# UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

**ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL Y SUCESOS DE VIDA EN MUJERES ADULTAS ENTRE 35 Y 65 AÑOS DE ZONA OESTE DEL GRAN BUENOS AIRES**

**AUTORA:** SOL MANGIAROTTI

**TUTOR:** DR. ANGEL ELGIER

**TÍTULO A OBTENER CON LA PRESENTACION DE LA TESIS**: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

Diciembre 2020

**Índice**

**Agradecimientos** ..... 4
**Resumen** ..... 5
**Abstrac** ..... 6
**CAPÍTULO I** ..... 7
**Planteamiento del problema** ..... 8
**introducción** ..... 8
**Antecedentes** ..... 11
**Pregunta de investigación** ..... 16
**Justificación** ..... 17
**Objetivos** ..... 18
**Hipótesis** ..... 19
**CAPITULO II** ..... 20
**Marco teórico** ..... 21
***Sucesos de Vida*** ..... 21
***Estrés*** ..... 22
***Sexualidad*** ..... 25
***Disfunción sexual*** ..... 30
**CAPITULO III** ..... 37
**Metodología** ..... 38
***Diseño*** ..... 38
***Participantes*** ..... 38
***Instrumentos*** ..... 39
***Procedimiento*** ..... 40
**CAPITULO IV** ..... 42
**Resultados** ..... 43
**Caracterización de la muestra** ..... 43
**Descripción de las variables** ..... 47
**Cruce de variables** ..... 48
**CAPÍTULO V** ..... 59
**Conclusión y discusión** ..... 60
**CAPÍTULO VI** ..... 65
**Referencias** ..... 66

**CAPÍTULO VII**..... 72

**Anexos**..... 73

**Agradecimientos**

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia que siempre estuvo para apoyarme y alentarme, principalmente a mi mamá por ser mi sostén en todos los sentidos, a mi hermana por estar siempre para mi acompañándome en las noches de estudios, a mi papá que a pesar de los 1600 km de distancia siempre estuvo para apoyarme y decirme las palabras justas, y a mi abuelo y mis abuelas (la cual una hoy ya no está) haciéndome saber lo orgullosos que estaban de mí, felicitándome en cada logro.

También quiero agradecerle a Florencia Ferrero, la cual es incondicional para mí, por ayudarme siempre, tenerme tanta paciencia y transcurrir este camino juntas, además de como compañeras como amigas.

Este logro es, en gran parte, gracias a ustedes, porque sin ustedes nada de esto sería posible.

También, gracias a mi tutor quien me realizó las correcciones pertinentes para poder llevar a cabo este último paso.

**Resumen**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer si existe la relación entre el Impacto Emocional de los Sucesos de Vida Estresantes [ESV] y el Índice de Función Sexual [IFSF] en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires. El diseño fue de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo, alcance correlacional y corte transversal.

Se trabajó con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, conformado por 89 participantes mujeres entre 35 y 65 años que pertenecían a Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Se administró la Escala Sucesos de Vida [ESV] (Casullo y Aszkenazi, 1991; adaptación argentina: Casullo, 1998), y el cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina [IFSF] (Rosen et al., 2000; validación chilena: Blümel et al., 2004).

Los resultados evidenciaron que las personas con mayor nivel de Impacto Emocional de los ESV poseen menor IFSF, la relación fue significativa de tipo inversa y con una fuerza del vínculo baja, lo mismo sucedió con las dimensiones del IFSF como: Deseo, Lubricación y Dolor.

En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas la Edad se relacionó de forma inversa con el Deseo y la Satisfacción. También se encontró diferencia significativa entre las mujeres con y sin hijos, siendo las ultimas quienes poseen mayor dolor en las relaciones sexuales y a su vez mayor Impacto Emocional de ESV. Por último, quienes poseen más cantidad de hijos tienen menor IFSF en la dimensión Orgasmo, es decir cuanta más cantidad de hijos menos experimentación de orgasmos.

**Palabras claves:** Sexualidad femenina - Disfunción Sexual - Sucesos de vida estresantes

**Abstrac**

The present research work aimed to know if there is a relationship between the Emotional Impact of Stressful Life Events [ESV] and the Sexual Function Index [IFSF] in women between 35 and 65 years of West Zone of Buenos Aires. The design was non-experimental, quantitative focus, correlal scope and cross-sectional.

We work with an intentional non-probabilistic sampling, consisting of 89 female participants between 35 and 65 years old who belonged to the Western Zone of Buenos Aires.

The Life Events Scale [ESV] was administered (Casullo and Aszkenazi, 1991; Argentine adaptation: Casullo, 1998), and the Female Sexual Function Index (IFSF) questionnaire (Rosen et al., 2000; Chilean validation: Blümel et al., 2004).

The results showed that people with the highest level of Emotional Impact of ESV possess lower IFSF, the relationship was significant inverse type and with a low bond strength, the same was true of the dimensions of IFSF such as: Desire, Lubrication and Pain.

With regard to the analysis of sociodemographic variables, age was inversely related to Desire and Satisfaction. Significant difference was also found between women with and without children, with the latter having the greatest pain in sexual intercourse and the increasing emotional impact of ESV. Finally, those who have the most children have lower IFSF in the Orgasm dimension, i.e. the more children less orgasm experimentation.

**Keywords:** Female Sexuality - Sexual Dysfunction - Stressful Life Events

# CAPÍTULO I

## Planteamiento del problema

### Introducción

Dado que la sexualidad siempre fue un tema relevante y de importancia para el ser humano, resulta interesante investigar sobre las causas o factores involucrados en la disfunción sexual femenina ya que en la mayoría de la bibliografía se encuentran investigaciones sobre las disfunciones sexuales mayormente en los hombres o contextos de abusos sin vincularlas con un factor psicológico específico, como son los sucesos vitales y el estrés que estos causan.

Esta investigación se llevó a cabo partiendo de la motivación de comprender las causas o factores intervinientes en la disfunción sexual femenina. De acuerdo con el rastreo del estado del arte se sabe que el estrés puede ser una de estas causas o un factor influyente que conlleva efectos negativos en la vida de los sujetos y también afecta el ciclo de respuesta sexual de los mismos (Hamiltton y Meston, 2013).

Por este motivo el siguiente trabajo de investigación pretende analizar la relación entre el estrés o más específicamente los sucesos que lo desencadenan y el impacto emocional que producen los mismos con el Índice de Función Sexual Femenino.

Durante la historia la mujer ha ocupado un lugar en la sociedad, donde se la concebía como objeto de placer sexual masculino. Hoy esta concepción ha cambiado y la sexualidad de la mujer se entiende desde una mirada más liberadora, no solo en el aspecto sexual sino también en otros aspectos de la vida cotidiana.

Sin embargo, la mayoría de los sujetos pasan por eventos que resultan estresantes, por lo cual el objetivo de esta investigación parte de conocer si la presencia de uno o más eventos que generen estrés y sigan teniendo un fuerte impacto emocional en su vida, podrían afectar el área de la sexualidad y tener mayor probabilidad de presentar disfunción sexual.

A su vez la edad puede ser un factor relacionado con la función sexual ya que la sexualidad de la mujer tiene su máxima expresión entre los 35 y 40 años, luego de esta edad el

deseo y la excitación se reducen. Ciertas investigaciones evidencian que las parejas de más edad poseen una frecuencia menor con respecto a las relaciones sexuales (Blümel et al., 2004). Entre los 40 y los 50 años se logra alcanzar el orgasmo más consistentemente porque la mujer posee más conocimiento de su propia sexualidad y seguridad dentro de una pareja estable Laumann et al. (1994). Pasados los 50 años se evidencia un descenso en la satisfacción sexual dado por causas primordialmente biológicas que pueden coincidir con síntomas de la disfunción sexual (Laumann et al., 1994).

La Disfunción Sexual Femenina (DSF) se define como un trastorno en el Deseo, Excitación, Lubricación, Satisfacción, Orgasmo y/o Dolor durante la relación sexual, que genera estrés en el sujeto y afecta de forma negativa en su calidad de vida y sus relaciones interpersonales. Su etiología es multifactorial, debido a sus diversos componentes. Es importante recopilar información sobre la sexualidad femenina, la cual será clave para el diseño de intervenciones en salud sexual (Muñoz & Camacho, 2016).

Estas intervenciones en sexología se basan en la necesidad del terapeuta en romper con el circulo vicioso entre la ansiedad o el estrés y la pretendida conducta sexual exitosa.

De acuerdo con lo antedicho el estrés puede interferir con el interés y la respuesta sexual, es decir, dicha variable cumple un papel importante en las disfunciones sexuales, construyendo circuito en el cual otro fracaso sexual incrementa la ansiedad y conduce a fracasos repetidos (Rosen et al., 2000).

Partiendo de que la sexualidad es un concepto amplio y constituyente de la salud del sujeto, el hecho de verse afectado por el incremento de sucesos que implican un estresor a los individuos da como resultado un aumento en el impacto negativo (Jiménez et al., 2008) que frecuentemente puede alterar o modificar las condiciones de salud psicofísicas de los sujetos (Casullo, 1998), entre ellas su salud sexual (Hamiltton y Meston, 2013).

