

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL EN
MUJERES JÓVENES EN EL AÑO 2019**

PRESENTADO POR
BACHILLER GUTIERREZ RODRIGUEZ, MARIA VANESSA

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA**

ASESOR
J. Antonio Grandez Urbina MD MSc

LIMA, PERÚ
2021

AGRADECIMIENTO

A Dios que me ha guiado mi camino durante toda la carrera

A mis padres y hermanos que son el motivo para continuar esforzando cada día

A los médicos docentes que compartieron su sabiduría, para formarme como profesional

Finalmente agradezco a todas las personas que no permitieron que me rindiera

DEDICATORIA

*Este trabajo es dedicado a mis padres
por el sacrificio durante todos estos
años*

*A mis hermanos que me permitieron
ser su ejemplo a seguir*

*Y a quien estuvo junto a mí durante 5
años*

RESUMEN

Objetivos: Determinar la asociación de los factores psicológicos con la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal. La muestra final estuvo conformada por 393 mujeres jóvenes sexualmente activas de 18 a 29 años de la Universidad Ricardo Palma. Para la recolección de la información se utilizó los cuestionarios validados: Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), previo consentimiento informado.

Resultados: Se halló que el 62.1% de las mujeres jóvenes universitarias tiene disfunción sexual; además, las mujeres con depresión y ansiedad tienen prevalencias de disfunción del 74.7% y 72.6%, respectivamente. En el análisis bivariado se encontró que los factores ansiedad y depresión están asociados a mayor prevalencia de disfunción sexual; también se halló asociación con las variables haber desaprobado cursos, tener pareja sexual y estado civil- soltera. Por último, en el análisis multivariado se confirma que la depresión es un factor asociado, siendo, la prevalencia de disfunción sexual 2.31 veces mayor en las mujeres con depresión ($RP_a = 2.31$; $IC_{95\%} = 1.50-3.55$; $p < 0.001$); además, la prevalencia es 0.82 y 0.79 veces menor en las mujeres con pareja sexual ($RP_a = 0.82$; $IC_{95\%} = 0.72-0.94$; $p < 0.001$) y que desaprobaron cursos ($RP_a = 0.79$; $IC_{95\%} = 0.69-0.91$; $p < 0.001$); por el contrario, la variable ansiedad ($RP_a = 1.50$; $IC_{95\%} = 0.97-2.31$; $p = 0.07$) y estado civil-soltera ($RP_a = 1.51$; $IC_{95\%} = 0.91-2.50$; $p = 0.11$) no fueron estadísticamente significativos en este análisis.

Conclusiones: La depresión es un factor asociado a disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias

Palabras clave: Ansiedad, depresión, disfunción sexual femenina

ABSTRACT

Aims: To determine the association of psychological factors with the presence of sexual dysfunction in young university women in 2019.

Materials and methods: Quantitative, observational, analytical, cross-sectional study. The final sample consisted of 393 sexually active young women aged 18-29 years from the Ricardo Palma University. Validated questionnaires were used for data collection: Female Sexual Function Index (FSFI) and Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS), with prior informed consent.

Results: It was found that 62.1% of young university women had sexual dysfunction; in addition, women with depression and anxiety had prevalence's of dysfunction of 74.7% and 72.6%, respectively. In the bivariate analysis, it was found that the factors anxiety and depression are associated with a higher prevalence of sexual dysfunction; an association was also found with the variables having failed courses, having a sexual partner and marital status - single. Finally, the multivariate analysis confirmed that depression is an associated factor, with the prevalence of sexual dysfunction being 2.31 times higher in women with depression (RPa= 2.31; 95%CI=1.50-3.55; p<0.001); in addition, the prevalence is 0.82 and 0.79 times lower in women with a sexual partner (RPa= 0. 82; CI95%=0.72-0.94; p<0.001) and who disapproved courses (RPa= 0.79; CI95%=0.69-0.91; p<0.001); on the contrary, the anxiety variable (RPa= 1.50; CI95%=0.97-2.31; p=0.07) and marital status-single (RPa= 1.51; CI95%=0.91-2.50; p=0.11) were not statistically significant in this analysis.

Conclusions: Depression is a factor associated with sexual dysfunction in young college women.

Key words: Anxiety, depression, female sexual dysfunction

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Línea de Investigación	9
1.5 Objetivos de la investigación.....	9
1.5.1 General.....	9
1.5.2 Específico.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.1.1 Antecedentes Internacionales	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definiciones de conceptuales	20
Capítulo III: HIPOTESIS Y VARIABLES	21
3.1 HIPOTESIS	21
3.2 Hipótesis General.....	21
3.3 Hipótesis Específicas.....	21
3.2 Variables principales de investigación.....	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Tipo y diseño de estudio	22
4.2 Población.....	22
4.3 Muestra	22
3.3.1 Tamaño muestral.....	22
3.3.2 Tipo de muestreo	23
3.3.3 Criterios de selección de la muestra.....	23
4.4 Operacionalización de variables.....	23
4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	23
4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis.....	23
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
5.1 Resultados	26
5.2 Discusión	31
CAPITULO VI: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	34
6.1 Conclusiones	34
6.2 Recomendaciones	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	40
Anexo 1. Operacionalización de variables.....	40
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	42

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en La Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»¹

Esta pérdida de bienestar puede traer consigo distintos trastornos como la depresión, la ansiedad y la disfunción sexual.

La depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad, sobre todo entre las mujeres.¹ Además, la proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%, siendo la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales, algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada.²

En cuanto al trastorno de ansiedad la prevalencia actual global es de 7,3% (4,8-10,9%) y osciló entre el 5,3% (3,5-8,1%) en las culturas africanas, el 10,4% (7,0-15,5%) en las culturas Euro / Anglo ³ y (3,4%) en América Latina y el Caribe.² En este último se obtuvo que Brasil mostraba la prevalencia más alta de trastornos de ansiedad, seguida por el de Estados Unidos; según los datos obtenidos de 7 estudios.⁴

La disfunción sexual femenina se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida. En un artículo de revisión de 15 estudios de diversos países, se obtiene como resultado que la prevalencia de disfunción sexual femenina es de 5,5 a 73,2% y el dominio que presentó mayor prevalencia de disfunción entre los estudios fue el de deseo, seguido del dominio de orgasmo.⁵ Así mismo, la disfunción sexual tiene efectos sobre la calidad de vida, la cual se define como condiciones de vida establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general.⁶ Por lo tanto, cualquier cambio indeseable o perjudicial en el rendimiento sexual pueden reflejar problemas en todos los campos relacionados con la calidad

de vida y los aspectos psicosociales, que puede causar síntomas físicos, emocionalidad y sensibilidad, confianza en sí mismo, autopercepción, sentirse sano, satisfacción con la vida y comunicación social.⁷

En Perú, según los estudios epidemiológicos realizados por el INSM entre los años 2003 al 2014 las prevalencias anuales de trastornos mentales más altas se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades. Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa presentan prevalencias mayores que el promedio.⁸

Y en la población de Lima y el Callao la prevalencia de trastornos mentales asciende al 28.5%. Supera en 8 puntos a la encontrada en las quince ciudades estudiadas por la OMS. Más de uno por cada cuatro habitantes de la ciudad han padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida. Siendo la incidencia en mujeres de una por cada tres (30.25%). Al observar la incidencia en cada tipo de padecimiento mental la encuesta constata que uno de cada cinco personas sufrió depresión severa alguna vez en su vida, de las cuales la casuística en mujeres afectadas duplica a la registrada en hombres. Además, padecieron ansiedad uno de cada diez, con una mayor prevalencia en mujeres.⁹

Por último, en estudios realizados en Chachapoyas y Chiclayo se evidencia que el 38.3% de las mujeres presenta disfunción sexual.¹⁰ y que la depresión y ansiedad son factores asociados a disfunción sexual femenina ¹¹

1.2 Formulación del problema

¿Cómo se asocian los factores psicológicos a la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019?

1.3 Justificación

En el mundo, la salud mental y la sexualidad siguen siendo temas controversiales para la población en general, si bien a lo largo de los años cada vez se tocan más estos temas, aún falta mucho por hacer.

