfermería y Farmacia. La participación es absolutamente voluntaria y usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes. ¿Quiénes pueden participar? Mujeres de 18 a 30 años, sexualmente activas en las últimas 4 semanas (ya sea en pareja o prácticas autoeróticas). Debido a las características del estudio no es posible participar si se tienen hijos menores a 6 meses o se cursa un embarazo.

Esta investigación consistirá en la aplicación de una encuesta, que incluirá una serie de preguntas sobre su sexualidad, antecedentes gineco-obstétricos, función sexual, pareja y perfil sociodemográfico.

El participar traerá consigo la posibilidad de conocer su función sexual para lo cual, si lo desea, podrá contactarse con la investigadora por medio del correo que se entregará en la encuesta.

Los datos personales y respuestas entregadas por usted serán manejadas en la más absoluta confidencialidad sin perjuicio de su persona. Para acceder al consentimiento informado y encuesta debe entrar al siguiente link: [https://es.surveymonkey.com/r/Funcion Sexual](https://es.surveymonkey.com/r/Funcion_Sexual)

Anexo nº4: Consentimiento Informado on-line

Declaro haber leído conscientemente la información proporcionada sobre la investigación titulada “Función Sexual de Mujeres Universitarias y su Asociación con las Prácticas Sexuales y la Relación de Pareja”. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Celeste Villalobos Lermada, Matrona y Candidata del programa de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Concepción, bajo la tutela del docente Jaime Parra Villarroel, Matrón y Magíster en Salud Reproductiva del mismo centro de estudios.

Se me informó que el propósito de este estudio es: Conocer la asociación entre la función sexual de estudiantes universitarias con sus prácticas sexuales y su relación de pareja.

He accedido a responder a encuesta cuya duración aproximada es de 10 minutos, donde encontraré preguntas sobre sexualidad, antecedentes gineco-obstétricos, función sexual, pareja y perfil sociodemográfico.

Tengo claro que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, anónima y que puedo retirarme en cualquier momento y que hacerlo no me afectará de forma alguna. La información que se obtenga al finalizar el estudio será de tipo confidencial y no será utilizada para ningún propósito fuera de los límites de esta investigación. Una vez finalizado el estudio, si estoy interesada me podrán hacer llegar un resumen de los resultados.

Estoy consciente que si tengo duda sobre el proyecto en cualquier momento puedo hacer preguntas como lo desee al siguiente email: cevillalobos@udec.cl o al teléfono +56985958435. De la misma manera, si presento dudas con respecto a mis derechos como participante

de este estudio puedo contactarme con el Comité de Ética Científico presidido por la Dra. Isabel Cottin Carrazana.

Al presionar aceptar consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

¿Acepta participar de este estudio?

1. Si.
2. No.



Anexo nº 5: Autorizaciones Comités Éticos Científicos



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, 30 noviembre de 2017

CEI 19

Estimada
Celeste Villalobos Lermanda
Alumna Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Investigación, titulado "**Función sexual de mujeres universitarias y su asociación con las prácticas sexuales y la relación de pareja**" del equipo liderado por usted, y cuyo profesor tutor es el Profesor Jaime Parra Villarroel del Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción

Le enviamos nuestras observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos:

1. **Valor científico o social:** este estudio pretende conocer la asociación entre la función sexual de mujeres universitarias con sus prácticas sexuales y su relación de pareja.
2. **Validez científica:** el equipo investigador utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. Fundamenta adecuadamente el diseño metodológico; explicita las variables y unidad de análisis; las técnicas de recolección de información, el procesamiento y análisis de los datos son coherentes con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** la condición de los casos se ajusta a los propósitos de la investigación.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** no existen riesgos asociados a este estudio.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** Adjunta formulario de consentimiento informado y la ficha de información al participante que incluye casi todos elementos de las recomendaciones internacionales: incluye voluntariedad y confidencialidad de



Par el desarrollo libre del espíritu

Edificio Facultad de Medicina • Fono (56-41) 220 4935 • Casilla 160 C • Ciudad universitaria • Concepción • e-mail edc@uoc.cl



participación; posibilidad de retiro del estudio en cualquier etapa de éste; mecanismos de entrega de información durante el curso de la investigación y a su término en caso de ser solicitado; e información de contacto de una investigadora del estudio.

7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta la confidencialidad de las participantes y el principio de autonomía mediante el proceso de consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA**.