No obstante, es necesario distinguir que los sucesos por sí solos no afectan al sujeto, sino el monto de estrés que dicho suceso causa, y la acumulación de estos. Asimismo, existe

en algunos sujetos más que en otros una vulnerabilidad al estrés, que es la reacción entre la valoración y la significación que el individuo hace de las consecuencias de un determinado evento sumado a los recursos de afrontamiento que posee dicho individuo. Se entiende que no son los hechos en sí los que provocan el estrés y otros trastornos emocionales, sino la interpretación que el individuo hace de estos (Folkman et al., 1986).

Finalmente, de acuerdo con la anterior contextualización de la problemática esta investigación pretende responder al siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre el Índice de Función Sexual y el Impacto emocional de los Sucesos de Vida Estresantes en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires?

**Antecedentes**

En un artículo realizado por Brizzio y Carreras (2007) se tuvo como objetivo comprobar si existía alguna relación entre las variables salugénicas (sentido de coherencia y Bienestar Psicológico) y el impacto que sintieron frente a los eventos vitales estresantes que les sucedieron en sus vidas. Se trabajó con una muestra de 499 adolescentes escolarizados, varones y mujeres entre 15 y 20 años que vivían en zonas rurales de Tucumán, Santa Fe y zonas urbanas de la Ciudad de Buenos Aires. Los instrumentos que se utilizaron fueron escala de Sucesos de Vida (Casullo, 1998), escala Sentido de Coherencia (Casullo, 1995) y escala Bienestar Psicológico (Casullo, 2002). Los resultados mostraron que aquellas personas que poseían un sentido de coherencia más desarrollado percibían un menor impacto subjetivo con respecto a los eventos vitales estresantes vivenciados y tendrían un mayor nivel de Bienestar Psicológico. El sentido de coherencia funciona como recurso protector de los eventos estresantes, intentando minimizar los efectos negativos sobre las personas, constituyendo una percepción subjetiva de mayor bienestar psicológico.

En otro estudio elaborado por García Tirada (2009) en La Habana, Cuba, se tuvo como objetivo constatar cómo la mujer de mediana edad vivenciaba su sexualidad, mediante la detección de algunos indicadores diagnósticos. También los cambios más frecuentes que ocurrían en su sexualidad y como los experimentaba. Se utilizaron encuestas y entrevistas en profundidad en relación con su sexualidad, como veía, clasificaba y experimentaba su propio mundo a 88 mujeres entre 45 y 59 años. Los resultados destacaron que dicha población vivenciaba su sexualidad de manera no saludable. Se encontraron disfunciones como: la disminución del Deseo sexual, de la frecuencia del coito y ausencia de Orgasmo, dadas por diferentes factores, entre ellos la imposición de la sexualidad masculina, la dificultad para la elaboración de duelos o situaciones de la vida, así como la dificultad en la comunicación de la pareja. Se concluyó que las mujeres de la muestra expresaban indicadores de cambio en la sexualidad con respecto a la generalidad de la edad mediana.

En otro artículo realizado por los autores González y Castillo (2010) en España se llevó a cabo un estudio a 274 personas (de las cuales el 56% eran mujeres) sobre los sucesos vitales estresantes que las personas percibían como más estresantes en tres etapas de su vida, en el último año en su adolescencia y en la infancia. Se tuvo como objetivo determinar la relación entre los sucesos vitales estresantes, variables de apoyo socio-familiar y las estrategias de afrontamiento. Los resultados dieron cuenta de que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por ambos sexos eran: Planificación, reinterpretación unida al afrontamiento activo y afrontamiento centrado en la tarea, también, búsqueda de apoyo por alguna razón emocional o instrumental y distracción o escape, fueron empleadas más por las mujeres que por los hombres, al igual que el afrontamiento centrado en la emoción.

En un artículo de revista realizado por Hamilton y Meston (2013) en USA, se tuvo como objetivo analizar la relación entre estrés crónico y la excitación sexual e identificar mecanismos que puedan explicar esta relación. La muestra contaba con 15 mujeres que fueron clasificadas como altas en el estrés crónico y 15 mujeres como promedio en el estrés crónico, proporcionaron muestra de saliva y vieron una película erótica mientras se midió su excitación genital y psicológica. El resultado postuló que las mujeres que poseían un grado alto de estrés obtuvieron niveles más bajos de activación genital, pero no excitación psicológica, tenían niveles más altos de cortisol y reportaron más distracciones durante la película en comparación a las mujeres en el grupo de estrés promedio. Para concluir, se podría decir que los altos niveles de estrés crónico estaban relacionados con niveles más bajo de excitación genital. También que los factores psicológicos (distracción) y hormonales (aumento de cortisol) se relacionaron con los niveles más bajos de excitación sexual observados en mujeres con alto nivel de estrés crónico y la distracción fue el único predictor significativo para controlar otras variables.

Más adelante un artículo realizado por Muñoz y Camacho (2016) Se realizo una revisión bibliográfica para identificar posibles estudios relacionados sobre existencia y

predominancia de factores asociados a la disfunción sexual femenina. Tuvo como objetivo analizar datos epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo de la Disfunción Sexual Femenina [DSF] que permitieran determinar un conocimiento unificado sobre esto. El método para llevarlo a cabo fue la revisión de bases de datos: Pubmed y Lilacs entre el 1 de enero del 2004 al 12 de octubre del 1014, incluyendo estudios de corte transversal, con datos de prevalencia y frecuencia de factores de riesgo. Se evaluó a través de STROBE la calidad metodológica. Los resultados destacaron que el dominio más afectado fue el deseo, baja frecuencia en las relaciones y en quienes tenían menos de 40 años bajo nivel educativo, posmenopausia, pareja con disfunción eréctil, entre otros. Llegaron a la conclusión de que la DSF era predominante a nivel general y que los factores de riesgo que presentaron las mujeres precisaban un estudio más en profundidad. Se planteó como necesario un mejor entendimiento del origen de esta alteración para planear estrategias de prevención y esquemas de tratamientos efectivos.

Asimismo, otro artículo realizado por Díaz-Vélez y Samalvides-Cuba (2017) en Perú, el cual tenía como objetivo Identificar los factores asociados a la disfunción sexual en las mujeres atendidas en un hospital nivel III. Se basó en el estudio de casos y controles emparejados por edad e índice de masa corporal, realizada en mujeres de 18-59 años que acudían a consultorios externos de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología. Se usó el Índice de Función Sexual Femenina para definir caso (≥24 puntos) y control (<24). La muestra fue de 243 mujeres siendo 114 casos y 228 controles. Los factores que analizaron fueron síndrome metabólico según la International Diabetes Federation (IDF), ansiedad y depresión mediante test validados, y datos sociodemográficos como menopausia, alcohol, si fumaban, situación de salud, estado civil, ocupación, nivel educativo, embarazos. Los resultados dieron mujeres con edad promedio de 40,5 y un IMC de 25,2, el 45,9% eran casadas, el 53,5% con nivel secundario, el 41,5% amas de casa, el 17% menopáusicas, el 34,8 % con síndrome metabólico, el 16,4% con ansiedad, el 5% con depresión y el 35% consumían medicamentos. Según los resultados

obtenidos se determinó que la disfunción sexual femenina estaba relacionada con el estado civil viuda, el riesgo de ansiedad, la percepción del estado de salud como enferma y el hábito de fumar, también, se evidenció como factor protector el estado civil casada.

Dos años más tarde en un estudio realizado por Nebot-García et al. (2019) en España, 1264 jóvenes entre 18 y 25 años, (66,8% mujeres y 33,2% hombres) respondieron a un cuestionario sobre sexualidad y estilos de vida saludables, el cual tuvo como objetivo analizar la predominancia de las diferentes disfunciones sexuales y se examinó la relación entre ocurrencia de disfunción y la satisfacción sexual, genital y calidad de vida. Como resultado, el 19,6 % de los hombres y el 17,8 % de las mujeres habían tenido algún problema sexual en el transcurso de su vida. En hombres fueron más predominante las dificultades de erección, el bajo deseo sexual y la eyaculación retardada. En las mujeres fue más constante el bajo deseo sexual, dificultades en el orgasmo y la falta de lubricación. Con respecto a la correlación, se vio que una mayor satisfacción sexual se relacionaba con mayor calidad de vida y mayor satisfacción con los propios órganos sexuales. Lo cual evidenció que un porcentaje importante de los jóvenes experimentaban dificultades sexuales que podían interferir en la vivencia de la sexualidad. Sin embargo, la satisfacción sexual y genital, y la calidad de vida no cambió significativamente en las personas que informaron dificultades en alguna de las fases de la respuesta sexual.

En una investigación de Espitia-De La Hoz (2018) en Colombia, se incluyeron mujeres de 18 a 72 años que tuvieran actividad sexual en las últimas 6 semanas, que residieran en Colombia, que no estén embarazadas o dentro de los 6 meses pospartos, que no sean pacientes psiquiátricos con déficit neurológico o historial de cáncer. El estudio se realizó en instituciones privadas en 12 ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Pereira, Manizales y Armenia) entre junio de 2009 y diciembre de 2016. Se tomo el Índice de Función Sexual Femenina validado en español. Se analizó un grupo de 40.991 de un total de 72.894 mujeres, la edad promedio fue de 30 años.

La prevalencia de disfunción sexual en el grupo analizado fue del 32,97 % (16.812 mujeres). Se presentaron dificultades con el deseo, el orgasmo, la excitación, la lubricación y el dolor. Por lo que se concluyó que en mujeres colombianas existía una prevalencia de disfunción sexual caracterizada principalmente por trastornos del deseo y del orgasmo.

Finalmente, en otro artículo realizado por Hernández Rodríguez et al. (2017) en la Universidad Católica de Cuenca [UCACUE], Ecuador se le administro a 103 mujeres de 18 a 30 años el cuestionario Índice de función Sexual Femenina (IFSF) con el objetivo de caracterizar su función sexual femenina. Obtuvieron como resultado una media elevada en la dimensión satisfacción sexual y la media más baja para deseo sexual. También se obtuvo asociación estadística con la variable nivel de información en sexualidad y edad. Se concluye que en las estudiantes investigadas predominaban la función sexual no patológica y la existencia de factores protectores para la disfunción sexual.

**Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre el Índice de Función Sexual y el impacto emocional de los Sucesos de Vida estresantes en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires?

## Justificación

### *Teórica*

La mayoría de la bibliografía se encuentra investigaciones sobre las disfunciones sexuales en los hombres o contextos de abusos y no se vincula con un factor psicológico específico, como son los sucesos vitales o el estrés que estos causan. A raíz del vacío de conocimiento sobre la vinculación de la disfunción sexual con los eventos estresantes esta investigación se propone analizar estas dos variables y cómo se relacionan particularmente en mujeres Argentinas de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Por esto mismo a partir de distinguir qué sucesos estresantes puede desencadenar una disfunción sexual en la mujer, y así ampliar el espectro de conocimiento sobre las causas de las disfunciones.

### *Práctica*

Servirá a profesionales de la salud como psicólogos, sexólogos, para planificar intervenciones especificas vinculadas a la reducción del estrés. A partir de los resultados empíricos aportados por esta investigación se llevará a cabo la visibilidad del constructo, para luego introducir asignaturas sobre la sexualidad y la distinción de sus disfunciones y talleres destinados a los colegios y a las universidades con formación en psicología y proponer abordajes interdisciplinarios en materia de sexualidad.

### *Social*

También puede ser relevante para el área médica y psicológica para que trabajen de forma conjunta ante dicha patología y plantear programas de psicoeducación sobre la disfunción sexual para incluir en atención primaria. A su vez brindar apoyo a la población para prevenir con ayuda psicológica el desencadenamiento de una disfunción. Es necesario aportar conocimiento teórico para su posterior aplicación por profesionales de la salud, tanto en talleres para toda la comunidad o para la intervención particular.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Conocer si existe la relación entre el impacto emocional de los Sucesos de Vida estresantes y el Índice de Función Sexual en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

### *Objetivos Específicos*

Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas.

Analizar el nivel de impacto emocional de los Sucesos de Vida estresantes que poseen las mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Analizar el Índice de Función Sexual (y sus dimensiones) en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Analizar el impacto emocional de los sucesos de vida estresantes según variables sociodemográficas como edad, edad en rangos, nivel educativo, si tiene hijos, cantidad de hijos, situación laboral actual, cambios en los ingresos económicos en las últimas cuatro semanas y si utiliza métodos anticonceptivos.

Analizar el Índice de Función Sexual según variables sociodemográficas como edad, edad en rangos, nivel educativo, si tiene hijos, cantidad de hijos, situación laboral actual, cambios en los ingresos económicos en las últimas cuatro semanas y si utiliza métodos anticonceptivos.

## Hipótesis

### *Hipótesis General*

H1: Cuanto menor Índice de Función Sexual, mayor impacto emocional de los Sucesos de Vida estresantes en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires y viceversa.

### *Hipótesis Específicas*

H2: Ante la presencia de “Problemas psicológicos personales que le sigan afectando actualmente” habrá menor Índice de Función Sexual.

H3: Ante la presencia de “Violación” que le siga afectando actualmente habrá menor Índice de Función Sexual.

H4: Ante la presencia de “Problemas sexuales desagradables o traumáticos” que le sigan afectando actualmente habrá menor Índice de Función Sexual.

H5: A mayor edad, menor Índice de Función Sexual en Deseo, Lubricación y Satisfacción.

# CAPITULO II

## Marco teórico

### *Sucesos de Vida*

En la vida cotidiana se encuentran estímulos que resultan estresantes, conformando un suceso o circunstancia capaz de alterar o modificar las condiciones de salud psicofísicas (Casullo, 1998).

Se entiende por sucedo de vida a los sucesos o hechos relevantes en la vida de las personas y reconocen como importantes para su cambio evolutivo como la muerte de familiares, las experiencias sexuales traumáticas, las rupturas o divorcio en personas adultas, cabe aclarar que dicho suceso se considera estresante cuando ha sido altamente perturbador o indeseable (Casullo et al., 1991)

Asimismo resulta importante aclarar que la comprensión de los sucesos de vida estresantes radica en su frecuencia y más aún en el impacto emocional que estos dejan, por esto, la acumulación de estresores en la vida de los sujetos propone una mayor amenaza para volver al equilibrio que un único elemento aislado, independientemente de la naturaleza de la circunstancia de riesgo que se trate, es decir, que el incremento en la experimentación de dificultades va acompañado de un aumento en el impacto negativo de dichas circunstancias o situaciones que suelen ser desfavorables para el sujeto (Jiménez et al., 2008).

De acuerdo con las investigaciones se han identificado factores sociales y comportamentales (crónicos y agudos) determinados, que causan un impacto directo sobre el funcionamiento individual, por lo cual, han sido clasificados bajo la categoría de eventos vitales estresante. Se entiende por agudo un evento intenso y de breve duración, y por crónico una situación estresante leve pero que perdura en el tiempo (Sandín et al., 2002).

Por este motivo resulta necesario distinguir que los sucesos por sí solos no afectan al sujeto, sino el monto de estrés que dicho suceso causa y la acumulación de estos, no obstante,

antes de continuar con el concepto de evento estresante es de utilidad definir a que llamamos estrés (Llorence-Lara et al., 2019).

***Estrés***

La palabra estrés posee varias significaciones; puede ser el agente, estímulo, factor que lo provoca o estresor, así como la respuesta biológica o psicológica a dicho estímulo. Se denominan estresores a los estímulos que provocan una respuesta biológica y psicológica en los sujetos que alteran su funcionamiento regular y desembocan en un monto de estrés que causa desarreglos que, mantenidos en el tiempo, pueden llegan a convertirse en enfermedades (Barrio et al., 2006).

Por esto mismo el estrés es entendido como un elemento causal del malestar personal y de gran parte de enfermedades. Sin embargo, es precisa la aclaración de que el estrés es un componente normal de nuestras vidas y por tanto no es evitable. En general se piensa que es causado por agentes estresores nocivos, pero también, puede darse por acontecimientos placenteros. Resulta necesario discernir entre acontecimientos importantes y no tan importantes para enfocarlos desde una correcta perspectiva de su relevancia (Barrio et al., 2006).

Dado que la exposición a situaciones de estrés no necesariamente conlleva efectos negativos, siempre y cuando el sujeto pueda tolerarlas o no exista un deterioro en alguna de las áreas de su vida, sin embargo, cuando las respuestas de estrés son excesivamente intensas con múltiples estímulos o situaciones ambientales, pueden producir una variedad de trastornos psicológicos (Arden, 2002).

De acuerdo con lo antedicho, el estrés es un fenómeno por el cual los individuos incrementan el riesgo a enfermar, causado por la exposición o interacción con ciertas circunstancias sociales estresantes. Este riesgo puede ser mayor o menor según la circunstancia y las respuestas del individuo, cuando empieza a desembocar en enfermedad

generalmente se ve asociado al número de factores potenciales que incluyen la presencia de condiciones ambientales percibidas como estresantes y la relativa capacidad de adaptarse a las mismas (Orlandi, 1999).

Por eso mismo, actualmente se reconoce que muchas enfermedades se encuentran determinadas o influidas por ciertos estilos de vida. Estos hacen referencia a la manera con la que los sujetos, piensan, sienten y se conducen (trabajo, relaciones, creencias, aficiones, ocio, tipo de alimentación, percepciones que tengan sobre el mundo, la sociedad y los demás, etc.), siendo uno de los factores más importantes del estilo de vida la predisposición o no a la activación del estrés y la cantidad de estrés afronta el individuo (Morales Catalayud, 1990).

Esta predisposición radica en la existencia de una cierta vulnerabilidad al estrés, entendida como la reacción entre la valoración y la significación que el sujeto da a las consecuencias de un determinado evento y por ende la evaluación que hace de acuerdo con los recursos de afrontamiento que posee (Folkman et al., 1986; Pérez Martin, 2014). No obstante, desde una perspectiva cognitiva se entiende que no son los hechos en sí los que provocan el estrés y otros trastornos emocionales, sino la interpretación que el individuo hace de estos (Morales Catalayud, 1990).

De acuerdo con lo antedicho el estrés puede aumentar dependiendo de la vulnerabilidad del sujeto, es decir, cuando este carece de recursos ante una situación o variadas situaciones que implican un impacto emocional. Estos recursos pueden ser tanto físicos como sociales, pero su importancia puede estar determinada por factores psicológicos, como la percepción o la evaluación de la situación (Brannon & Feist, 2001).

Asimismo, el agente del estrés puede situarse en el ambiente o en la persona. El estresor que proviene del ambiente se denomina exógeno (clima, ruido, relaciones interpersonales, etc.) y los que se originan en el sujeto tanto de forma visceral (hambre, deseo

sexual, menstruación, etc.) como también de forma intrapsíquica (alucinaciones, delirios, pesadillas, etc.) se designan endógenos (Bremner et al., 2003).

Hans Selye (1936; citado en Pérez Nuñez et al., 2014) definió al estrés como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y repetitiva que conlleva cambios en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, de significado defensivo, al cual denominó síndrome general de adaptación. Dicho autor plantea que la psiquis responde al estrés no solo ante situaciones concretas, sino también mediante percepciones, conocimientos, rememoraciones, emociones, defensas, mecanismos de enfrentamiento, cambios en las actitudes, en la autoestima, en las conductas y con la aparición de síntomas (Pérez nuñez et al., 2014).

A través del tratamiento psicológico el individuo puede lograr la percepción del agente estresor e interpretar su significado como favorable o desfavorable. De esta manera dicha percepción aporta un conocimiento que determina la capacidad o incapacidad que el sujeto dispone para enfrentar la demanda del mismo. Al interpretar el agente estresor como desfavorable se producen cambios en las actitudes hacia la gente, la vida o el futuro y a consecuencia de dichos acontecimientos desventurados suelen aparecer síntomas psíquicos como fatiga, escasa concentración, insomnio, melancolía, desesperanza, espíritu de derrota, hasta tendencia al abuso de alcohol o drogas. Sin embargo, las emociones, actitudes y conductas positivas (el amor, el apoyo social, la firmeza de la personalidad, el ejercicio físico y el sueño entre otras) actúan contrarrestando el estrés (Orlandi, 1999; Brizzio & Carreras, 2007).

A su vez, la respuesta cerebral al estrés resulta importante para la supervivencia de tal forma que se liberan sustancias semejantes a la morfina relacionadas con la reducción del dolor, la liberación de hormonas y la activación de las vísceras. También aumenta la prolactina (PRL, hormona estimulante de la lactación) la cual inhibe la sexualidad y estimula la proliferación de linfocitos y la inmunidad. También aumenta la arginina-vasopresina (AVP, u

hormona antidiurética) que eleva la tensión arterial y provoca secreción de otras sustancias que deprimen el eje reproductivo-sexual frente a dichas situaciones que generan estrés (Fisher, 2000).

En resumen el estrés interviene en todos los ámbitos y áreas de la vida de una persona, haciendo un impacto psicofisiológico perjudicial que puede desarrollar un papel desencadenador de un trastorno o regulador de diferentes síntomas a nivel físicos como problemas para respirar con facilidad, taquicardia, insomnio, gastritis, colitis, dermatitis, migraña, entre otros, así como también estados psicológicos o emocionales perjudiciales como poca tolerancia a la frustración, ansiedad, depresión, temor, etc. (Gonzalez & Castillo, 2010).

Todos estos síntomas mencionados pueden ser factores implicados en el deterioro de una de las áreas de la vida, como puede serlo la sexualidad, impidiendo llevar a cabo una sexualidad saludable (Fishman & Mamo, 2008).

Es razonable pensar que situaciones o sucesos que generan gran carga de estrés y su impacto emocional se mantiene en el tiempo afectan variadas áreas fundamentales de la vida del sujeto, por esto mismo se plantea que parte de la salud sexual puede verse afectada en forma de disfunción sexual por dicha variable.

### *Sexualidad*

Según la Organización Mundial de la Salud (2020):

> La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

En la misma línea que la OMS, el término sexualidad también se puede definir como una interacción de valores y prácticas socioculturales complejas, ya que la actividad sexual

abarca aspectos biológicos y sociales del individuo e involucra el control y la percepción corporal, así como también la satisfacción placentera con sus limitaciones culturales y psicológicas (Vega et al., 2014).

Según Montero (2011) el concepto de salud sexual se relaciona con la conjunción de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del sujeto, de forma positiva, para fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Principalmente está vinculado a la capacidad que tienen las mujeres y hombres de disfrutar y expresar la sexualidad, sin coerción, violencia ni discriminación y sin riesgo de adquirir enfermedades de trasmisión sexual ni de tener embarazos no planificados o no deseados.

Puntualizando en el concepto de sexualidad, se puede ver cómo ha ido cambiando culturalmente a lo largo del tiempo, antes era entendida como un medio para el fin reproductivo, mezclándose con valoraciones morales y religiosas que la promulgaban como indecorosa si se practicaba previa o fuera del matrimonio (heterosexual), entre individuos del mismo sexo, o si las mujeres dejaban su lugar pasivo y demostraban que también sentían placer. Posteriormente estas concepciones fueron variando y se liberaron bastante las condenas morales. Hoy día ya no impacta como indecoroso el sexo premarital, se instaló socialmente una liberación sobre la sexualidad femenina y se evidencia una predisposición mayor a discutir sobre sexo abiertamente (Lauman et al., 1994).

Varias teorías psicológicas como el psicoanálisis, conductismo y aprendizaje social colaboraron en este cambio al poner de manifiesto que la sexualidad está influida por las experiencias tempranas, recompensas, castigos, fantasías, pensamientos, actitudes y expectativas. También el nivel de educación está relacionado con la conducta sexual, según investigaciones la educación parece ser una influencia liberalizadora (Rosen et al., 2000).

Dicho cambio paradigmático resultaba necesario ya que la misma está relacionada con el desarrollo de la vida de los individuos y sus relaciones interpersonales adaptativas.

Asimismo, dicho concepto significa ser capaz de expresar y sentir placer, supone, tener relaciones sexuales deseadas, consensuadas y sin riesgos para la salud, con respecto a lo social, implica tener acceso a la educación sexual y servicios de atención integrales (Montero, 2011).

Dado entonces que la sexualidad no se refiere nada más que a las actividades relacionadas al aparato genital, sino también a una serie de excitaciones y actividades presentes desde el inicio del desarrollo psicobiológico, la misma se va estableciendo a lo largo de la vida individual, conformándose en la intersubjetividad del individuo (Figueroa Perea & Rivera Reyes, 1993).

Por lo cual actualmente la sexualidad se puede ver como un factor constitutivo de la personalidad de los sujetos que se basa no solo en satisfacer necesidades básicas, sino en favorecer aspectos como el contacto, la intimidad, la expresión de las emociones, la ternura y el amor (Crooks & Baur, 2010).

Resulta similar el significado al referirse a la conducta sexual de un individuo, la cual abarca todas aquellas actividades que pueden proporcionar estimulación sexual que involucran el cuerpo en la expresión de los sentimientos eróticos o afectivos, como los besos, los abrazos, la manipulación de los genitales y el contacto oral-genital, pero no implican necesariamente un fin reproductivo (Lopez, 2005).

No obstante, es necesario conocer cómo se conforma un ciclo de respuesta sexual exitoso, para distinguir una disfunción o problemática por su propia naturaleza y no por la atribución de razones infundadas, como sucedía no tan antiguamente con la carencia de deseo y placer que se le adjudicaba la mujer por su carácter de objeto de satisfacción del hombre.

Según Masters y Johnson (1970; citado en Gutierres Teira, 2010) el ciclo de respuesta sexual está dividido en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

1. Fase de excitación: en mujeres, la lubricación vaginal puede empezar entre 10 y 30 segundos después del comienzo de la estimulación.
2. Fase de meseta: el nivel de excitación permanece de alguna manera constante durante la fase de meseta de la respuesta sexual. No obstante, la fase de meseta es un estado avanzado de la excitación que precede al orgasmo.
3. Fase orgásmica: en ambos sexos, los músculos sufren espasmos en todo el cuerpo. La presión sanguínea y el ritmo cardíaco alcanzan un máximo, hasta 180 latidos por minuto. La respiración puede llegar a 40 inspiraciones por minuto.
4. Fase de resolución: es el periodo que sigue al orgasmo, en el cual el cuerpo vuelve al estado previo a la excitación y la mayor parte de la tensión muscular (miotonía) tiende a desaparecer en unos cinco minutos después del orgasmo. La tensión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración vuelven a sus niveles normales en unos minutos y aparece un estado de relajación posterior.

Estas fases están atravesadas por la existencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, farmacológicos y ambientales que intervienen o pueden alterar la función sexual ocasionando alguna alteración, es decir, alguna disfunción sexual (Nappi & Lachowsky, 2009).

Antes de definir una disfunción sexual es necesario definir en principio el significado de sexualidad partiendo del origen de la palabra sexo, poseedora de diferentes acepciones, por ejemplo, cuando se pregunta acerca del sexo de un recién nacido, se está haciendo referencia al sexo anatómico, no obstante, cuando se habla de tener sexo se habla de la expresión física de los sentimientos eróticos (Rathus et al., 2005). La misma tiene raíces latinas que significan cortar o dividir, lo que hace referencia a la división de los organismos masculinos y femeninos. Dicha palabra también se utiliza para hacer referencia a las estructuras anatómicas, llamadas órganos sexuales, que juegan un papel en la reproducción o en el placer

sexual. También hablamos de sexo cuando nos referimos a la masturbación, el abrazo, el beso, las relaciones sexuales, etc. Como lo anteriormente teorizado, el sexo se relaciona con sentimientos eróticos, con experiencias y deseos, así como con las fantasías y los pensamientos sexuales, los impulsos sexuales, o los sentimientos de atracción sexual hacia otra persona (Gagnon & Simon, 2017).

La expresión sexual también puede darse a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, por ende, la sexualidad es el resultado de la interacción de diferentes aspectos (aunque pueda abarcar todos, no es necesario) biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos (Organización Panamericana de la salud & Organización Mundial de la Salud, 2000).

A partir de estas definiciones, la sexualidad se puede plantear como un concepto complejo, que consiste en la unión de componentes orgánicos, hormonales y culturales controlados por sistemas intrínsecos del cuerpo humano. Por cuestiones culturales antes descriptas muchos estudios sobre la sexualidad humana se han centrado en su mayoría en la sexualidad masculina, por esta razón el conocimiento sobre la sexualidad femenina se hace necesario, ya que se ha demostrado que una alteración en el ámbito sexual en las mujeres genera un impacto negativo en su calidad de vida, salud mental y física (Davis, 2015; Hernández Rodríguez, 2017).

Distinguiendo según Blümel et al. (2004) que en el grupo femenino la sexualidad logra su máxima expresión entre los 35 y 40 años, luego de esta edad el deseo y la excitación se reducen. Asimismo, la frecuencia del coito es inversamente proporcional a la edad, es decir, las parejas de más edad mantienen una frecuencia menor de relaciones sexuales con respecto a parejas más jóvenes (Blümel et al., 2003).

Otros investigadores además encontraron que los sueños sexuales, la libido y la actividad sexual disminuyen con la edad, mientras que las actitudes sexuales negativas tienden

a incrementarse y también que cuanto mayor es la edad se predice mayor riesgo de disfunción sexual, aumentando el riesgo en mujeres mayores de 44 años (Blümel et al., 2004).

Kinsey et al. (1954) expuso que la satisfacción sexual de las mujeres se reduce más que en los hombres después de varios años de matrimonio, con complicaciones para alcanzar el orgasmo.

Laumann et al. (1994) encontraron que una salud precaria puede contribuir a todos los tipos de trastornos sexuales en los hombres, pero principalmente al dolor sexual en las mujeres y factores psicológicos pueden prolongar o empeorar el problema (García Tirada, 2009).

Se entiende entonces que, así como factores psicológicos están implicados en el desarrollo de una sexualidad saludable, también lo hacen factores orgánicos impidiendo su adecuado funcionamiento.

### *Disfunción sexual*

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social (Muñoz & Camacho, 2016).

Partiendo de que los trastornos sexuales involucran a los órganos sexuales, se puede comprender el hecho de que antiguamente se adjudicaba su origen en gran medida a causas orgánicas o físicas. Hoy se entiende que muchos casos radican en factores psicosociales como ansiedad sexual, falta de conocimiento sexual o insatisfacción con la relación, es decir, implican una combinación de factores orgánicos y psicológicos (Espitia-De La Hoz, 2018).

Asimismo, factores físicos, como la fatiga, la lubricación inadecuada y el trastorno orgásmico pueden enfriar el deseo sexual y reducir la sensibilidad. Sin embargo, el coito doloroso refleja a menudo infecciones subyacentes o condiciones médicas que afectan al

funcionamiento orgásmico como problemas hormonales, el uso de algunos medicamentos y los trastornos psiquiátricos (Díaz-Vélez & Samalvides-Cuba, 2017).

Puntualmente se entiende a la disfunción sexual como una incapacidad para tener relaciones sexuales con respecto a sus deseos, de acuerdo con la edad del sujeto, estado físico, calidad del estímulo sexual, condiciones ambientales y otros factores que pueden influir en el desempeño sexual. De forma consistente dicha disfunción debe permanecer por un mínimo de 6 meses, con una evidente disminución de la calidad de vida (Nebot-Garcia et al., 2019).

Según Manual de Trastornos Mentales [DSM V] existen varias clasificaciones sobre la disfuncionalidad sexual como: trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, del orgasmo, trastornos sexuales dolorosos, disfunción sexual secundaria a condición médica general, disfunción sexual debida a sustancias, entre otras clasificaciones (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013).

Según dicho manual la disfuncionalidad sexual femenina es multidisciplinaria y está determinada por diversos factores biopsicosociales que pueden provocarla y suele ser evaluada correctamente cuando se hace desde diferentes disciplinas con el fin de lograr un diagnóstico y tratamiento eficaz (Hamilton & Meston, 2013).

La APA (2013) ha agrupado los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos:

1. Trastornos del deseo

2. Trastornos de la excitación

3. Falla orgásmica

4. Dolor sexual

Dichos trastornos se refieren sólo a aspectos psicológicos, por lo cual es interesante agregar dos tipos más agregados por el International Consensus Development Conference on

Female Sexual Dysfunctions (Basson et al., 2001) para evaluar otras áreas de disfunción y hacer una clasificación más robusta, estas son:

5. Falta de lubricación

6. Trastorno de la satisfacción

Según Blümel et al. (2004) se explican de la siguiente manera: El trastorno del deseo o interés sexual es la ausencia de sensación de querer tener una experiencia sexual, sentirse reactiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo. Por trastorno de la Excitación sexual se entiende la incapacidad para experimentar una sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares y pensamientos que los generen. La falla orgásmica es la falta de respuesta neurovegetativa que produce el organismo debido a los estímulos que se han creado durante la fase de excitación. El dolor sexual o dolor genito-pélvico, son definidos como la presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales, ya sean las involucradas durante la penetración vaginal o simplemente las relacionadas con estimulación táctil, esta condición logra repercutir en su salud mental y física, modificando hasta las relaciones interpersonales. La Falta de lubricación vaginal, es la falta de generación de flujo que segrega la vagina. Esta lubricación ayuda al desarrollo del coito y protege al órgano sexual femenino de infecciones. Si la vagina no se encuentra adecuadamente lubricada, puede dar sensación de incomodidad y dolor durante el acto sexual. Por último, el trastorno en la satisfacción sexual se entiende como el malestar que genera una relación sexual insatisfactoria o la falta de acercamiento emocional con la pareja.

Todas estas disfunciones, no son excluyentes, y es probable que haya presencia de varias de ellas en simultáneo.

Las disfunciones también se clasifican como generalizadas o situacionales. Las primeras ocurren en todas las situaciones. Las segundas afectan al funcionamiento sexual solo

en algunas situaciones, por ejemplo: durante la relación sexual pero no durante la masturbación, o con una pareja, pero no con otra (Guarín-Serrano et al, 2017).

Uno de los enfoques más eficaces para tratar las disfunciones sexuales son los modelos cognoscitivos y conductuales de tratamiento a corto plazo, llamadas terapias sexuales (Manzo & Yulis, 2004). Estas ayudan a modificar los pensamientos que distorsionan (creencias y actitudes) la conducta y esto se hace de una manera tan directa como sea posible, aunque dichos profesionales reconocen también el papel de los conflictos en la infancia y la influencia de la relación de pareja (Rosen et al., 2000).

También se ha estudiado que muchas mujeres que han estado expuestas a actitudes negativas acerca del sexo, durante la infancia y la adolescencia, encuentran dificultades para ver el sexo como una fuente de placer y satisfacción cuando son adultas (Fishman & Mamo, 2001). Generalmente quienes fueron víctimas sexuales en su infancia están más expuestos a padecer dificultades para excitarse (Laumann et al., 1994).

Desde un enfoque que contempla esta problemática Kaplan (1974) propone la terapia psicosexual, la cual combina métodos conductuales y psicoanalíticos. El autor cree que las disfunciones sexuales tienen causas inmediatas tanto como como remotas (que subyacen de conflictos psíquicos experimentados en la infancia). Se centra en un enfoque conductual para mejorar la comunicación de la pareja, eliminar la ansiedad y alentar las destrezas y la psicoeducación sexual. Pero también emplea una forma de terapia breve orientada a la comprensión y de esa manera espera traer a la conciencia conflictos inconscientes, por haber reprimido los deseos o la sensibilidad sexuales (Banmen & Vogel, 1995).

Aunque Kaplan informa de gran cantidad de éxitos en los casos en los que trabajó, no existen estudios controlados que demuestren que la combinación de técnicas conductuales y las orientadas al conocimiento o psicoanalíticas sean más efectivas que las técnicas conductuales solas (Banmen & Vogel, 1995).

En cambio, Masters y Johnson (1970; citado en Gutierres Teira, 2010) consideran disfuncional no al individuo, sino a la pareja o problemas que los atañen en el momento en que hayan solicitado terapia.

Desde otro marco, los teóricos del aprendizaje se centran en el papel de la ansiedad condicionada para explicar las disfunciones sexuales. Se explica que los estímulos sexuales provocan ansiedad cuando han formado parte de experiencias traumáticas, como la violación, el incesto o el acoso sexual. Ya que es difícil para las víctimas de traumas sexuales responder sexualmente, incluso años después y con parejas que quieren. El orgasmo implica una pérdida súbita de control voluntario, por ende, el miedo a perder el control puede bloquear la excitación sexual (Bremner et al., 2003; Anda et al., 2006).

Fundamentalmente el estrés puede interferir con el interés y la respuesta sexual y también la ansiedad juega un papel importante en las disfunciones sexuales, construyendo un círculo vicioso en el cual otro fracaso sexual incrementa la ansiedad y conduce a fracasos repetidos. El terapeuta sexual hace hincapié en la necesidad de romper este círculo vicioso eliminando la necesidad de realización con éxito (Manzo & Yulis, 2004).

Particularmente en las mujeres, la ansiedad puede reducir la lubricación vaginal y contribuir, por tanto, al trastorno orgásmico y cuanto más intenten obtenerlo más difícilmente lo conseguirán (Cavalheira, 2007).

Variedad de factores como problemas económicos, traumas psicosexuales, insatisfacción con la propia relación, ausencia de habilidades sexuales, creencias irracionales y los cuadros de ansiedad pueden colaborar a que las mujeres sufran trastornos que disminuyen la lubricación y la excitación sexual, y pueden traducirse en una relación sexual dolorosa, e incapacidad para llegar al orgasmo (Garcia Tirada, 2009).

Específicamente los tratamientos psicológicos para el trastorno de la excitación sexual femenina van en paralelo con los trastornos orgásmicos. Se trabaja sobre la educación sexual

(etiquetar las partes y discutir sus funciones), la superación de a posibles interferencias cognitivas (como las actitudes sexuales negativas), la creación de situaciones no exigentes en las cuales puede ocurrir la excitación sexual y en el momento apropiado se trabaja sobre los problemas de relación con la pareja (Blümel et al., 2004).

Hablar de excitación sexual femenina involucra si o si la lubricación vaginal, lo cual permite relaciones sexuales sin el dolor provocado por la fricción, sin embargo, la falta de lubricación no necesariamente es causa de una disfunción, sino que puede darse por los efectos físicos naturales de la edad, la menopausia o la menopausia inducida quirúrgicamente. La menopausia, es el cese de la menstruación, es un proceso que ocurre en la mayoría de los casos entre los 46 y los 50 años y dura aproximadamente dos años. Sin embargo, puede empezar en cualquier momento entre los 35 y los 60 años (Avis et al., 2000).

No obstante, algunas mujeres que experimentan síntomas físicos severos han sido ayudadas por la terapia de reemplazo hormonal (TRH), la cual típicamente consiste en estrógeno sintético y progesterona (Blümel et al., 2003).

También a causa de la menopausia las señales adicionales de deficiencia de estrógeno incluyen varios síntomas físicos como vértigo, dolores de cabeza, dolores en las articulaciones, quemazón o picor en la piel y palpitaciones del corazón y disminuye la lubricación vaginal durante la excitación sexual. La menopausia en la mayoría de las mujeres señala el fin para el apetito sexual de la mujer (Avis et al., 2000).

Resulta necesario desde un marco conceptual que toma a la función sexual femenina como consecuencia del contexto interpersonal y social, incluir protocolos terapéuticos para las disfunciones sexuales femeninas y presentar intervenciones clínicas que mejoren el conocimiento sexual, modifiquen creencias y actitudes disfuncionales con el fin de mejorar la comunicación e intimidad sexual y reducir la ansiedad. Y fundamentalmente disponer de un

equipo de profesionales de diferentes campos con formación sexológica para el abordaje del paciente (Carvalheira, 2007).

Finalmente se puede interpretar a la sexualidad como un concepto amplio y complejo que constituye la personalidad y un área vital del sujeto, y por diversos factores como sucesos que implican un estresor e impacto emocional que puede seguir afectando, es posible la presencia de disfunción sexual siga fortaleciendo el estado de estrés y viceversa.

# CAPITULO III

## Metodología

### *Diseño*

Esta investigación presenta un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y corte transversal.

### *Participantes*

La muestra fue seleccionada adoptando un muestreo no probabilístico de tipo intencional y estuvo conformada por 89 participantes mujeres entre 35 y 65 años (el 46% tenía 40 años o menos, el 16% entre 41 y 44 años, el 35% entre 45 y 55 años y por último un 3% de 56 años o más, con una media de 42,7 y una desviación típica de 6,71) pertenecientes a la Zona Oeste del Gran Buenos Aires y que presentasen los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión para pertenecer a la muestra debieron cumplir con las siguientes características:

-Ser de sexo femenino.

-Tener entre 35 y 65 años.

-Residir en la zona oeste del Gran Buenos Aires.

-Haber tenido actividad sexual en los últimos 3 meses.

-Tener una pareja estable.

Los criterios de exclusión para no pertenecer a la muestra debieron cumplir con las siguientes características:

-Ser usuarias de terapia de reemplazo hormonal.

-Estar embarazadas o en los primeros 6 meses de postparto.

-Poseer un diagnóstico psicopatológico que implique el consumo de psicofármacos.

-Haberse sometido alguna intervención quirúrgica a nivel ginecológico, que no le permitiese quedar embarazada.

***Instrumentos***

Escala Sucesos de Vida (Casullo y Aszkenazi, 1991; adaptación argentina: Casullo, 1998)

Es una escala autoadministrable compuesta por una lista de 50 ítems referidos a distintos eventos vitales traumáticos. El evaluado realiza una doble tarea, por un lado, identifica los sucesos que efectivamente le han ocurrido durante el transcurso de su vida en base a una escala tipo Likert de 5 opciones de respuestas (desde 1=nada hasta 5=mucho) que expresa como le han impactado subjetivamente estos eventos, a su vez debe distinguir cuales eventos del último año le sigue afectando actualmente (si=me sigue afectando, no=no me sigue afectando). A mayor puntaje de los eventos que le sucedieron en el último año y le siguen impactando actualmente mayor impacto emocional de los sucesos de vida vitales estresantes o traumáticos (Casullo, 1998).

Los índices de validez y confiabilidad del instrumento dan cuenta de un alfa de Cronbach de .76 para la escala total. Esta versión no posee menciones.

Cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina [IFSF] (Rosen et al., 2000; validación chilena: Blümel et al., 2004).

Este instrumento consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 (0=no tengo actividad sexual, 1=menor frecuencia o menor desempeño, 5=mayor frecuencia, mayor desempeño), siendo los ítems 8,10,12,17,18,19 de puntuación inversa. El puntaje total de cada dominio se divide por los

factores que lo integran y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mayor Índice de función sexual, es decir, mejor sexualidad.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento, presenta la escala total un alfa de Cronbach entre .70 y .80, por su parte la dimensión Deseo α=.71; Excitación α=.87; Lubricación α=.85; Orgasmo α=.74; Satisfacción α=.88 y Dolor α=.85.

Cuestionario sociodemográfico Ad-hoc

Son una serie de ítems relativos a: sexo; edad; si vive en Zona Oeste del Gran Buenos Aires; nivel educativo; si tiene hijos, si es así, cantidad de hijos; si se encuentra embarazada o dentro de los 6 meses posteriores al embarazo; orientación sexual; si tiene una pareja estable; como es su situación laboral actual; si sufrió cambios en sus ingresos económicos en las últimas 4 semanas; si consume algún tipo de psicofármaco, si es así, cuales son; si se encuentra bajo tratamiento de remplazo hormonal; si utiliza algún tipo de método anticonceptivo, si es así, cual es y por ultimo si se sometió alguna intervención quirúrgica ginecológica que no le permita quedar embarazada.

***Procedimiento***

Se contactó a la muestra por medio de un cuestionario on-line, realizado en Google Forms que indicaba estar referido a mujeres de 35 a 65 años, que vivan en zona oeste y estén en pareja estable al momento de la administración. El protocolo está compuesto por un consentimiento informado donde se declaró el carácter voluntario de la participación en la investigación, así como también se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Prosigue por 3 apartados, el primero consta de un cuestionario ad-hoc de variables sociodemográficas que incluyen preguntas referidas a criterios de inclusión y exclusión, asimismo fueron descartados 25 protocolos que no cumplían con los mismos. En el segundo apartado se pide al sujeto que conteste una serie de afirmaciones referidas al Índice de Función Sexual y en el tercer apartado, se presentan los sucesos de vida estresantes que

todavía pueden causar impacto emocional. Se realizo un contrabalanceo, tomando en los primeros 50 sujetos el orden antedicho y en el resto se presentó seguido del cuestionario Ad-hoc la escala de Sucesos de Vida y luego el Índice de Función Sexual. La duración para responder el cuestionario oscilo entre los 20 y 35 minutos. Posteriormente, los datos fueron analizados y sistematizados con el SPSS 25.0.

# CAPITULO IV

# Resultados

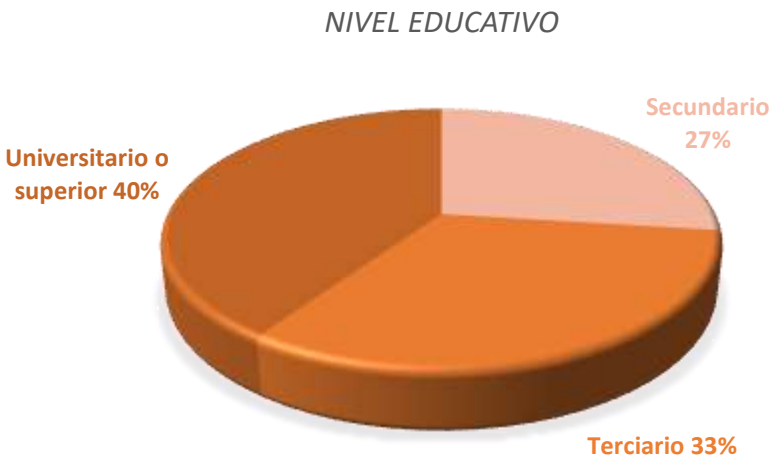
## Caracterización de la muestra

### *Gráficos*

Gráfico 1. *Caracterización de la muestra de la variable Edad en rangos.*

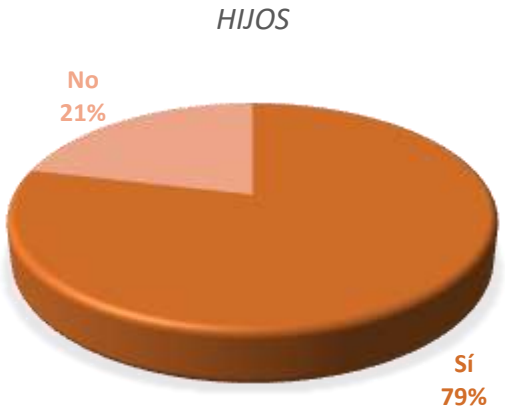



Gráfico 2. *Caracterización de la variable Nivel educativo.*




Los sujetos que contestaron haber realizado el secundario fueron el 27% de la muestra, el 33% respondió que asistió al terciario y por último el nivel educativo predominante fue el universitario o nivel superior con el 40%.

Gráfico 3. *Caracterización de la variable Hijos.*




Del total de la muestra, el 21% respondió que no tenía hijos, mientras que el 79% respondió que sí, predominando en la muestra las mujeres que tienen hijos.

Gráfico 4. *Caracterización de la variable Cantidad de hijos.*



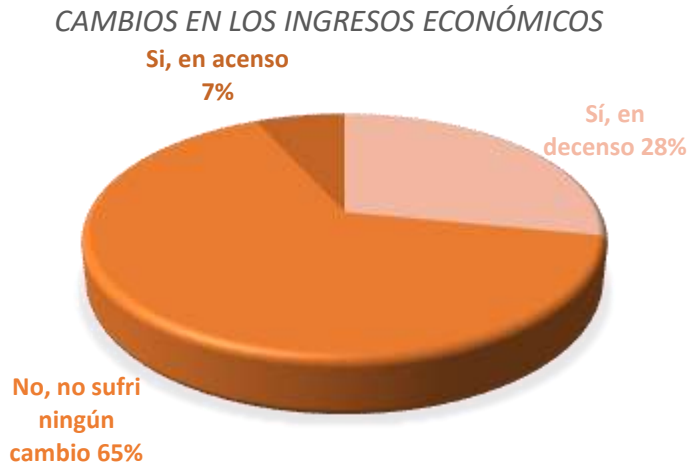

De las mujeres que respondieron que tenían hijos, el 3% de la muestra tienen 4 hijos, el 19% tienen 3 hijos, el 36% tiene 1 hijo y predomina el 42% de la muestra con 2 hijos.

Gráfico 5. *Caracterización de la variable Situación laboral.*




En el caso de la variable situación laboral, el 47% menciona trabajar en la casa a través de home office, el 42% trabaja fuera de la casa y el 11% se encuentra desocupada.

Gráfico 6. *Caracterización de la variable Cambios en los ingresos económicos.*




Con respecto a los cambios en los ingresos económicos, el 7% dijo que le cambió en acenso, el 28% en cambio fue en descenso y el 65% no sufrió ningún cambio.

Gráfico 7. *Caracterización de la variable Utilización de algún método anticonceptivo.*




El 51% de la muestra utiliza algún tipo de método anticonceptivo, mientras que el 49% no.

Gráfico 8. *Caracterización de la variable Niveles de Impacto Emocional.*




Con respecto al Impacto Emocional, el 57% tiene bajo nivel de Impacto Emocional con respecto a los eventos estresantes, el 36% tiene moderado nivel de Impacto Emocional y solo el 7% tiene alto nivel de Impacto Emocional.

**Descripción de las variables**

Tabla 1. *Resúmenes estadísticos de la variable Índice de Función Sexual y sus dimensiones.*

| Variable | Media | desvío típico | Mínimo | máximo |
|---|---|---|---|---|
| IFSF | 24,334 | 4,934 | 2,17 | 29,5 |
| Deseo | 3,15 | 0,978 | 1 | 5 |
| Excitación | 4,04 | 0,961 | 0 | 5 |
| Lubricación | 4,27 | 1,043 | 0 | 5 |
| Orgasmo | 4,15 | 1,081 | 0 | 5 |
| Satisfacción | 4,38 | 0,901 | 1 | 5 |
| Dolor | 4,35 | 1,162 | 0 | 5 |

En la muestra se observa que el Índice de Función Sexual obtuvo una media de 24,44 siendo 2,27 el mínimo y 29,5 el máximo, de esta forma se observa que la mayoría de la muestra tiene un Índice de Función Sexual que tiende a ser alto. Así mismo en sus dimensiones la media dio en Deseo 3,15, Satisfacción 4,38, Teniendo un mínimo de 1 y un máximo de 5. Las demás dimensiones; Excitación mostró una media de 4,04, Lubricación M= 4,27, Orgasmo M= 4,15 y Dolor M= 4,35 siendo el mínimo 0 y el máximo 5. Se evidencia que la muestra posee un moderado a alto Índice de Función Sexual.

Tabla 2. *Resúmenes estadísticos de la variable Sucesos de Vida (Impacto Emocional).*

| Variable | Media | desvío típico | Mínimo | máximo |
|---|---|---|---|---|
| Impacto Emocional | 13,10 | 16,004 | 0 | 97 |

Con respecto a la variable Sucesos de Vida, (Impacto Emocional), dio una media de 13,10 siento el mínimo 0 y el máximo 97. Se puede ver que en general la muestra tiene un nivel bajo de Impacto Emocional.

**Cruce de variables**

Análisis de normalidad

Tabla 3. *Prueba de normalidad de variables escalares.*

| Variable | Significación |
|---|---|
| IFSF | 0,000 |
| Deseo | 0,000 |
| Excitación | 0,000 |
| Lubricación | 0,000 |
| Orgasmo | 0,000 |
| Satisfacción | 0,000 |
| Dolor | 0,000 |
| Impacto Emocional | 0,000 |

Con respecto a la prueba de normalidad de kolmogorov-Smirnov el Índice de Función Sexual y sus dimensiones (Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción, y Dolor), así como Impacto Emocional evidenciaron distribuirse de manera anormal.

**Correlación entre variables**

Tabla 4. *Relación entre el Índice de Función Sexual e Impacto Emocional de los Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,167 | P= 0,097 |
| Deseo | **Rho= - 0,282** | **P= 0,007** |
| Excitación | Rho= - 0,074 | P= 0,493 |
| Lubricación | Rho= - 0,201 | P= 0,059 |
| Orgasmo | Rho= 0,136 | P= 0,203 |
| Satisfacción | Rho= - 0,007 | P= 0,950 |
| Dolor | **Rho= - 0,254** | **P= 0,016** |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

Con respecto a la relación entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes los que dieron significativo fueron Deseo con Rho = -0,282 y una significación de 0,007 y Dolor con Rho = -0,254 y una significación de 0,016, evidenciaron una relación inversa y baja.

Tabla 5. *Relación entre el Índice de Función Sexual con los **Niveles** de Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes*

| | ***Niveles** de Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | **Rho = - 0,251** | **P = 0,018** |
| Deseo | **Rho = - 0,277** | **P = 0,009** |
| Excitación | Rho = - 0,138 | P = 0,196 |
| Lubricación | **Rho = - 0,245** | **P = 0,021** |
| Orgasmo | Rho = 0,042 | P = 0,693 |
| Satisfacción | Rho = - 0,099 | P = 0,354 |
| Dolor | **Rho = - 0,248** | **P = 0,019** |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con los niveles de Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes los que dieron significativos fueron el Índice de Función Sexual con un Rho = - 0,252 y una significación de 0,018 Deseo con un Rho= -0,277 y una significación de 0,009 Lubricación con un Rho = - 0,245 y una significación de 0,021 y Dolor con un Rho = -0,248 y una significación de 0,019, mostrando una relación inversa y baja, no obstante, no se encontró relación significativa con las dimensiones Satisfacción, Orgasmo y Excitación.

Tabla 6. Relación entre Índice de Función Sexual y el suceso de vida estresante “problemas psicológicos personales importantes”.

| | *Problemas psicológicos importantes* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,139 | P= 0,193 |
| Deseo | Rho= - 0,161 | P= 0,132 |
| Excitación | Rho= - 0,108 | P= 0,314 |
| Lubricación | Rho= - 0,112 | P= 0,295 |
| Orgasmo | Rho= 0,079 | P= 0,460 |
| Satisfacción | Rho= - 0,150 | P= 0,161 |
| Dolor | Rho= - 0,196 | P= 0,065 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

No existe relación entre el Impacto Emocional del ítem “problemas psicológicos importantes” de Sucesos de Vida estresantes con el Índice de Función Sexual y sus dimensiones.

Tabla 7. Relación entre Índice de Función Sexual y el suceso de vida estresante “violación”.

| | *Violación* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,184 | P= 0,085 |
| Deseo | Rho= 0,002 | P= 0,984 |
| Excitación | Rho= 0,010 | P= 0,926 |
| Lubricación | Rho= - 0,140 | P= 0,191 |
| Orgasmo | Rho= - 0,096 | P= 0,370 |
| Satisfacción | Rho= - 0,076 | P= 0,482 |
| Dolor | **Rho= - 0,209** | **P= 0,049** |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

Existe relación con el Impacto Emocional del ítem “violación” de Sucesos de Vida Estresantes con la dimensión Dolor del Índice de Función Sexual, dando un Rho = - 0,209 y una significación de 0,049, lo que evidencia que a más Impacto Emocional de dicho ítem más dolor en las relaciones sexuales.

Tabla 8. Relación entre Índice de Función Sexual y el suceso de vida estresante “Alguna experiencia Sexual traumática”.

| | *Alguna experiencia Sexual traumática* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | **Rho= - 0,251** | **P= 0,018** |
| Deseo | **Rho= - 0,253** | **P= 0,017** |
| Excitación | Rho= - 0,050 | P= 0,643 |
| Lubricación | Rho= - 0,171 | P= 0,108 |
| Orgasmo | Rho= 0,028 | P= 0,793 |
| Satisfacción | Rho= - 0,112 | P= 0,296 |
| Dolor | **Rho= - 0,284** | **P= 0,007** |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

Existe relación con el ítem “alguna experiencia Sexual traumática” con Índice de Función Sexual con un Rho= -0,251 y una significación de 0,018 y con sus dimensiones Deseo teniendo un Rho= -0,253 y una significación de 0,017 y Dolor con un Rho= - 0,284 con una significación de 0,007.

**Resumen de correlaciones significativas entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con el Impacto Emocional de diferentes Sucesos de Vida.**

Tabla 9. *Relación (solo significativa) entre el Índice de Función Sexual y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Índice de Función Sexual* | |
|---|---|---|
| Divorcio o separación de los padres | Rho = - 0,262 | P = 0,013 |
| Aborto | Rho = - 0,283 | P = 0,007 |
| Alguna experiencia Sexual desagradable, traumática | Rho = - 0,251 | P = 0,018 |
| Ruptura de noviazgo o pareja | Rho = - 0,214 | P = 0,044 |
| Intentar quitarme la vida | Rho = - 0,256 | P = 0,015 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre el Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "divorcio o separación de los padres", "aborto", "alguna experiencia Sexual desagradable, traumática", "ruptura de noviazgo o pareja" e "intentar quitarme la vida" es significativa y su relación es inversa y baja.

Tabla 10. *Relación (solo significativa) entre Deseo y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Deseo* | |
|---|---|---|
| Muerte de algún abuelo | Rho= - 0,254 | P= 0,016 |
| Divorcio o separación de los padres | Rho= - 0,245 | P= 0,021 |
| Aborto | Rho= - 0,209 | P= 0,049 |
| Alguna experiencia Sexual desagradable, traumática | Rho= - 0,253 | P= 0,017 |
| Mudanzas | Rho= - 0,304 | P= 0,004 |
| Estar separado/a de un ser querido | Rho= - 0,238 | P= 0,025 |
| Muerte de algún amigo/a | Rho= - 0,250 | P= 0,010 |
| Serios problemas económicos familiares | Rho= - 0,251 | P= 0,018 |
| Haber sufrido un accidente serio | Rho= - 0,244 | P= 0,021 |
| Intentar quitarme la vida | Rho= - 0,211 | P= 0,048 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Deseo de Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "muerte de algún abuelo", "divorcio o separación de los padres", "aborto", "alguna experiencia Sexual desagradable traumática", "mudanzas", "estar separado/a de un ser querido", "muerte de algún amigo/a", "serios problemas económicos familiares", "haber

sufrido un accidente serio", "intentar quitarme la vida" es significativa y su relación es inversa y baja.

Tabla 11. *Relación (solo significativa) entre Exitación y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Excitación* | |
|---|---|---|
| Divorcio o separación de los padres | Rho= - 0,272 | P= 0,010 |
| Aborto | Rho= - 0,260 | P= 0,014 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Excitación de Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "divorcio o separación de los padres" y "aborto" es significativa y su relación es inversa y baja.

Tabla 12. *Relación (solo significativa) entre Lubricación y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Lubricación* | |
|---|---|---|
| Muerte de algún hermano/a | Rho= - 0,229 | P= 0,031 |
| Aborto | Rho= - 0,333 | P= 0,001 |
| Abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a | Rho= - 0,233 | P= 0,028 |
| Problemas familiares graves | Rho= - 0,270 | P= 0,010 |
| Ruptura de noviazgo o pareja | Rho= - 0,221 | P= 0,038 |
| Intentar quitarme la vida | Rho= - 0,253 | P= 0,017 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Lubricación de Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "muerte de algún hermano/a", "aborto", "abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a", "problemas familiares graves", "ruptura de noviazgo o pareja", "intentar quitarme la vida" es significativa y su relación es inversa y baja.

Tabla 13. *Relación (solo significativa) entre Orgasmo y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Orgasmo* | |
|---|---|---|
| Sentirme amenazada o perseguida por alguien | Rho= 0,225 | P= 0,034 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Orgasmo de Índice de Función Sexual y el suceso de vida estresante: "sentirme amenazada o perseguida por alguien" es significativa y su relación es de tipo directa y la fuerza del vínculo es baja.

Tabla 14. *Relación (solo significativa) entre Satisfacción y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Satisfacción* | |
|---|---|---|
| Muerte de algún hermano/a | Rho= - 0,250 | P= 0,018 |
| Divorcio o separación de los padres | Rho= - 0,294 | P= 0,005 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Satisfacción de Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "muerte de algún hermano/a" y "divorcio o separación de los padres" es significativa y su relación es de tipo inversa y baja fuerza del vínculo.

Tabla 15. *Relación (solo significativa) entre Dolor y el Impacto Emocional de determinados Sucesos de Vida Estresantes.*

| | *Dolor* | |
|---|---|---|
| Aborto | Rho= - 0,343 | P= 0,001 |
| Violación | Rho= - 0,209 | P= 0,049 |
| Alguna experiencia Sexual desagradable, traumática | Rho= - 0,284 | P= 0,007 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre la dimensión Satisfacción del Índice de Función Sexual y los Sucesos de Vida estresantes: "aborto", "violación", "alguna experiencia Sexual desagradable, traumática" es significativa y evidencia un tipo de relación inversa y fuerza del vínculo baja. Es decir, que cuanto más impacto emocional más dolor en las relaciones sexuales.

**Análisis de variables sociodemográficas.**

**Correlaciones con IFSF y sus dimensiones en variables sociodemográficas**

Tabla 16. *Relación entre el Índice de Función Sexual y la Edad.*

| | *Edad del entrevistado* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,178 | P= 0,095 |
| Deseo | **Rho= - 0,228** | **P= 0,031** |
| Excitación | Rho= - 0,191 | P= 0,072 |
| Lubricación | Rho= - 0,011 | P= 0,920 |
| Orgasmo | Rho= - 0,157 | P= 0,141 |
| Satisfacción | **Rho= - 0,264** | **P= 0,012** |
| Dolor | Rho= 0,119 | P= 0,266 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

Con respecto a las variables sociodemográficos la relación entre Índice de Función Sexual y la edad del entrevistado dio significativo en Deseo con un Rho= -0,228 y una significación de 0,031 y Satisfacción con un Rho= -0,264 y una significación de 0,012. Todos con una relación inversa y baja.

Tabla 17. *Relación entre el Índice de Función Sexual y el Nivel educativo.*

| | *Nivel educativo* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho = 0,048 | P = 0,658 |
| Deseo | Rho = - 0,090 | P = 0,402 |
| Excitación | Rho = 0,034 | P = 0,752 |
| Lubricación | Rho = 0,066 | P = 0,541 |
| Orgasmo | Rho = 0,160 | P = 0,134 |
| Satisfacción | Rho = - 0,083 | P = 0,441 |
| Dolor | Rho = 0,187 | P = 0,079 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

Las relaciones entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con el Nivel Educativo de la muestra no dieron significativas.

Tabla 18. *Relación entre el Índice de Función Sexual y la Cantidad de hijos.*

| | *Cantidad de hijos* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,193 | P= 0,113 |
| Deseo | