



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



ORIGINAL

Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule[☆]



G. Bustos B. y R. Pérez V*

Departamento Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

Recibido el 8 de mayo de 2017; aceptado el 12 de marzo de 2018

Disponible en Internet el 1 de junio de 2018

Índice de Función Sexual Femenina;
Disfunción sexual;
Autoestima;
Violencia de pareja

Resumen

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

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

Resultados: Se estudiaron 305 mujeres. El puntaje del IFSF obtenido fue de (25.6 ±7.12). Se observó un 41.6% de disfunción sexual, un 37% de desorden del deseo, un 12.1% dificultades de excitación, 9.5% problemas de lubricación, 63.3% desorden en el orgasmo, 13.4% de problemas de satisfacción sexual y 11.4% de dispareunia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el IFSF con autoestima, violencia en la pareja, nivel socioeconómico y estructura familiar.

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

© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Este artículo forma parte de la tesis para optar al Grado Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Concepción, Chile.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruperez@udec.cl (R. Pérez V).

<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.014>

0187-5337/© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Female sexual dysfunction index;
Sexual dysfunction;
Self-esteem;
And couple violence

Relationship between psychosocial factors and the Female Sexual Function Index in the rural population of the commune of Teno, Región del Maule, Chile

Abstract

Objective: To analyze the Female Sexual Dysfunction Index and its relationship with biopsychosocial factors in Teno's female population from June 2014 to January 2015.

Methodology: Transversal, analytical and quantitative, non-experimental study of female users who attended gynaecological or family planning clinics in CESFAM Morza, Teno. Simple random sampling. In this study, The Graffar Scales, Rosenberg, Smilkstein, partner violence questionnaire and Rosen et al., were used to assess socioeconomic status, self-esteem, family functionality, type of conjugal violence and sexual function. The data was analyzed through Infostat software, 2015 version. A variance analysis (ANOVA) and a nonparametric variance analysis were performed using the Kruskal-Wallis test, considering a significance level of $\alpha=.05$.

Results: 305 women were studied. A (25.6 ± 7.12) FSDI score was obtained. A 41.6% rate of sexual dysfunction and a 37% rate of desire disorder were observed in the women. Twelve point one percent of the women showed excitation difficulties, 9.5% lubrication problems, 63.3% orgasm disorder, 13.4% problems regarding sexual satisfaction, and 11.4% dyspareunia. The FSDI varied when it was related to self-esteem, couple violence, socioeconomic status and family structure. **Conclusions:** There is a correlation between the FSDI and the biopsychosocial variables studied. Low self-esteem, overweight and obesity, family dysfunction and couple violence (physical, psychological and sexual) determine sexual dysfunction.

© 2018 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales¹. Se relaciona íntimamente con la calidad de vida de las personas. Está inmersa en un sistema de integración que incluye al sistema nervioso, sistema endocrino, genoma y ambiente, los cuales apoyan los distintos procesos fisiológicos de la sexualidad y conducta sexual². Si existe alguna alteración en la sexualidad se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico, mental, llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral y social³.

Para el siglo XXI la expectativa de vida en la mujer es de 82.2 años⁴, su estilo de vida se ha modificado, haciéndose más activa física, intelectual y sexualmente y la influencia de los factores sociales, culturales y medioambientales en su salud también es distinta, por lo tanto las enfermedades que aparecen con mayor frecuencia y las que provocan mayor mortalidad han cambiado⁵. Esto en gran diferencia a su rol en la historia, marcado principalmente por su rol de madre, donde la sexualidad cobraba su principal importancia en la reproducción y la satisfacción de la pareja. El placer femenino no fue materia de relevancia por muchos

años, ya que no existía el espacio para el cuestionamiento de ello.

La sexualidad de la mujer es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo el conocimiento e identificación de sí misma, la manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema del que no se puede hablar libremente; esto se refleja cuando establecen una relación de pareja, el desconocimiento acerca de su propio cuerpo, funciones, sensaciones y necesidades, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante su desarrollo integral⁶.

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí. En 1996 Masters y Johnson describieron por primera vez la respuesta sexual femenina que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos). En 1974 Kaplan describió tres fases: deseo, excitación y orgasmo⁷.

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

afectan primariamente a alguno de tales componentes de modo más o menos selectivo⁷.

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo⁷.

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de: mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina⁷.

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los «puntos gatillo», como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas de del placer corticales⁷.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1994 desarrolló cuatro áreas: deseo, excitación, orgasmo y dolor, que clasifican los trastornos de respuesta sexual, posteriormente se agregaron dos más en el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions* en el año 2000 como es la lubricación y la satisfacción, adoptándose entonces seis dominios de evaluación⁸.

Rosen et al., en el 2000 desarrollaron un instrumento denominado «*The Female Sexual Function Index*» de 19 ítems, que agrupa estos seis dominios, el cual se encuentra validado en Chile y es considerado adecuado para evaluar la sexualidad en estudios epidemiológicos, como también para medir la respuesta a diferentes terapias en trabajos clínicos⁹. La disfunción sexual femenina es un problema multicausal y multidimensional, en el que se describen trastornos de tipo orgánico y psicológico.

La OMS define a la disfunción sexual como «las varias maneras en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como ella o él desearía»¹⁰.

La comunicación es el pilar fundamental en una relación de pareja, sin embargo, cuando existen dificultades sexuales, la comunicación puede afectarse o perderse completamente. Las disfunciones sexuales llegan a separar y distanciar a las parejas e incluso afectan los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral¹¹.

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo,

trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual de la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, dispareunia o vaginismo no debidos a una enfermedad médica), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada⁷.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar biopsicosocial, sin embargo en la práctica clínica es posible observar alteraciones en la función sexual femenina, las que generan problemas tanto personales como de pareja¹².

En Estados Unidos estos trastornos en la función sexual afectan al 50% de las mujeres en edad media¹². En Chile el 26% de las mujeres presentan alteraciones en su función sexual, comprometiendo principalmente el deseo y excitación y aumentando con la edad y nivel educacional bajo⁹.

Un estudio realizado por Nazareth et al., 2003, asoció la ocupación de la mujer con disfunción sexual; el desempleo en las mujeres de mayor edad fue considerado como un predictor demográfico para presentar problemas de disfunción sexual. También en este mismo se estudió la relación de pareja que es otro factor influyente en la función sexual. El no tener pareja estable disminuye la excitación, lubricación, orgasmo y aumenta la dispareunia. De acuerdo a este estudio se determinó que el perfil de disfunción sexual femenina era de una mujer mayor de 44 años, sin pareja estable, con práctica de alguna religión, desempleada y con baja autopercepción de calidad de vida¹³.

La OMS define la salud sexual como «la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencie la personalidad, la comunicación y el afecto»¹⁴.

Existen diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, farmacológicos, ambientales y de salud, que intervienen o pueden alterar la función sexual ocasionando alguna manifestación en la relación sexual de pareja. En ocasiones estas alteraciones de la sexualidad pueden derivar en problemas serios en la relación matrimonial y familiar¹⁵.

Las disfunciones sexuales suelen ser la manifestación de «problemas biológicos o de conflictos psíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores». Influyendo también el estrés o trastornos emocionales¹¹.

La violencia de género es un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género. Es un problema que puede incluir asaltos o violaciones sexuales, prostitución forzada, explotación laboral, aborto selectivo en función del sexo, violencia física y sexual contra prostitutas, infanticidio femenino, tráfico de personas, violaciones sexuales durante período de guerra, ataques homofóbicos hacia personas o grupos de personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgéneros, entre otros¹⁶. Es un problema que por tanto afecta habitualmente a la mujer.

Justificar la permanencia en una relación de violencia como, por ejemplo, el temor a la pérdida de las hijas e hijos, el terror ante represalias aún mayores, la presencia de dificultades económicas, las presiones del entorno social o familiar, el dominio y la violencia psicológica, la esperanza de que él cambie, una visión idealizada del amor y de su propia capacidad para cambiarle, entre otras¹⁷.

La OMS señala que «entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas». Dichos abusos, se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos y tienen graves consecuencias para la salud de la mujer, ya sea en forma de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, depresión o enfermedades crónicas. Así también los reportes de este organismo indican que hasta un quinto de las mujeres refieren haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años¹⁸.

La violencia contra la mujer es un grave atentado a los derechos humanos de la mujer y la niña. Se definió como violencia contra la mujer «a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». Dichos actos de violencia se pueden producir en el interior de la familia, en la comunidad y en el Estado¹⁹.

En Chile durante el año 2011, 1873 mujeres murieron por causas externas, 40 de ellos correspondieron a casos de femicidio, equivalentes al 2% del total de muertes por esta causa. Una estadística que lamentablemente no ha cambiado drásticamente en los últimos años. De hecho, el 2013 se registraron otros 40 casos de femicidio, que afectaron a mujeres cuya edad oscilaba entre los 19 y 69 años²⁰.

Del mismo modo, la encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales²⁰ realizada el año 2012 por el ministerio de Interior mostró que un 31.9% de las mujeres entre 15 y 65 años, declaraba haber sufrido alguna forma de violencia familiar alguna vez en su vida. Al analizar las distintas formas de violencia, 30.7% acusaba haber recibido violencia psicológica, 15.7% violencia física y 6.3% violencia sexual. Este estudio además mostró algunas características transversales entre aquellas mujeres que reconocieron haber sido agredidas, en cualquiera de sus formas. Era más frecuente en las mujeres residentes de algunas regiones (XV, VI y VIII), en niveles socioeconómicos más bajos (niveles D y E), en mujeres jefas de hogar, o cuando había educación obligatoria incompleta (media en el caso de la violencia psicológica o física, básica en el caso de la violencia física o sexual) y más prevalente en ciertos grupos etarios (entre 36 y 45 años). Al analizar las características del agresor más del 50% de las veces correspondía a la pareja y muchas veces los episodios violentos se asociaban al consumo de estimulantes como alcohol (entre 20 y 40%) y drogas (entre 7 y 11%)²⁰.

Dentro de los factores que se asocian a la disfunción sexual femenina se describe que una baja autoestima y obesidad, se asocian a una disminución del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)²¹.

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

Según el estudio de Vega et al. en una población mexicana en el año 2014 el trabajar fuera del hogar fue el factor asociado a la disfunción femenina más frecuente después de la edad, probablemente el que la mujer juegue un doble rol en la dinámica familiar, ama de casa y trabajadora, provoque un cansancio físico y emocional que redunde en la calidad de la relación conyugal, similar a lo reportado por Clayton et al. en el año 2009, quienes en su estudio muestran que el 24% de las mujeres estudiadas presentaron algún tipo de problema conyugal, y laborar fuera del hogar pudiera participar como único factor o bien como detonante, cuando yacen entidades patológicas de fondo como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad¹⁵.

Existen otros factores de riesgo que se asocian a la disfunción sexual como lo es el consumo de tabaco, menopausia, dieta, estado civil, edad, nivel educacional, multiparidad, desempleo y enfermedades crónicas con la sexualidad. También se mencionan cirugías, antecedentes culturales y actividad deportiva. Sin embargo los resultados no son concluyentes en la mayoría de los casos, reflejando la necesidad de estudios a futuro en este ámbito¹¹.

Es conocida la influencia del alcohol sobre el deseo y la conducta sexual ya que en dosis bajas y moderadas el alcohol logra inhibir los centros cerebrales que dirigen el miedo y la ansiedad lo que reduce las inhibiciones sexuales y ello puede producir un incremento en el impulso sexual¹¹. La ingesta masiva de alcohol deteriora la respuesta sexual generando en la mujer la supresión de su capacidad orgásmica¹¹.

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

Métodos

Diseño metodológico. Estudio transversal, analítico, no experimental con enfoque cuantitativo, que determinó el IFSF con una serie de variables biopsicosociales.

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

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

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

Lugar y período de investigación. La aplicación de encuestas fue realizada dentro del box materno al momento en que acudían a control ginecológico o de planificación

familiar. Las mujeres fueron enroladas aleatoriamente de acuerdo a la fecha en que asistían a control. El tiempo comprendido para la aplicación de encuestas fue desde junio de 2014 a enero de 2015.

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

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

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

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

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

Los instrumentos de medición para la obtención de datos fueron:

- Escala de Autoestima de Rosenberg, consiste en 10 preguntas divididas equitativamente en positivos y negativos.
- Apgar familiar, es un cuestionario autoadministrado de 5 preguntas cerradas.
- El IFSF, consiste en 19 preguntas agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- Encuesta de violencia en la pareja, el instrumento consta de cuatro dominios: violencia psicológica, física, sexual y económica.
- Escala de Graffar, considera la evaluación de cuatro variables, emplea una escala tipo Likert del 1 al 5.
- Encuesta biodemográfica, encuesta para obtención de datos biodemográficos de la usuaria.

Análisis estadístico. Los datos obtenidos se ingresaron en una planilla Excell y fueron analizados utilizando el software Infostat, Versión 2014. Se realizó análisis de varianza (ANOVA) para los objetivos que cumplieran con dicha característica de análisis. En caso del no cumplimiento de dichos supuestos, se realizó un análisis de varianza no paramétrico, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis, considerando un nivel de significación $\alpha=0.05$. Las variables numéricas fueron expresadas como media (d.e.) y las variables categóricas

se expresaron como frecuencia numérica (n) y como frecuencia relativa (%).

Resultados

Perfil biopsicosocial. Las mujeres de la localidad de Morza, de la Comuna de Teno, en el momento del estudio se encuentran en su mayoría con relaciones de parejas estables; en convivencia un 31% (n=95) y casadas un 44% (n=135). La actividad principal fue el trabajo de temporada en fundos y terrenos agrícolas de la zona y labores del hogar, ambos con un 41% (n=125). Un 52.1% (n=159) cursó solamente la educación básica, un 38% (n=115) la educación media y solo un 10% (n=31) la educación superior. El 22.9% de ellas no terminó la educación básica. El 81% (n=246) de ellas se encontraba con algún grado de sobrepeso y obesidad. Solo el 19% (n= 58) de las mujeres tuvo un estado nutricional normal en relación con su talla y su peso.

La mayoría de las mujeres en estudio en el momento de la entrevista se encontraba utilizando algún método de planificación familiar, siendo los anticonceptivos orales el más utilizado con un 49% (n= 149). Solo un 17% (n=52) de ellas, manifestó no estar utilizando ningún método.

El promedio de hijos de las mujeres encuestadas fue de 1.78 hijos con un rango de ninguno a 9 hijos, dato similar al número de embarazos. La edad de sus parejas, el promedio fue de 40 años obteniendo un rango de 19 a 80 años. Finalmente el número de parejas sexuales promedio fue de 2.27. La mayoría de las encuestadas refirió tener solo una pareja sexual en su vida con un 49.1% (n=150), seguidas de un 36% (n=110) con dos a tres parejas. Un porcentaje muy bajo de ellas manifestó tener seis y más parejas, solo un 4.3% (n=13).

El perfil psicosocial de las mujeres en estudio fue de autoestima alta con un 52% (n=159), familias funcionales con un 76.3% (n=233), nivel socioeconómico de pobreza relativa 72.7% (n=222), al momento de la encuesta no se encontraba viviendo episodios de violencia con un 81% (n=245) (tabla 1).

Considerando que el puntaje mínimo requerido para la función sexual femenina normal es mayor a 26 puntos y que se trabajó con el promedio de cada dominio: excitación, lubricación, orgasmo y dolor con un puntaje de corte sobre 3 puntos y para los dominios deseo sobre 3.6 y satisfacción sobre 3.4 puntos respectivamente, se obtuvo que el promedio de IFSF de las mujeres en estudio fue de 25.6 puntos con una desviación estándar de 7.12. Los dominios con menor puntuación fueron el deseo y el orgasmo (tabla 2).

El índice de función sexual femenina (IFSF) logra su máxima expresión alrededor de los 20 a 24 años (28.21 ± 3.2). Luego disminuye, encontrando su menor puntuación desde los 55 a 59 años. Un dato muy relevante es el descenso que se produce de los 30 a 34 años para luego aumentar desde los 35 a 44 años aproximadamente.

Se observa que en los dominios de menor puntuación las edades que obtuvieron menor puntuación para deseo son de 60 a 54 años y para orgasmo 55 a 59 años. Ambos tienen su mayor puntaje de 20 a 24 años (tabla 3).

El 41.6% de las encuestadas presenta un puntaje inferior a 26.5 lo que determinaría la presencia de disfunción sexual en donde la media también determinaría disfunción sexual.

Tabla 1 Nivel de autoestima, tipo de violencia, funcionalidad familiar y estrato socioeconómico de las mujeres en estudio

	N	%
Autoestima		
Baja	53	17.3
Media	93	30.5
Alta	159	52.1
Apgar familiar		
Disfunción familiar severa	33	10.8
Disfunción familiar moderada	39	12.8
Familia funcional	233	76.3
Nivel Socioeconómico		
Clase media alta	4	1.3
Clase media media	57	18.7
Pobreza relativa	222	72.7
Pobreza crítica	22	7.2
Violencia en la pareja		
Física	22	7.2
Psicológica	19	6.2
Física + psicológica	18	5.9
Sexual	1	0.3
Sin violencia en la pareja	245	80.3
Total	305	100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2 Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio

Dominio	Media (DE) (n=305)	Mín. - máx.
IFSF	25.6 (7.12)	2.0 - 36.0
Deseo	3.62(1.15)	1.2 - 5.0
Excitación	4.34(1.46)	0.0 - 5.0
Lubricación	4.98(1.59)	0.0 - 5.0
Orgasmo	3.0 (1.49)	0.0 - 5.0
Satisfacción	4.77(1.4)	0.8 - 5.0
Dolor	4.92(1.62)	0.0 - 5.0

Fuente: elaboración propia.

Los dominios con mayor porcentaje de disfunción sexual lo alcanzaron el orgasmo en un 63.3% y el deseo en un 37%. Los dominios con mayor puntuación fue la lubricación con un 90.5%, el dolor con un 88.6%, y satisfacción con un 86.6% (tabla 4).

Como se observa en la tabla, al relacionar las mujeres que no sufrieron de violencia con aquellas que refirieron algún grado de violencia psicológica, se puede observar que las mujeres que no vivieron violencia obtuvieron un puntaje de IFSF mayor que aquellas que refirieron violencia, sea esta de tipo leve, moderada y severa. Diferencias que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) La violencia en la pareja sería un determinante a la hora de la disfunción sexual (tabla 5).

Considerando el valor mínimo requerido para diferenciar la función sexual normal y la disfunción sexual femenina, se puede observar que las mujeres de los estratos medio alto y medio medio presentaron una función sexual femenina normal, mientras que las mujeres de estratos socioeconómicos clasificados como pobreza relativa y crítica presentaron un valor de IFSF en categoría de disfunción sexual, estas diferencias resultaron estadísticamente significativas. Por lo que el estrato socioeconómico es un determinante para la disfunción sexual (tabla 6).

Las mujeres con familias funcionales obtuvieron un puntaje de IFSF mayor que aquellas mujeres que presentan algún tipo de disfunción familiar, diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.0002$). Por lo que la disfuncionalidad familiar es una variable asociada a la disfunción sexual femenina (tabla 7).

Las mujeres que presentaron autoestima alta (52.1%) obtuvieron valores de IFSF de 26.8 puntos versus las mujeres con autoestima media y baja las que presentaron puntaje IFSF de menor puntaje (25.36 y 22.60 respectivamente), estas diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 8).

Discusión

De las 305 mujeres estudiadas con edades que fluctuaron entre 20 a 64 años, el promedio de puntaje de IFSF fue de 25.6 ± 7.12 , puntaje inferior al obtenido en el estudio de Blumel et al., con un grupo de mujeres de 20 a 59 años cuyo

Tabla 3 Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina de las mujeres en estudio

Edad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	IFSF
[20 - 24]	4.0±0.8	4.8±0.8	5.5±0.7	3.4±1.1	5.3±0.9	5.0±1.3	28.2±3.2
[25 - 29]	3.8±1.1	4.7±1.1	5.4±1.0	3.0±1.3	5.0±1.1	5.1±1.3	27.1±5.0
[30 - 34]	3.7±1.0	4.4±1.3	5.0±1.4	2.8±1.2	4.6±1.3	5.0±1.4	25.8±6.2
[35 - 39]	3.5±1.2	4.4±1.2	5.0±1.2	3.3±1.4	4.7±1.3	4.9±1.4	26.0±6.0
[40 - 44]	3.8±0.9	4.6±1.2	5.1±1.4	2.9±1.5	5.0±1.1	5.1±1.3	26.7±6.3
[45 - 49]	3.3±1.3	3.7±1.6	4.4±1.9	3.0±1.5	4.4±1.41	4.9±1.7	23.9±8.3
[50 - 54]	2.7±1.2	3.2±2.1	3.6±2.2	2.2±1.7	4.1±1.86	4.1±2.2	20.0±9.9
[55 - 59]	2.8±1.2	3.0±2.5	3.4±2.8	1.8±1.9	3.5±2.31	3.6±3.0	18,3±13.3
[60 - 64]	2.7±0.8	3.4±1.7	4.5±2.1	2.5±1.5	4.4±1.81	4.9±2.2	22.7±9.6
Total	3.6±1.1	4.3±1.4	4.9±1.5	3.0±1.4	4.7±1.4	4.9±1.6	25.6±7.1
P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4 Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por dimensión evaluado

Ítem	Media (DE) IFSF	Mayor al puntaje esperado n	%	% Disfunción
IFSF (total)	25.63 ± 7.2	178	58.4	41.6
Dominios				
Deseo	3.62 ± 1.15	192	63.0	37.0
Excitación	4.34 ± 1.46	268	87.9	12.1
Lubricación	4.98 ± 1.58	276	90.5	9.5
Orgasmo	3.00 ± 1.49	112	36.7	63.3
Satisfacción	4.77 ± 1.40	264	86.6	13.4
Dolor	4.92 ± 1.62	270	88.6	11.4

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5 Índice de Función Sexual Femenino y su relación con violencia psicológica

Violencia psicológica	N	%	Medias	DE	H	P
Sin violencia	115	37.7	27.24	6.66	48.44	<0.0001
Leve	153	50.1	25.88	6.73		
Moderada	33	10.8	20.32	6.98		
Severa	4	1.3	14.13	6.31		
Total	305	100				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6 Índice de Función Sexual Femenino y su relación con el nivel socioeconómico

Estratos	N	%	Medias	DE	H	p
Clase media alta	4	1.3	30.83	0.93	14.35	0.0025
Clase media media	57	18.7	27.7	5.13		
Pobreza relativa	222	72.7	25.38	7.07		
Pobreza crítica	22	7.2	21.89	10.24		
Total	305	100				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7 Índice de Función Sexual Femenino y su relación con la estructura familiar

Funcionamiento familiar	N	%	Medias	DE	H	p
Disfunción familiar severa	33	10.8	22.5	7.26	16.85	0.0002
Disfunción familiar moderada	39	12.8	23.93	7.96		
Familia funcional	233	76.3	26.36	6.8		
Total	305	100				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8 Índice de Función Sexual Femenino y su relación con autoestima

Autoestima	N	%	Medias	DE	H	p
Baja	53	17.3	22.6	8.31	20.82	<0.0001
Media	93	30.5	25.36	6.36		
Alta	159	52.1	26.81	6.83		
Total	305	100				

IFSF fue de 27.6 ± 5.8 puntos. También, las cifras obtenidas difieren de lo reportado por el estudio de Valenzuela et al.⁸, en otro grupo de mujeres chilenas con el rango de edad similar al de este estudio, cuyo puntaje de IFSF promedio fue de 27.9 ± 6.0 . Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son similares al estudio de Artiles et al.²² realizado en mujeres españolas de 18 a 76 años con un valor IFSF de 25.4.

En este estudio se determinó que el 41.6% de las mujeres presentan disfunción sexual, cifra superior a la obtenida por Kamei et al.²³, en un estudio chileno de prevalencia de trastornos de la sexualidad realizado el año 2005, en el cual el 38.7% presentó disfunción sexual y muy superior al Estudio Multicéntrico Latinoamericano del año 2009, en el que las mujeres chilenas estudiadas presentaron un 36% de disfunción sexual²⁴.

De acuerdo a las dimensiones estudiadas, el estudio arrojó que los porcentajes de disfunción sexual para el deseo fue de un 37%, para la excitación 12.1%, lubricación 9.5%, orgasmo 63.3% y satisfacción un 13.4%. Datos muy disímiles a los obtenidos por Castelo et al. en el año 2003²⁵, con 534 mujeres entre 44 y 64 años de edad, reportó que el 51.3% presentaba algún problema sexual; 37.8% presentaba disminución del deseo, 33.6% alteración en la excitación, 34.8% dispareunia, 26% dificultad en el orgasmo.

En esta investigación, los dominios del IFSF, que presentaron mayor porcentaje de disfunción fue el deseo con un 37% y el orgasmo con un 63.3%, cifra similar obtenida por Lauman et al. con un 32%¹² e inferior a la obtenida por Kamel et al. con un 52.9%. Este último estudio incluyó mujeres de 15 a 69 años²³. Del mismo modo el estudio mexicano realizado por Sánchez et al. 2007,¹⁵ investigó la relación de factores psicológicos con el deseo sexual femenino y masculino, el estudio determinó que las mujeres con deseo sexual hipoactivo presentaban un disminución en la puntuación de autoestima. Otros factores estudiados y que se relacionaba estrechamente con deseo sexual hipoactivo fueron la experiencia de abuso sexual infantil, los temores a la sexualidad y los problemas conyugales.

La respuesta orgásmica disminuida, estuvo presente en el 63.3% de las encuestadas, porcentaje mayor al obtenido por Lauman et al. en el año 1999, con un 7%¹² y del obtenido por Valenzuela et al. en el año 2014 de 9.7%⁸. Sin embargo, esta cifra se contraponen con el 86.6% de las mujeres que manifestó estar satisfecha con sus relaciones sexuales, lo cual no estaría en concordancia respecto al alto porcentaje de disfunción sexual manifestado por las mismas encuestadas. Una posible explicación a los hallazgos de este estudio sería que el 49.1% de las encuestadas manifestó tener solo una pareja sexual en su vida cuya edad promedio de la pareja alcanzó los 40 años, considerando aún más que más de la mitad de las encuestadas obtuvo un nivel de escolaridad básica, estas variables según el estudio de Blum et al.⁹ serían la causa del alto porcentaje de falla orgásmica.

En cuanto al funcionamiento sexual y los factores asociados, al comparar los datos obtenidos en relación con el índice de función sexual y el estado nutricional, los estudios señalan que cuanto mayor es el IMC mayores son los prejuicios en el funcionamiento sexual, ya que las mujeres relatan peor calidad de la vida sexual²⁶.

En una revisión de 57 estudios compilados por Pubmed 2012, donde se relacionó la imagen corporal con la sexualidad en mujeres sanas, este concluyó que los problemas de imagen corporal podrían afectar todos los dominios de la función sexual²⁷. Por su parte Esposito et al. en el año 2007²⁸ en su estudio que relacionó el peso corporal, la distribución de grasa corporal y la función sexual en mujeres de 52 años, obtuvo que el deseo y el dolor no se relacionan con el IMC, pero que el resto de parámetros sí, la puntuación IFSF fue significativamente menor en mujeres con sobrepeso en comparación con las mujeres de peso normal obteniendo una relación inversa entre IMC y función sexual: a mayor IMC es menor la satisfacción sexual. Sin embargo, en este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas en el IFSF en mujeres con sobrepeso y obesidad versus mujeres con peso normal, lo cual permite proponer un nuevo aspecto para analizar sobre esta variable, por ejemplo evaluar la imagen corporal y autoconcepto más que el IMC por sí solo.

Al relacionar el índice de función sexual femenino con el nivel socioeconómico, los resultados de este estudio coinciden con el único estudio actual que relaciona ambas variables; Ruiz et al., 2013²⁹, establecieron una relación directa entre la satisfacción sexual y los factores socioeconómicos, como se observó en este estudio donde mujeres de estratos socioeconómicos categorizados como pobreza presentaron mayor disfunción sexual.

Al relacionar el IFSF con la violencia, un estudio de mujeres españolas reportó que las relaciones de pareja estables generaban mayor satisfacción que aquellas esporádicas²⁹ siendo este grupo el 72% de las encuestadas. En este mismo estudio, también se obtuvo que el 6.5% de mujeres tubo alguna relación sexual en contra de su voluntad a lo largo de su vida, y el 6.1% de mujeres manifestaron haber sufrido abuso sexual o violadas en algún momento de su vida. Se concluyó que mujeres de posición económica baja sufrieron más de violencia sexual²⁹. Esto podría hacer sospechar que las mujeres encuestadas tienen una alta probabilidad de haber sufrido violencia con parejas anteriores, dato que podría ser una limitante en el estudio.

Cuando se relaciona el IFSF con la dinámica familiar, se observa que mujeres que refieren una funcionalidad familiar normal no presentan alteraciones en el IFSF (26.3), mientras que la existencia de disfunción familiar siendo moderada IFSF (23.9) o severa IFSF (22.5) sí generaría disfunción sexual. Sin embargo, no existen estudios que comparen directamente ambas variables, por lo que se podrían abrir nuevos ámbitos de estudio, para analizar factores influyentes en la sexualidad como la dinámica familiar, el ciclo familiar y el contexto social.

El elevado porcentaje de disfunción sexual en este grupo de mujeres estudiadas se explica en que más de la mitad de ellas no superó la enseñanza básica, dato similar al obtenido en el estudio de Lauman et al. en el año 1999¹², un mayor nivel educacional disminuiría el riesgo de trastornos de la sexualidad, según Lauman un mayor nivel educacional disminuiría en un 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales.

Al relacionar el índice de función sexual femenino y autoestima, se determina que los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con el de Sánchez et al. 2010³⁰, donde se señala que uno de los factores incidentes de trastornos

orgásmicos sería la baja autoestima, en este estudio el 63.3% de la población estudiada presentó disfunción orgásmica. Del mismo modo, el estudio de Carroles et al., 2011³¹, sostiene que la satisfacción sexual se relaciona con puntajes de autoestima alto.

En relación al IFSF y la violencia en la pareja, el estudio de Zorozabal de la Cruz et al., 2009³², determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica por parte de la pareja y disfunción sexual de origen no orgánico de mujeres en edad fértil, resultado similar al obtenido en este estudio, ya que las usuarias que manifestaron violencia psicológica clasificada de leve a grave presentaron disfunción sexual. Del mismo modo la violencia sexual y física también comparten el mismo criterio; la disfunción sexual femenina es proporcional al grado de violencia en la pareja.

El estudio de Vega et al., 2014¹⁵, en una población de mujeres mexicana, determinó que las labores fuera del hogar son un factor asociado a la disfunción femenina, ya que es posible que la mujer juegue un doble rol en la dinámica familiar, dueña de casa y trabajadora, esta situación puede provocar un cansancio físico y emocional que redunde en la calidad de la relación conyugal, similar situación ha sido reportada por Clayton et al., 2009³³, en dicho estudio el 24% de las mujeres presentaron algún tipo de problema conyugal, en el cual el trabajo fuera del hogar resultó como único factor causal.

En el estudio de Sanchez et al., 2007³⁴, con 403 mujeres de centros de atención primaria en poblaciones rurales, semiurbanas, urbanas y metropolitana, se obtuvo que los factores desencadenantes de disfunción sexual eran: problemas de salud mental (síndrome ansioso-depresivo) 38.6%, embarazo (20.8%), nacimiento de un hijo (18.3%), uso de anticonceptivos (21.7%), uso de fármacos (5.9%), violencia doméstica (3.4%) y problemas de pareja (35.1%).

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

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

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

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

Conclusiones

Al finalizar el estudio se puede concluir que esta población presentó un elevado porcentaje de disfunción sexual (41.6%) con un valor de IFSF promedio de 25.6. La variable autoestima influye en el IFSF, las encuestadas con baja autoestima obtuvieron puntuaciones de IFSF inferiores a aquellas que presentaron autoestima alta. Cuando se relaciona el IFSF con la estructura familiar se observa que la disfunción familiar también es un factor que desencadena disfunción sexual, al igual que el nivel socioeconómico. La presencia de violencia de género en cualquiera de sus formas (física, sexual y psicológica) genera disfunción sexual, especialmente la violencia de tipo psicológica.

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Ginebra:OMS 28-31 January 2002 [consultada 20 Ene 2016]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Montoya L. Sexualidad humana, valoración clínica y ginecológica; protocolos y tratamiento. En: Bajo J, Vicens L, Montosa X, editores. *Fundamentos de Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 285-91.
3. Cancio R, María R. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina: asociación con otras enfermedades y factores de riesgo (tesis doctorado) [internet]. Universidad ciencias médicas de la Habana. 2012 [citado 14 Jul 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/550/1/RMReal.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística. INE. Evolución de la mortalidad en Chile, según causas de muerte y edad. 1990-2007 [consultado 20 Abr 2017]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/Esperanza_al_nacer_ano_regiones_mujeres_1990-2007.htm
5. Chavarría-Olarte ME, Palomo-Piñón S, Danel I, Granados-Martínez J. La investigación en la salud de la mujer en el siglo XXI. *Cir Ciruj*. 2002;70:194-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc023m.pdf>
6. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Cienc Enferm*. 2003;9:55-64.

7. Castroviejo F. Función sexual femenina en Castilla y León: rangos de normalidad [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2010. 330 p.
8. Valenzuela PR, Contreras GY, Manriquez SK. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* Santiago. 2014, vol.79 n.º 2.
9. Blümel EJ, Binfa L, Cataldo PA, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2004; 69.
10. Pérez C, Vargas I, Cisneros M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. *Rev Mex Urol.* 2008;68:98–102.
11. Matute V, Arévalo C, Espinoza A. Estudio transversal: prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del Hospital «José Carrasco Arteaga». *Rev Med HJCA.* 2016;8:19–24.
12. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Dysfunction in the United States. *Jama.* 1999;281:537–44.
13. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *BMJ.* 2003;327:423–32.
14. OMS., Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra: OMS; 1975.
15. Vega MG, Jezabel Flores CP, Ávila MJ, Becerril SA, Jesús Vega MA, Camacho CN, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2014;79:81–5.
16. Kilmartin C, Allison J. Men's violence against women: Theory, research and activism. Psychology Press. 2007:278.
17. Melgar P, Valls R. "Estar enamorada de la persona que me maltrata": socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género. *Trabajo Social Global.* 2010;1:149-61.
18. Organización, Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Departamento de Género, Mujer y Salud; Ginebra; 2005. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/es/>
19. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993 [consultado 20 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)
20. Ministerio del Interior. Encuesta Nacional de VIF y delitos sexual, AdimarkGfK, 2013.
21. Pujols Y, Meston C, Seal B. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med.* 2010;7:905–16.
22. Artiles V, Gutiérrez M, Sanfélix J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Aten Primaria.* 2006;38:339–44.
23. Kamei L, Kamei J. Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio de gineco-obstetricia de hospital la Serena. *Rev Chil Urol.* 2005;70.
24. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16:1139–48.
25. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-age woman: influencias of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynecol.* 2003;23:426.
26. Santos A. Imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima en mujeres brasileñas con un índice de masa corporal (IMC) elevado [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015. 106 p.
27. Woertman L, Van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res.* 2012;49(2-3):184–211.
28. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, B Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.* 2007;19:353–7.
29. Ruiz – Muñoz D, Wellings K, Castellanos –Torres E, Alvarreez –Dardet C, Casals-Cases M, Perez G. Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology.* 2013:620–8.
30. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Corres Ayala N, Henales Almaraz C. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. *Psicología y Salud.* 2010;20:251–60.
31. Carrobbles J, Gámez-Guadix M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología.* 2011;27:27–34.
32. Zorozabal De la Cruz G. Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer, Hospital Loayza, 2009 [tesis magister]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. 61 p.
33. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol North Am.* 2009;36:861–76.
34. Sánchez Bravo C, Corres Ayala N, Blum Grynberg B, Carreño Meléndez J. Profile of the relationship between psychological factors and hypoactive sexual desire in men and women. *Salud Ment.* 2009;32.