Dra. Isabel Cottin Carrazana
Presidenta del Comité de Bioética
Facultad de Medicina
isacottin@udec.cl

Dra. Mercedes Carrasco Portiño
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina
mecarrasco@udec.cl



CC: Dr. Aldo Vera. Director de Investigación.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS**, titulado: **"FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES UNIVERSITARIAS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y LA RELACIÓN DE PAREJA"** postulado por la **Matrona SRTA. CELESTE JEDIDA VILLALOBOS LERMANDA**, en calidad de candidata al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva, junto a su Profesor Guía, el **Matrón Sr. Jaime Parra Villarroel**, docente del Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas, procedimientos éticos y los principios bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

La presente propuesta de Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, tiene como objetivo conocer la asociación entre la función sexual de mujeres universitarias con sus prácticas sexuales y su relación de pareja. Para ello propone, inicialmente, describir el perfil sociodemográfico del grupo en estudio y caracterizar la función sexual de la mujer. Después, con estos resultados pretende determinar la relación entre el estado de la función sexual y las prácticas sexuales, así también la relación entre el estado de la función sexual y la relación de pareja. En el punto "METODOLOGÍA" se describe con detalle, los criterios de inclusión y exclusión que serán aplicados para que las participantes del estudio se hagan parte, o no, de esta investigación. También describe que la recopilación de los datos se realizará con el instrumento autoaplicado vía *online* en el programa de encuestas "Survey Monkey". En este mismo programa será aplicado el documento de Consentimiento Informado, siguiendo el modelo de documento presentado y aprobado por este Comité, adoptando el sistema de "Acepto" o "No acepto" para la validez del consentimiento de cada participante. Los datos obtenidos serán traspasados a una base de datos de Excel, los cuales serán procesados en programas estadísticos mediante pruebas adecuadas a este tipo de estudio.





Universidad de Concepción

La custodia de toda la información y de los resultados del estudio que se propone será responsabilidad de la Investigadora Responsable, la Matrona Celeste Jedida Villalobos Lermenda.

La ejecución del Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en el estudio, garantizando la libertad, la autonomía, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N°. 20.584, que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" y la Ley n° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada".

En atención a lo anterior y dado que el proyecto de tesis presentado no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria y los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010), este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.



DR. JOSÉ BECERRA ALLENDE
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Concepción, Abril, 3, de 2018

Ref. Resolución N° 039-18

Srta.
Celeste Villalobos Lermenda
Tesisista Programa Magister en Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de la segunda versión de su Proyecto de Investigación, titulado "Función Sexual de Mujeres Universitarias y su Asociación con las Prácticas Sexuales y la Relación de Pareja", enviado al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Luego de revisar las enmiendas realizadas al proyecto en su totalidad, incluidos los anexos, en base a las consideraciones de este Comité, la conclusión es:

Proyecto aprobado para ser realizado.

Quedando a su disposición, se despide atentamente,




Dra. Olivia Sahuéza Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

cc: Prof. Jaime Parra Prof. Guía Tesis Programa Magister en Salud Sexual y Reproductiva,
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2018.

Anexo nº 6 : Autorizaciones Decanos



CARTA RESPALDO DECANOS
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Concepción, enero del 2018

Dr. José Becerra A.
Presidente Comité Ético Científico
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Universidad de Concepción

En mi calidad de Decano de la Facultad de Medicina declaro, en relación al proyecto de investigación titulado: "Función Sexual de Mujeres Universitarias y su Asociación con las Prácticas Sexuales y la Relación de Pareja", que:

- Certifico que la Matrona Celeste Villalobos Lermanda tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en esta Facultad.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto, por lo cual el instrumento será enviado a las alumnas por medio de su correo institucional.

En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestra Facultad y estoy de acuerdo con que sea presentado al Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo para su revisión y aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Nombre Decano: Dr. Raúl González Ramos

Firma del Decano: _____

Fecha: _____





CARTA RESPALDO DECANOS
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Concepción, enero del 2018

Dr. José Becerra A.
Presidente Comité Ético Científico
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Universidad de Concepción

En mi calidad de Decano de la Facultad de Farmacia declaro, en relación al proyecto de investigación titulado: "Función Sexual de Mujeres Universitarias y su Asociación con las Prácticas Sexuales y la Relación de Pareja", que:

- o Certifico que la Matrona Celeste Villalobos Lermada tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- o Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- o Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en esta Facultad.
- o Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto, por lo cual el instrumento será enviado a las alumnas por medio de su correo institucional.

En consecuencia, otorgo el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestra Facultad y estoy de acuerdo con que sea presentado al Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo para su revisión y aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Dr. Ricardo Godoy R.
DECANO
Facultad de Farmacia