Diversos factores psicológicos pueden generar problemas que afecten la calidad de vida de las personas; se ha visto que la ansiedad y depresión son uno de los principales problemas que afecta a los jóvenes. Además, estudios internacionales demuestran que existe relación entre factores psicológicos y la disfunción sexual;

sin embargo, en Perú son muy pocos los estudios que abordan el tema, de esta manera es difícil determinar esta asociación en nuestra realidad.

La falta de interés de los gobiernos a estos temas y esto se ve reflejado en lo que se invierte en salud mental, por ejemplo, en Perú, país calificado con una economía de ingresos medios, hasta el año 2015, para la atención de salud mental, se invertía el 1.5% del presupuesto nacional en salud, se esperaría una inversión per cápita anual en atención de salud mental de 29 soles. Sin embargo, la inversión per cápita anual promedio, en el 2017, fue de 12.6 soles, monto que se encuentra inclusive por debajo del gasto anual per cápita de países de bajos ingresos.⁸

Por lo que es necesario visibilizar estos problemas mediante estudios, de esta manera podemos contribuir a que cada vez haya un mayor enfoque por parte de las autoridades y se invierta lo necesario para mejorar la calidad de vida de estos jóvenes.

Es así que en el presente estudio analizó la asociación de factores psicológicos (ansiedad y depresión) con la presencia de disfunción sexual, además se determinó la prevalencia de cada variable, debido a que estos tienen un impacto en la calidad de vida y bienestar.

1.4 Línea de Investigación

El presente estudio toma como línea de investigación la cuarta Prioridad Nacional de Investigación en Salud 2019-2013, que se centra en el estado de salud mental en la población en general para determinar la asociación de los factores psicológicos (ansiedad y depresión) con la presencia disfunción sexual. Además, corresponde a la línea de investigación de salud pública y medicina ambiental de las Líneas de investigación 2016-2020 de la Universidad Ricardo Palma en el área de conocimiento de Medicina Humana y Enfermería.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 General

Determinar la asociación de los factores psicológicos con la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

1.5.2 Específico

- Determinar la asociación de depresión con la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias.
- Determinar la asociación de ansiedad con la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias.
- Describir la prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias.
- Describir la prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias con depresión.
- Describir la prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias con ansiedad.
- Describir las características sociodemográficas de las mujeres jóvenes universitarias según la presencia de disfunción sexual.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Arriata et al. (2014) en su estudio transversal titulado “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados” con una muestra de 973 estudiantes universitarios de Cartagena de 18 y 35 años, con un promedio de edad 21 años (DE=2.6), en el que se utilizó un instrumento anónimo de auto-reporte que incluyó: variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico), el cuestionario de cribado para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg (E.A.D.G), el APGAR familiar para determinar la función familiar. Se obtuvo que la prevalencia de mujeres fue del 59.62%, ansiedad y depresión fue del 76.2% y 74.4% respectivamente.¹²

García et al. (2019) en su artículo de revisión “Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico”. Se encontraron 14 estudios en 11 países (2000-2017). Las prevalencias oscilaron entre 16.0-76.0% (ansiedad) y 9.6-74.4% (depresión). Dos estudios con diagnóstico confirmatorio reportaron prevalencias entre 37-57% (ansiedad) y 38.0-50.6% (depresión). En Colombia la prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios osciló entre 34.0-76.2% y depresión 9.6-74.4%.¹³

Valenzuela et al. (2014) en su estudio descriptivo transversal titulado “Índice de función sexual en trabajadoras de la salud” que estuvo constituido 457 mujeres entre 20 a 64 años de edad, trabajadoras de un hospital de alta complejidad de la Región del Biobío, durante el año 2013. Se observó un 32.6% de disfunción sexual; según los dominios se obtuvo el 29% de desorden del deseo, 10.4% de dificultades de excitación, 5,6% de problemas de lubricación, 9.7% de desorden en el orgasmo, 14% de problemas de satisfacción sexual y 9.9% de dispareunia. Además, dentro del perfil biosocial el estado civil casada tuvo el mayor porcentaje con un 37.7%

seguido del estado soltera con 26.5% y de conviviente con 16% cuya media de puntuación IFSF fue de 27.7; 27.9; 28.2 respectivamente.¹⁴

El Yanzidi et al. (2019) en su estudio descriptivo transversal *“Prevalence and characteristics of sexual dysfunction among Moroccan patients consulting for a first depressive episode”* compuesto por 58 pacientes de las cuales 34 eran mujeres, con una edad promedio de 37 años. En para determinar la gravedad de la depresión se utilizó la escala de Hamilton y la escala ASEX (*Arizona Sexual Experience*) para definir la disfunción sexual. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de la disfunción sexual es alta en pacientes deprimidos (77.6%).¹⁵

Ozturk et al. (2019) en su estudio descriptivo transversal *“Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women”* con una muestra de 192 mujeres en total (96 infértiles, 96 fértil) en el que se examina funciones sexuales y síntomas depresivos. Se encontró disfunción sexual en 87.5% de las mujeres infértiles y 69.8% en mujeres fértiles. Además, las mujeres infértiles con síntomas depresivos experimentan más disfunción sexual ($r_s=-0.325$; $p=0.001$).¹⁶

Vega M et al. (2014) En su estudio de casos y controles titulado *“Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana”* con una muestra de 110 mujeres. Se obtuvo que de las entrevistadas al menos 65 (59%) refirieron alguna disfunción sexual. Además, se halló como factor de riesgo la depresión y no mostró ser factores de riesgo el estado.¹⁷

Lo S y Kok W (2014) en su estudio transversal *“Sexual Behavior and Symptoms among Reproductive Age Chinese Women in Hong Kong”* realizado mediante cuestionario a 2146 mujeres chinas sexualmente activas de 21 a 40 años. Se obtuvo que el 59.0% de los encuestados tenía al menos un problema sexual, además, el 31.8% de los encuestados no reportó ningún deseo; 31.7% tenía problemas de excitación; el 40% tenía anorgasmia y el 33.8% experimentó dolor coital durante al menos 3 meses en el último 1 año. Por ello, se concluyó que la disfunción sexual es un problema de salud frecuente entre las mujeres en edad reproductiva.¹⁸

Zhang H et al. (2015) en su estudio transversal “*Sexual Dysfunction among Reproductive-Aged Chinese Married Women in Hong Kong: Prevalence, Risk Factors, and Associated Consequences*” mediante la undécima encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) con una confiabilidad de 0.75, a 1 518 mujeres casadas de entre 21 y 49 años, con una edad promedio de 39 años. Dentro de las características sociodemográficas relevantes, se encontró que el 11.7% (175) mujeres tenía de 21 a 30 años, siendo este el menor grupo de encuestadas. Además, el 25.6% de las mujeres encuestadas reportaron al menos una forma de disfunción sexual ($p < 0.001$).¹⁹

Choi H et al. (2014) en su estudio “*Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea*” en el que se usó una encuesta autoadministrada y el Índice de Función sexual Femenina (IFSF). Se incluyó a 935 mujeres mayores a 20 años, de ellas el 11.1% tenía entre 20 y 29 años. Los participantes se dividieron en 2 grupos: en el grupo reconocido (RG), las mujeres eran conscientes de sus problemas sexuales; en el grupo no reconocido (URG), las mujeres no lo eran. Se halló que la prevalencia de disfunción sexual fue del 46.1%.²⁰

Tehrani F et al. (2014) en su estudio descriptivo transversal “*Factors Associated with Sexual Dysfunction; A Population Based Study in Iranian Reproductive Age Women*” En una base comunitaria en 784 mujeres casadas, en edad reproductiva (18 a 45 años) con una edad media de 33.5 años, las cuales fueron evaluadas mediante el IFSF. Se encontró que el 27.3% presenta disfunción sexual.²¹

McCabe M et al. (2016) en su estudio “*Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015*” en el que se presenta una revisión de investigaciones previas sobre factores de riesgo de disfunción sexual en mujeres y hombre. Se encontró que la depresión y la ansiedad fueron factores de riesgo psicológicos para la disfunción sexual en mujeres y hombres; mientras que la disfunción fue más común en mujeres solteras y en mujeres con dificultades maritales.²²

McCabe M et al. (2016) en su estudio *“Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015”* en el que los miembros del Comité 1 de la Cuarta Consulta Internacional sobre Medicina Sexual (2015) buscaron y revisaron literatura epidemiológica sobre la incidencia y prevalencia de disfunciones sexuales. En el que se reporta un estudio de disfunción sexual en mujeres finlandesas de 18 a 74 años, cuyos resultados indican que el 45% de las mujeres informaron una disminución de deseo, con una incidencia de aproximadamente el 20% en mujeres menores de 25 años, una incidencia similar del 40% fue encontrado en un estudio sueco de la década de 1990. Otro estudio realizado en Australia indica que el 36% de las mujeres informó al menos una nueva dificultad sexual durante los últimos 12 meses, sobre todo en los dominios de deseo y orgasmo; asimismo, era tan probable que las mujeres de entre 20 y 30 años desarrollen dos nuevas dificultades sexuales en el período de estudio de 12 meses, como las mujeres mayores y los dominios de mayor importancia seguían siendo el deseo y orgasmo.²³

Konstantinidis et al. (2019) en su estudio *“Female Sexual Dysfunction Among Greek Women With Multiple Sclerosis: Correlations With Organic and Psychological Factors”* en el que se incluyeron 248 mujeres con Esclerosis múltiple, mayores de 18 años, con una media de 45.8 años. Los participantes completaron las versiones griegas validadas de los cuestionarios de Depresión, Ansiedad, Escala de Estrés (DASS-21) y el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Además, estimar la prevalencia de Disfunción Sexual Femenina (FSD) y su correlación con factores orgánicos y psicológicos. Como resultado se encontró que la FSD fue diagnosticada en el 64.5%; además, existe asociación significativa entre edad y dos dominios de disfunción sexual, también existe asociación entre FSFI con depresión y ansiedad en algunas de los dominios de disfunción sexual.²⁴

Zhang C et al. (2017) en su estudio *“A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors”*, se realizó una encuesta de la población femenina general en China, con una muestra válida de 25 446 mujeres entre 20 y 74 años, en las que se determinó la tasa de prevalencia de la disfunción sexual, medida por el Índice de Función Sexual

Femenina. Se encontró una prevalencia de disfunción sexual de 29.7%; además, ser soltera da mayor probabilidad de tener disfunción sexual en el dominio de lubricación en comparación con las mujeres casadas (OR=1.84; IC99%=1.20-2.84; $p<0.01$).²⁵

Cihan et al. (2019) en su estudio *“Interrelation Between Appearance Anxiety and Sexual Functions in Women: The Role of Surgical Scars, Morphologic Features, and Accompanying Depression”* se analizaron los datos de 329 mujeres de Turquía cuya edad van de 19-52 años. Las variables que se utilizaron fueron de edad, IMC, presencia de cicatrices quirúrgicas y mediciones de IMC, WC y SFT como variables independientes con el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de ansiedad por apariencia y el Índice de función sexual femenina (FSFI). Se encontró que la prevalencia de disfunción sexual femenina fue del 22.8%. Además, el análisis univariado indicó que todas las variables predictivas se correlacionan negativamente con las puntuaciones totales de FSFI, lo que indica que existe una asociación inversa entre estas variables y el puntaje de FSFI. El análisis multivariado reveló que el aumento de la ansiedad (-0.45), la depresión (-0.15) y otros se asociaron significativamente con la función sexual.²⁶

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Díaz V y Samalvides C (2017) en su estudio casos y controles “Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú” cuya muestra fue de 342 mujeres (114 casos/228 controles) con edad promedio de 40.5 ± 3.2 y en donde se evaluó factores socioculturales (estado civil: soltera, casada, viuda y conviviente, la ocupación: empleada, desempleada, jubilada, ama de casa.), consumo de alcohol, consumo de tabaco y otros. Los resultados demuestran que de la muestra total el 16.4% y 5% tienen ansiedad y depresión, con respecto a los casos se refirieron la prevalencia de ansiedad es 34.2%, de depresión el 8.8% y de 37.7% en casadas. En el análisis bivariado se obtuvo como factor de riesgo la ansiedad (OR=6.45; IC95%=3.46-12.01; $p<0.05$), entre otros y como factor protector el estar casada (OR=0.60; IC95%=0.38-0.95; $p<0.05$). Asimismo, en el análisis multivariado se mantuvo como factor de riesgo la ansiedad

(OR=1.21; IC95%=1.10-1.45; $p<0.05$), entre otros y como factor protector el estado civil casada (OR=0.58; IC95%= 0.33-0.87; $p<0.05$). Es decir, hay mayor probabilidad de disfunción sexual en mujeres con ansiedad y menor probabilidad en mujeres casadas.¹¹

Paco E et al. (2016) estudio transversal de casos y controles titulado “Factores de Riesgo de la Disfunción Sexual de las Usuarias del Programa de Planificación Familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2016” constituida por 60 usuarios (23 casos/37 controles) y en el que se evaluaron los factores biológicos, psicológicos e interpersonales mediante el índice de funcionalidad sexual femenina (IFSF). Se obtuvo del total de la muestra el 18.3% presento depresión, el 41.7% ansiedad y el 38.3% disfunción sexual. En el análisis bivariado se encontró que en las mujeres con disfunción sexual el 8.3% y el 16.7% tienen depresión y ansiedad, respectivamente; además, la depresión (OR=1.43; $p=2.36$) y la ansiedad (OR=1.128; $p=1.84$) podrían ser factores de riesgo, sin embargo, presentan valores p estadísticamente no significativos.¹⁰

2.2 Bases teóricas

La sexualidad está íntimamente ligada con la persona y sus experiencias de vida. Una parte importante de la sexualidad es la respuesta sexual. Esta depende tanto de una estimulación sexual efectiva como de la libertad para responder a ella. Se requieren ambas cosas para desarrollarla efectivamente.²⁷

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los propios procesos del ciclo de respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de respuesta sexual se divide en las siguientes fases:

- Deseo: Esta fase consiste en las fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
- Excitación: Fase que consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos, dentro de estos cambios los mas importantes son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la tumefacción de los genitales externos y la lubricación y expansión de la vagina.

- Orgasmo: Fase que consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores.
- Resolución: Fase que consiste en una sensación de relajación muscular y bienestar general. Las mujeres son capaces de responder a una estimulación casi inmediatamente después.²⁸

Según la última edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) la disfunción sexual femenina se ha clasificado en tres categorías:

- Trastorno de interés sexual/de la excitación femenina:
Incluye a trastorno del deseo sexual hipoactivo y al trastorno de la excitación femenina, que se encontraban en el DSM-IV.²⁹ Y presenta como característica esencial la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la lubricación, respuesta propia de la fase de excitación. Esta respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en lubricación, dilatación vaginal y tumefacción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales; y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.²⁸
- Trastorno del orgasmo femenino:
Llamado anteriormente orgasmo femenino inhibido, según el DSM-IV.³⁰ Y tiene como característica esencial una ausencia, un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. El diagnóstico de este trastorno debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Que no se explica mejor con trastornos del Eje I y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.²⁸
- trastorno sexual por dolor:
Incluye a la dispareunia y vaginismo, según el DSM-IV.²⁹

La dispareunia tiene como característica esencial el dolor genital durante el coito. A pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. El dolor puede describirse como superficial durante la penetración o profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas puede comprender una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo y no es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación. Este trastorno no se explica mejor por la presencia de trastornos de Eje I y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.²⁸

- El vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos. En algunas mujeres solo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). Este trastorno no se explica mejor por otros del Eje I y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad crónica o sustancia.²⁸

Dentro de los factores que están asociados a la disfunción sexual, tenemos a los factores biológicos, psicológicos y culturales.

Los factores biológicos pueden contribuir a la disminución del deseo mediante mecanismos directos o indirectos. Ciertas condiciones médicas comunes (como hipertensión y diabetes mellitus) y su tratamiento (incluyendo antihipertensivos tales como los antagonistas del calcio y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) se asocian con disminución del deseo sexual. Con frecuencia, los problemas sexuales se traslapan, como en el caso de presencia de dispareunia, que es una causa subyacente de disminución del deseo.³⁰

Los factores psicológicos juegan un papel significativo en el deseo sexual y pueden incluso superar en ocasiones a los factores biológicos. Las condiciones psiquiátricas (como la depresión y la ansiedad) y su tratamiento (medicamentos que incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y ansiolíticos) están asociados con disminución del deseo sexual. El abuso y trauma sexual en la infancia y la pubertad, el estrés percibido, la distracción, la atención centrada en sí misma o la ansiedad, los trastornos de la personalidad, y la imagen corporal o

inhibiciones, son todos elementos que han mostrado afectar el deseo negativamente.³⁰

Los factores culturales son aquellos que reflejaron la asimilación por el sujeto de entorno cultural y la influencia directa o indirecta en la formación de la concepción personal de éste en los diversos aspectos del área sexual, mediante las creencias, las experiencias, las informaciones y las vivencias. Se consideraron directos la escolaridad menor que 9no grado, la carencia de educación sexual y la presencia de prejuicios sexuales e indirectos por haber tenido algún antecedente personal de trastorno sexual, algún antecedente familiar de trastorno sexual, una vivencia afectiva negativa en la primera relación sexual y no tener ocupación laboral. De estos se encontró que sólo la variable *no recibir educación sexual* tuvo asociación significativa de tipo causal con la ocurrencia de disfunción, mientras que el resto de los factores culturales directos e indirectos no la tuvieron.³¹

También se podría tener en cuenta dentro de los factores socioculturales, el consumo de sustancias como medicamentos (anticonvulsivantes, hormonales, analgésicos, psicotrópicos y otros) o drogas (alcohol, cocaína, Heroína, marihuana, tabaco y otros).³⁰ Los principales efectos de las drogas en la sexualidad femenina pueden relacionarse a la alteración del ciclo menstrual, y por tanto, por trastornos en la ovulación, la disminución del deseo sexual, la anorgasmia, la disminución de la lubricación vaginal, el bloqueo de la respuesta sexual, la disfunción sexual, y la infertilidad.³²

Además, la calidad de vida puede ser afectada por la disfunción sexual (FSD); por ejemplo, el impacto de la disfunción sexual en la dimensión física puede ser lubricación reducida, que conduce a dispareunia o relaciones sexuales dolorosas y evitación posterior de la actividad sexual. En la dimensión social, la FSD puede conducir a sentimientos negativos entre la pareja. En la dimensión emocional, la FSD puede resultar en una disminución de la autoconfianza sexual, una baja autoestima y angustia personal.³³

Para poder detectar los problemas sexuales se debería abordar el tema de forma rutinaria como parte de todas las consultas de salud integral para las mujeres. Sólo un tercio de las mujeres con problemas sexuales seriamente angustiantes buscan ayuda y son a menudo los ginecólogos los primeros profesionales de la salud a los

que una mujer acude cuando busca ayuda para problemas sexuales. Es importante proporcionar un ambiente seguro y libre de juicios que facilite el análisis de estos temas. La colocación de materiales educativos de fácil acceso para los pacientes en las salas de espera y examen, y la capacitación del personal para que esté bien informado y se sienta seguro con los temas sexuales puede crear un ambiente que sea propicio para analizar estos asuntos.³⁰ Además, existen diversos cuestionarios que se pueden realizar ellas mismas, que son muy sencillos y constan de pocas preguntas, de esta manera conocer si existe algún tipo de problema.

Con respecto al tratamiento de las disfunciones sexuales se requiere una adecuada capacitación en la fisiología de la respuesta sexual y los aspectos psicológicos implicados y una mirada comprensiva hacia el paciente, su motivo de consulta y su relación de pareja. Establecer una alianza terapéutica centrada en los objetivos del paciente, controlar la ansiedad frente a su desempeño sexual (y en el momento de la consulta), trabajar con la pareja en reparar las ofensas si han existido (al vínculo y la autoimagen) y el manejo de las técnicas de focalización sensorial.²⁷

2.3 Definiciones de conceptuales

- Disfunción sexual femenina: Dificultad o imposibilidad de la mujer de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea.
- Ansiedad: Trastorno psicosomático, que consiste en la manifestación fisiológica, afectiva, cognitiva y conductual de una persona ante una situación estresante con el fin de adaptarse a dicha situación.
- Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de vida diaria.

Capítulo III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

3.2 Hipótesis General

Existe asociación entre los factores psicológicos con disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

3.3 Hipótesis Específicas

- La depresión está asociada a la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019
- La ansiedad está asociada a la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

3.2 Variables principales de investigación

Disfunción sexual femenina

Factores psicológicos: Ansiedad y Depresión

Factores sociodemográficos: Edad, Carrera, Año de carrera, Cursos desaprobados, Ingreso económico, Religión, Estado civil, Edad de inicio de relaciones sexuales y pareja actual.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, analítico, transversal.

El estudio es observacional, porque no se manipulan las variables; es cuantitativo porque los datos obtenidos mediante encuestas fueron procesados por métodos estadísticos para obtener resultados; es analítico pues se analizó la asociación entre las variables de estudio; y es transversal porque los datos fueron recolectados en un periodo de tiempo determinado en el año 2019.

4.2 Población

Estudiantes femeninas jóvenes matriculadas en el ciclo 2019-II y que se encontraron durante Agosto – Diciembre del 2019 en la Universidad Ricardo Palma.

4.3 Muestra

3.3.1 Tamaño muestral

Para calcular el tamaño de la muestra se usó la fórmula para población infinita y se consideró un nivel de confianza de 95%, un margen de error o precisión de 5%, una proporción esperada del 50% para obtener un máximo de la muestra y una probabilidad de fracaso de 0,5. La fórmula de aplicación fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Donde:

Z: nivel de confianza

p: proporción esperada

q: probabilidad de fracaso

d: margen de error o precisión

El tamaño de la muestra que se determinó al reemplazar los valores en la fórmula, fue de 385 mujeres jóvenes universitarias, se le agrego el 4% de la muestra prevista por pérdidas, lo que da una muestra de 400 mujeres jóvenes universitarias.

3.3.2 Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres jóvenes (18 a 29 años)
- Sexualmente activas

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Cuestionarios incompletos o mal llenados
- Mujeres que no estén de acuerdo con participar en el estudio

4.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables se encuentra esquematizado en un cuadro donde se encuentra el tipo de variables, la naturaleza de esta, el instrumento usado para la medición, la categoría, la definición conceptual y operacional. (Anexo 1)

4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta, donde se incluyeron los siguientes cuestionarios: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF); Además, de los datos sociodemográficos como: edad, carrera, año de la carrera, inicio de relaciones sexuales, entre otros. (Anexo 2)

4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

El análisis de los datos fue primero tabulado en Microsoft Excel 2010 y procesado con software estadístico IBM SPSS V.22 (*Statistical Package for Social and Science*).

Se realizó la prueba de normalidad de los datos, teniendo como resultado que la muestra tiene una distribución no normal, por lo cual se deben usar pruebas no paramétricas para el análisis de las variables.

El análisis univariado de la variable cuantitativa se realizó para obtener la mediana y rango; además, se agruparon o convirtieron en cualitativas para un mejor análisis; mientras que el análisis de las variables categóricas se realizó para la obtención de las frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado, según las características de las variables dependientes se utilizó la prueba chi cuadrado ($p < 0.05$). Además, para estadística analítica se utilizó como medida de asociación la “razón de prevalencia” (RP), obtenido con modelos lineales generalizados, usando familia de Poisson, función de enlace log y modelos crudos y ajustados; se trabajó con un p valor menor a 0.05 y un intervalo de confianza del 95%.

Para la recolección de la información se usó una encuesta, donde se incluyó los siguientes cuestionarios: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg- EADG desarrollada por Goldberg y cols.³⁴ que consta de 2 sub escalas. Cada sub escala contiene 9 preguntas, la sub escala ansiedad (pregunta 1-9) y sub escala depresión (pregunta 10-18), las cuales pueden ser respondidas con un Si o un No. Las primeras 4 preguntas son para determinar si es probable o no que existe un trastorno mental, si se obtienen 2 o más respuestas afirmativas para la sub escala de ansiedad y 1 o más respuestas afirmativas para la sub escala depresión, se puede continuar con las siguientes preguntas correspondientes a cada sub escala. Se da una puntuación independiente para cada sub escala, con un punto para cada respuesta afirmativa, como puntos de corte ≥ 4 para la sub escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. La especificidad global fue del 91% y la sensibilidad global de 86%. La consistencia interna global (alfa de Cronbach= 0.86), para la sub- escala de ansiedad (0.81) y para la sub- escala de depresión (0.77).³⁴ Esta encuesta fue validada al español por Montón et al.³⁵ en una población de España, según estos autores, el cuestionario tiene una

sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados. También fue validada por Carbonell et al.³⁶ en Cuba quien encontró que la sub escala de depresión tiene una sensibilidad de 71% y una especificidad de 77%, mientras que la sub escala de ansiedad tuvo una sensibilidad (85%) aunque menor especificidad (65%). Fue utilizado en poblaciones latinoamericanas como Colombia por Arriata et al.¹² y en Perú por Osada et al.³⁸

El “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) desarrollado por Wiegel et al.³⁸ consiste en un cuestionario que cuenta con 19 preguntas que se agrupan en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada dominio contiene de 5 a 6 opciones y cada una tiene un diferente puntaje que va del 1 al 6. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de todos los dominios, lo que se traduce en que a mayor puntaje mejor sexualidad. Según el autor un puntaje 26.55 es el puntaje de corte para diferenciar mujeres con o sin disfunción sexual con una especificidad de 77% y la sensibilidad de 85%; este cuestionario muestra buenas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach= 0.89-0.97). La validación al español fue hecha por Blümel et al.³⁹ y tubo también adecuadas medidas psicométricas (alfa de Cronbach = 0.71-0.85). El cuestionario no ha sido adaptado en Perú; sin embargo, Mezones et al.⁴⁰ realizaron un estudio en mujeres peruanas con diabetes aplicando la encuesta.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

La encuesta fue realizada por 400 mujeres en quienes se aplicó los cuestionarios Índice de función sexual femenina (IFSF) y Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), pero se excluyeron 7 debido a un incompleto y mal llenado de los cuestionarios, quedando la muestra finalmente conformada por 393 mujeres entre 18 a 29 años estudiantes de la Universidad Ricardo Palma y sexualmente activa.

Al realizar la prueba de normalidad, nuestra muestra mostro una distribución no normal; por lo cual, los análisis de las variables se obtuvieron con pruebas no paramétricas. Por lo tanto, para el análisis de la variable edad se obtuvo una mediana de 22 y rango 11.

Del total de la muestra, según la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, 293 mujeres (74.6%) presenta depresión y 100 mujeres (25.4%) no presenta depresión (Gráfico 1). Mientras que 303 mujeres presentan ansiedad (77.1%) y 90 mujeres no presentan ansiedad (22.9%) (Gráfico 2).

Gráfico 1: Distribución de Depresión en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

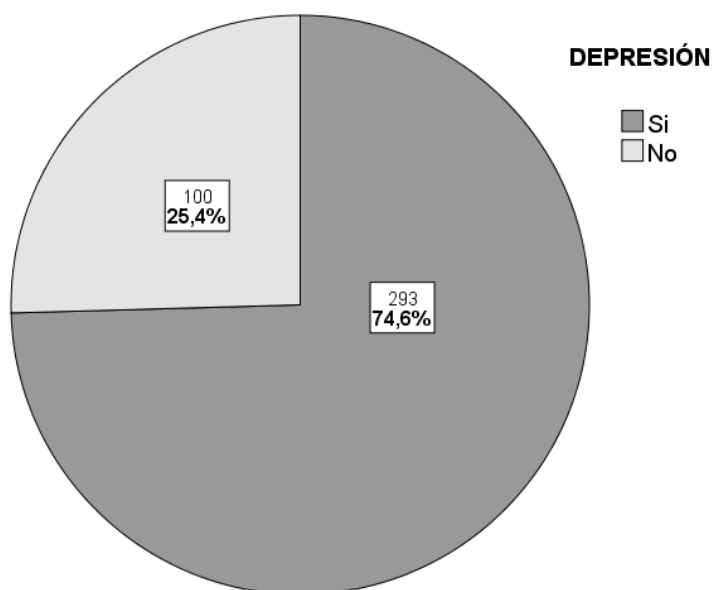
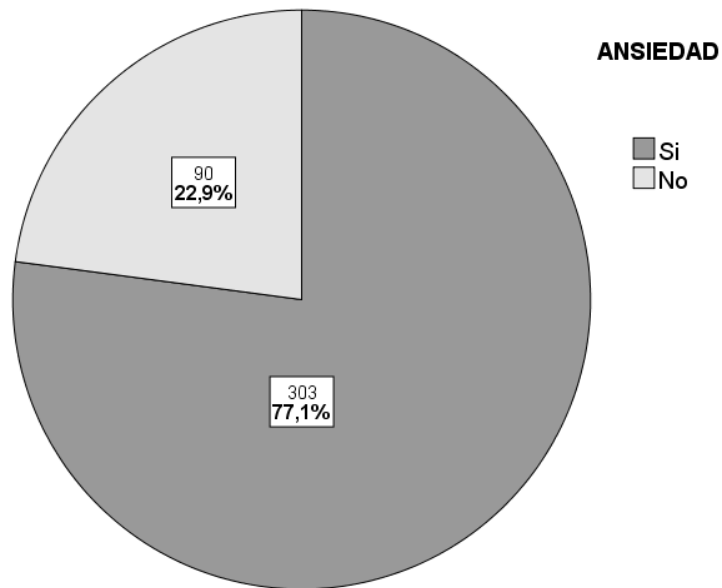
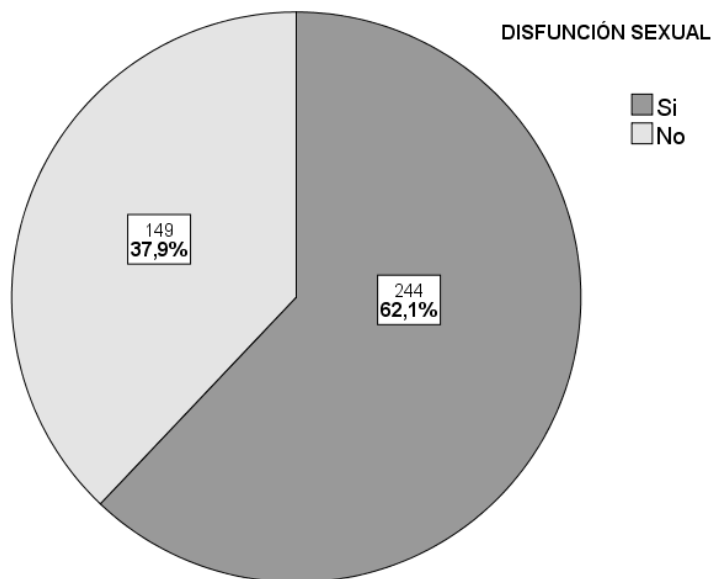


Gráfico 2: Distribución de Ansiedad en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019



Según el índice de función sexual femenina 244 mujeres obtuvieron un puntaje menor o igual a 26.5, lo que indica que si se presenta disfunción sexual en un 62.1%, mientras que 149 mujeres obtuvieron un puntaje mayor a 26.5, lo que indica que el 37.9% no presenta disfunción sexual (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución de Disfunción sexual femenina en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019



El 66.8% de las mujeres que no desaprobaron, el 63.7% de las mujeres solteras y el 63.1% de las mujeres que no tienen pareja tuvieron disfunción sexual, estas variables sociodemográficas fueron estadísticamente significativas, al aplicar la prueba de chi cuadrado ($p < 0.05$). (Tabla 1)

Tabla 1: Características sociodemográficas según la disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

		DISFUNCION SEXUAL FEMENINA					
		Si		No		Total	p-valor
		N	%	N	%		
Edad	18 – 20	83	63.4%	48	36.6%	131	0.737
	21 – 22	60	65.2%	32	34.8%	92	
	23 – 24	48	56.5%	37	43.5%	85	
	25 – 26	35	64.8%	19	35.2%	54	
	27 – 29	18	58.1%	13	41.9%	31	
Carrera	Turismo	1	33.3%	2	66.7%	3	0.453
	Medicina Humana	85	61.6%	53	38.4%	138	
	Arquitectura	35	59.3%	24	40.7%	59	
	Traducción	10	50.0%	10	50.0%	20	
	Psicología	22	88.0%	3	12.0%	25	
	Medicina Veterinaria	5	83.3%	1	16.7%	6	
	Administración y Negocios	19	67.9%	9	32.1%	28	
	Ingeniería	23	60.5%	15	39.5%	38	
	Marketing	15	60.0%	10	40.0%	25	
	Derecho	10	55.6%	8	44.4%	18	
	Biología	9	56.3%	7	43.8%	16	
	Contabilidad	3	60.0%	2	40.0%	5	
Economía	7	58.3%	5	41.7%	12		

Año de carrera	≤ 3	119	63.0%	70	37.0%	189	0.730
	> 3	125	61.3%	79	38.7%	204	
Desaprobado	Si	109	57.1%	82	42.9%	191	0.046*
	No	135	66.8%	67	33.2%	202	
Ingresos económicos	Trabajo	21	58.3%	15	41.7%	36	0.794
	Apoyo Familiar	181	63.1%	106	36.9%	287	
	Ambos	42	60.0%	28	40.0%	70	
Religión	Católica	192	61.3%	121	38.7%	313	0.132
	Evangélica	9	52.9%	8	47.1%	17	
	Ninguna	35	64.3%	20	35.7%	8	
	Otra	8	100.0%	0	0%	55	
Estado civil	Soltera	237	63.7%	135	36.3%	372	0.004*
	Casada	6	50.0%	6	50.0%	12	
	Conviviente	1	11.1%	8	88.9%	9	
Edad de inicio de relaciones sexuales	≤ 18	157	60.2%	104	39.8%	261	0.267
	> 18	87	65.9%	45	34.1%	132	
Pareja sexual	Si	123	56.4%	95	43.6%	218	0.010*
	No	121	69.1%	54	30.9%	175	

Nota: *p<0.05= significativo estadísticamente

Las mujeres con depresión y ansiedad tienen una prevalencia de 74.7% y 72.6% de tener disfunción sexual. Asimismo, al realizar el análisis bivariado, se encontró que la prevalencia de disfunción es 2.99 veces mayor en las mujeres con depresión (RP= 2.99; IC95%=2.12-4.23; p<0.001), y 2.72 veces mayor en las mujeres con ansiedad (RP= 2.72; IC95%=1.92-3.86; p<0.001), estos resultados fueron estadísticamente significativos (Tabla 2).

Tabla 2: Análisis bivariado de Factores psicológicos asociados a Disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

		DISFUNCIÓN SEXUAL				p-valor	RP	IC 95%
		Presenta Disfunción		No Presenta Disfunción				
		n	%	N	%			
DEPRESIÓN	Con Depresión	219	74.70%	74	25.30%	0.00*	2.99	2.12 - 4.23
	Sin Depresión	25	25.00%	75	75.00%			
ANSIEDAD	Con Ansiedad	220	72.60%	83	27.40%	0.00*	2.72	1.92 - 3.86
	Sin Ansiedad	24	26.70%	66	73.30%			

Nota: *p<0.05= significativo estadísticamente

Luego de realizar el análisis bivariado de las variables sociodemográficas y disfunción, se obtuvo que la prevalencia de disfunción sexual es 0.85 y 0.82 veces menor en las mujeres que hayan desaprobado y tenido pareja sexual, respecto a las mujeres que nunca desaprobaron y que no tenían pareja sexual (RP= 0.85; IC95%=0.73-1.00; p<0.05) y (RP= 0.82; IC95%=0.70-0.95; p<0.05), mientras que la prevalencia es 1.91 veces mayor en las mujeres solteras (RP= 1.91; IC95%=1.04-3.52; p<0.05), siendo, estos valores estadísticamente significativos. (Tabla 3)

Tabla 3: Análisis bivariado de las variables sociodemográficas asociadas a Disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias en el año 2019

	p valor	RP	IC95%	
			Inferior	Superior
Haber desaprobado cursos	0.05*	0.85	0.73	1.00
Soltera	0.04*	1.91	1.04	3.52
Estado civil	Casada	0.44	0.45	1.42
	Conviviente	0.07	0.03	1.12
Tener pareja sexual	0.01*	0.82	0.70	0.95

Nota: *p<0.05= significativo estadísticamente

Por último, en el análisis multivariado se encontró que la prevalencia de disfunción sexual es 0.79 veces menor en las mujeres que han desaprobado, respecto a las mujeres que no desaprobaron (RPa= 0.79; IC95%=0.69-0.91; $p<0.001$), es 0.82 veces menor en las mujeres con pareja con respecto a las que no tienen pareja (RPa= 0.82; IC95%=0.72-0.94; $p<0.001$) y 2.31 veces mayor en las mujeres con depresión que en las mujeres sin depresión (RPa= 2.31; IC95%=1.50-3.55; $p<0.001$). Mientras que las variables estado civil soltera (RPa= 1.51; IC95%=0.91-2.50; $p=0.11$) y ansiedad (RPa= 1.50; IC95%=0.97-2.31; $p=0.07$) no fueron estadísticamente significativas. (Tabla 4)

Tabla 4: Análisis multivariado de factores psicológicos y sociodemográficos asociados a disfunción sexual en mujeres jóvenes en el 2019

	p valor	RP ajustado	IC95%	
			Inferior	Superior
Haber desaprobado cursos	0.00*	0.79	0.69	0.91
Estado civil: Soltera	0.11	1.51	0.91	2.50
Tener pareja sexual	0.00*	0.82	0.72	0.94
Depresión	0.00*	2.31	1.50	3.55
Ansiedad	0.07	1.50	0.97	2.31

Nota: * $p<0.05$ = significativo estadísticamente

5.2 Discusión

El primer hallazgo que debemos destacar es la alta prevalencia de depresión (74.6%) y ansiedad (77.1%) encontrada en la muestra de estudio, hallazgos similares se encontraron en la población joven universitaria en el estudio de Arriata et al. con una prevalencia de depresión de 76.2% y de ansiedad 74.4%; además, en la revisión bibliográfica realizada por García et al.¹³ se menciona que en varios estudios la prevalencia de depresión y ansiedad puede oscilar de 16-76% y 9.6-74.4%, respectivamente.

En el estudio de Ozturk et al.¹⁶, se encontró alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres en edad reproductiva en infértiles (87.5%) y fértiles (69.8%), también se encontró porcentajes altos en los estudios de Vega et al.¹⁷ (59%), Lo et al.¹⁸ (59%) y Konstantinidis et al.²⁴ (64.5%), estos resultados fueron similares a la prevalencia de disfunción sexual en nuestro estudio (62.1%). Sin embargo, en los estudios de Choi et al.²⁰ (46.1%), Tehrani et al.²¹ (27.3%) y Valenzuela et al.¹⁴ (32.6%) se encontraron prevalencias menores. Según McCabe et al.²³ la probabilidad de disfunción sexual es la misma en las mujeres de entre 20 y 30 años que en las mujeres adultas mayores; los estudios mencionados antes fueron realizadas en mujeres mayores a 18 años, la mayoría ente los 18-45 años, por lo tanto, tener una población con distinto grupo etario no explicarían las diferentes prevalencias encontradas respecto a nuestro estudio.

La prevalencia de disfunción sexual en mujeres con depresión encontrada en nuestro estudio fue de 74.7%, hallazgo parecido fue encontrado por El Yanzidi et al.¹⁵ (77.6%). Sin embargo, Diaz et al.¹¹ obtuvieron una prevalencia de 8.8%.

Así mismo, la prevalencia de disfunción en las mujeres con ansiedad fue de 72.6%, este resultado contrasta con el de Diaz et al.¹¹ en el que se encontró una prevalencia de 34.2%, puede deberse a la escala usada en nuestro estudio (EADG) que tiene una especificidad del 91%, pero una sensibilidad del 86%, por lo cual podría detectar mayor porcentaje de falsos positivos; además, la población de casos usada en el estudio de Diaz et al fue de 114 mujeres con disfunción y de 56 mujeres con ansiedad, numero mucho menor al de nuestro estudio.

Al realizar el análisis bivariado, se encontró que depresión y ansiedad fueron factores asociados a disfunción sexual en mujeres, resultados similares se obtuvieron según McCabe et al.²² y Konstantinidis et al.²⁴ Mientras que al realizar el análisis multivariado, se obtuvo un RP ajustado no significativo estadísticamente para ansiedad, pero sí para depresión; esto puede deberse a que en nuestro estudio la mayoría de mujeres con depresión tiene también ansiedad, por ello el análisis multivariado despeja las variable confusora. El estudio de Diaz et al.¹¹ obtuvo resultados similares en el análisis multivariado.

Sin embargo, el estudio de Cihan et al.²⁶ demuestra que tanto ansiedad como depresión tienen asociación con disfunción sexual en mujeres, esta diferencia puede deberse a que el estudio de Diaz se realizó en una población de Perú y el estudio de Cihan en una población de Turquía. Así mismo, en el estudio de Paco et al.¹⁰ se obtuvo como factores de riesgo ansiedad y depresión; sin embargo, presenta resultados estadísticamente no significativos.

Dentro de las características sociodemográficas se obtuvo que el 63.7% de las mujeres solteras y el 50% de las mujeres casadas tenían disfunción; McCabe et al.²² menciona en su estudio de revisión que fue más común la disfunción en mujeres solteras, mientras que en el estudio de Valenzuela et al.¹⁴ el 37.7% de las casadas y el 26.5% de las solteras tienen disfunción; Zhang H et al.¹⁹ menciona que el 25.6% de las casadas tuvo disfunción, por lo tanto se encontraron mayores porcentajes de disfunción en las mujeres solteras.

Por último, en el análisis bivariado de las características sociodemográficas y disfunción se halló que la disfunción sexual es 1.91 veces mayor en las mujeres que son solteras, respecto a las que no lo son; en el estudio de Zhang C et al.²⁵ se concluye también que ser soltera aumenta la probabilidad de disfunción sexual.

Limitaciones:

- La principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra, por lo cual la asociación de ansiedad y disfunción sexual pudo ser significativa.
- Al ser un tipo de muestreo no probabilístico, no se asegura la representatividad por lo cual las conclusiones no pueden ser extrapoladas a la población.
- No se puede calcular el error muestral.
- Se puede incurrir en errores sistemáticos y sesgo.

CAPITULO VI: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- La depresión es un factor asociado a disfunción sexual femenina en mujeres jóvenes universitarias
- La ansiedad no es un factor asociado a disfunción sexual femenina en mujeres jóvenes universitarias
- La prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias es alta.
- La prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias deprimidas es alta.
- La prevalencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias ansiosas es alta.
- Dentro de las características sociodemográficas, la mayoría de las mujeres que no desaprobaron cursos en la universidad, que no tienen pareja y son solteras tuvieron disfunción sexual. Además, en el análisis multivariado haber desaprobadado cursos y tener pareja sexual son factores asociados a menor prevalencia de disfunción.

6.2 Recomendaciones

- No existen muchos estudios de disfunción sexual en mujeres jóvenes universitarias, por lo tanto, se recomienda continuar las investigaciones en búsqueda de otros factores asociados.
- Se deberían hacer estudios con un tamaño de muestra mayor y en distintas universidades del Perú, para poder determinar si estos hallazgos encontrados son similares.
- Debido a que la prevalencia de depresión fue alta y es un factor asociado a disfunción sexual, se recomienda crear programas universitarios de apoyo psicológico hacia la mujer que permitan identificar y tratar este trastorno, de esta manera prevenir otras patologías asociadas y mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. 2013. «Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020».
2. Mitchell, Cristina. 2012. «OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente». *Pan American Health Organization / World Health Organization*.
3. Anón. «Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression | Psychological Medicine | Cambridge Core». <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
4. Koev, Martha, y <https://www.facebook.com/pahowho>. 2014. «| La Brecha de Tratamiento en la Región de las Américas». *Pan American Health Organization / World Health Organization*.
5. Muñoz D, Andrea Del Pilar, y Paul Anthony Camacho L. 2016. «Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática». *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 81(3):168-80. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>.
6. Urzúa M, Alfonso, y Alejandra Caqueo-Urizar. 2012. «Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto». *Terapia psicológica* 30(1):61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
7. Fatehi, Shakiba, Raziye Maasoumi, Giti Atashsokhan, Azam Hamidzadeh, Ghasem Janbabaei, y Seyed Mohammad Mirrezaie. 2019. «The Effects of Psychosexual Counseling on Sexual Quality of Life and Function in Iranian Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial». *Breast Cancer Research and Treatment* 175(1):171-79. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05140-z>.
8. MINSA. 2018. «Plan Nacional de fortalecimiento de Salud Mental Comunitaria 2018-2021». Lima.
9. Rojas, Rafael Tapia. 2017. «La Salud Mental en el Perú, Marco Normativo Nacional y Legislación Comparada».
10. Paco, Edwin Gonzáles, Lida Carhuaz Peña, Venancia Jovita De la Cruz Yallico, Nérida Cubas Medina, Gloria Visalot Gonzales, Nancy Smith Carmona Gil, y Liliana Guarniz Cusma. 2018. «Factores de Riesgo de la Disfunción Sexual de las Usuarias del Programa de Planificación Familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2016». *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades* 1(1):33-44. <https://doi.org/10.25127/rcsh.20181.278>.
11. Díaz-Vélez, Cristian, Frine Samalvides-Cuba, Cristian Díaz-Vélez, y Frine Samalvides-Cuba. 2017. «Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú». *Revista chilena*

- de obstetricia y ginecología 82(4):386-95. <https://doi.org/10.4067/s0717-752620170004003686>.
12. Arrieta Vergara, Katherine M., Shyrley Díaz Cárdenas, y Farith González Martínez. 2014. «Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados». *Revista Clínica de Medicina de Familia* 7(1):14-22. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>.
 13. García, Emilce, Diana Castillo, Iván Cepeda, y Robinson López. 2020. «Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico». *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health* 2. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.5342>.
 14. Valenzuela P, Romina, Yolanda Contreras G, y Karen Manriquez S. 2014. «Índice de función sexual en trabajadoras de la salud». *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 79(2):92-101. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000200005>.
 15. El Yazidi, F. E., A. Boualame, S. Akammar, F. Zahrae Elfahiri, O. Aitbenlaassel, I. Adali, F. Manoudi, y F. Asri. 2019. «[Prevalence and characteristics of sexual dysfunction among Moroccan patients consulting for a first depressive episode]». *L'Encephale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.003>.
 16. Ozturk, Selda, Hatice Kahyaoglu Sut, y Leyla Kucuk. 2019. «Examination of Sexual Functions and Depressive Symptoms among Infertile and Fertile Women». *Pakistan Journal of Medical Sciences* 35(5):1355-60. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.5.615>.
 17. Vega M, Genaro, Patricia Jezabel Flores C, Javier Ávila M, Alma Becerril S, Alfredo Jesús Vega M, Nicolás Camacho C, y Pablo García S. 2014. «Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana». *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 79(2):81-85. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000200003>.
 18. Lo, Sue Seen-Tsing, y Wai-Ming Kok. 2014. «Sexual Behavior and Symptoms among Reproductive Age Chinese Women in Hong Kong». *The Journal of Sexual Medicine* 11(7):1749-56. <https://doi.org/10.1111/jsm.12508>.
 19. Zhang, Huiping, Susan Fan, y Paul S. F. Yip. 2015. «Sexual Dysfunction among Reproductive-Aged Chinese Married Women in Hong Kong: Prevalence, Risk Factors, and Associated Consequences». *The Journal of Sexual Medicine* 12(3):738-45. <https://doi.org/10.1111/jsm.12791>.
 20. Choi, Hoon, Jae-Heon Kim, Jae-Young Park, Ji-Sung Shim, Jeong-Gu Lee, Hae-Young Yoon, y Jae-Hyun Bae. 2014. «Assessment of sexual dysfunction and determination of its risk factors in the Republic of Korea». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1):60-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.10.006>.

21. Tehrani, Fahimeh Ramezani, Maryam Farahmand, Masoumeh Simbar, y Hosein Malek Afzali. 2014. «Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women» *Archives of Iranian medicine* 17(10):679-84.
22. McCabe, Marita P., Ira D. Sharlip, Ron Lewis, Elham Atalla, Richard Balon, Alessandra D. Fisher, Edward Laumann, Sun Won Lee, y Robert T. Segraves. 2016. «Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015». *The Journal of Sexual Medicine* 13(2):153-67. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>.
23. McCabe, Marita P., Ira D. Sharlip, Ron Lewis, Elham Atalla, Richard Balon, Alessandra D. Fisher, Edward Laumann, Sun Won Lee, y Robert T. Segraves. 2016. «Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015». *The Journal of Sexual Medicine* 13(2):144-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>.
24. Konstantinidis, Charalampos, Moira Tzitzika, Athanasios Bantis, Archontia Nikolia, Michalis Samarinas, Zisis Kratiras, Charalampos Thomas, y Konstantinos Skriapas. 2019. «Female Sexual Dysfunction Among Greek Women with Multiple Sclerosis: Correlations with Organic and Psychological Factors». *Sexual Medicine* 7(1):19-25. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.003>.
25. Zhang, Chunni, Jiali Tong, Lan Zhu, Lei Zhang, Tao Xu, Jinghe Lang, y Yu Xie. 2017. «A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors». *The Journal of Sexual Medicine* 14(11):1348-56. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.08.012>.
26. Cihan, Ahmet, y Esra Cihan. 2019. «Interrelation Between Appearance Anxiety and Sexual Functions in Women: The Role of Surgical Scars, Morphologic Features, and Accompanying Depression». *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.004>.
27. Fuentes, Ximena. 2016. «Sexualidad Humana y Disfunciones Sexuales». 81(2):3.
28. Pichot, Pierre, J. J. López-Ibor Aliño, y Manuel Valdés Miyar. 2001. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson.
29. Alcántara Montero, A., y C. I. Sánchez Carnerero. 2016. «Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico». *Medicina de Familia. SEMERGEN* 42(5): e33-37. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.008>.

30. Kingsberg, Sheryl A., y Terri Woodard. 2015. «Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire». *Obstetrics & Gynecology* 125(2):477-86. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620>.
31. Guibert Reyes, Wilfredo, Marianela Prendes Labrada, y Orquídea Portuondo Vicente. 1998. «Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina». *Revista Cubana de Medicina General Integral* 14(1):15-21.
32. González Marquetti, Teresa, Elisa Gálvez Cabrera, Neiza Álvarez Valdés, Flora Susana Cobas Ferrer, y Natalia Cabrera del Valle. 2005. «Drogas y sexualidad: grandes enemigos». *Revista Cubana de Medicina General Integral* 21(5-6):0-0.
33. Symonds, Tara, Mitra Boolell, y Frances Quirk. 2005. «Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women». *Journal of Sex & Marital Therapy* 31(5):385-97. <https://doi.org/10.1080/00926230591006502>.
34. Goldberg, D., K. Bridges, P. Duncan-Jones, y D. Grayson. 1988. «Detecting Anxiety and Depression in General Medical Settings». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 297(6653):897-99. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>.
35. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R. 1993. «Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria».
36. Martín Carbonell, Marta, Raquel Pérez Díaz, y Antonio Riquelme Marín. 2016. «Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos». *Universitas Psychologica* 15(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>.
37. Osada Lij, Jorge Enrique, Miguel Oswaldo Rojas Villegas, César Eduardo Rosales Vásquez, y Johann Vega Dienstmaier. 2008. «Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva». *Revista Medica Herediana* 19(3):102-7.
38. Wiegel, Markus, Cindy Meston, y Raymond Rosen. 2005. «The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores». *Journal of Sex & Marital Therapy* 31(1):1-20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>.
39. Juan Enrique Blümel M, Lorena Binfa E, Paulina Cataldo A, Alejandra Carrasco V., Humberto Izaguirre L., y Salvador Sarrá C. 2004. «Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer».
40. Mezones-Holguín, Edward, JE Blümel, Milagro Huevo, Rolando Vargas, Julio Castro, Wilder Cordova, Germán Valenzuela, y Camil Castelo-Branco. 2008. «Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal». *Gynecological endocrinology: the official journal of the*

International Society of Gynecological Endocrinology 24:470-74.
<https://doi.org/10.1080/09513590802273749>.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable y naturaleza	Escala de Medición	Instrumento	Categoría o unidad de medida	Definición conceptual	Definición operacional
Ansiedad	Independiente Cualitativa-Cuantitativa	Razón Discreta	Cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	Si No	Trastorno psicossomático	Puntaje \geq 4: si hay ansiedad Puntaje $<$ 4: no hay ansiedad
Depresión	Independiente Cualitativa-Cuantitativa	Razón Discreta		Si No	Trastorno del estado de ánimo	Puntaje \geq 2: si hay depresión Puntaje $<$ 2: no hay depresión
Disfunción Sexual Femenina	Dependiente Cualitativa-Cuantitativa	Razón Continua	Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	Si No	Dificultad de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea.	Puntaje \leq 26.55: si hay de disfunción sexual Puntaje $>$ 26.55: no hay disfunción sexual

Continuación

Variables Sociodemográficas	Tipo de Variable y naturaleza	Escala de Medición	Instrumento	Categoría o unidad de medida	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Independiente Cuantitativa	Razón discreta	Encuesta	años	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Número de años registrado en la encuesta
Carrera	Independiente Cualitativa	Nominal		Nombre de la carrera profesional que cursa actualmente	Carrera profesional que está estudiando	Carrera profesional que está estudiando en la URP
Año de Carrera	Independiente cualitativa	Ordinal		años	Año de la carrera que está cursando	Año de la carrera que está cursando en la URP
Cursos desaprobados	Independiente Cualitativa	Nominal		Si No	Curso en el que no se alcanzo el puntaje requerido para aprobar	Desaprobar algún curso de la carrera que esta cursando en la URP
Ingreso Económico	Independiente cualitativa	Nominal		Trabajo Apoyo Familiar Ambos	Entrada económica que recibe una persona	Medio por el que sustenta sus gastos
Religión	Independiente cualitativa	Nominal		Católica Evangélica Otra Ninguna	Sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad.	Religión que profesa
Estado civil	Independiente cualitativa	Nominal		Soltera Casada Conviviente	Situación de la persona en relación a una pareja.	Estado civil registrado en la encuesta
Edad de inicio de Relaciones sexuales	Independiente Cualitativa	Ordinal		≤ 18 año > 18 años	Edad en la que se tiene por primera vez sexo	Edad de inicio de relaciones sexuales registrado en la encuesta
Pareja sexual	Independiente	Nominal		Si No	Persona con la que se tiene sexo	Se cuenta con pareja sexual en el momento de la encuesta

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

ENCUESTA

Edad: _____ Fecha: _____

Carrera: _____ Año de carrera: _____

Ha desaprobado algún curso de la carrera: () Si () No

Fuente de Ingreso económico: () Trabajo () Apoyo familiar () Ambos

Religión: () Católica () Evangélica () Otra () Ninguna

Estado civil: () Soltera () Casada () Conviviente

Pareja sexual: () Si () No

Edad de inicio de las Relaciones sexuales: () ≤ 18 años () > 18 años

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG (EADG)

A continuación, le haré preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas. Marque solo una alternativa.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar respondiendo las preguntas 5 a 9; en caso contrario pasar a las preguntas correspondientes a subescala de depresión

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<u>Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores (subescala de depresión), continuar respondiendo las preguntas 5 a 9</u>		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

TOTAL ANSIEDAD (≥ 4)

TOTAL DEPRESION (≥ 2)

INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA (IFSF)

Instrucciones:

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

Definiciones:

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye jugos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye el deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)

- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el organismo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones. ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

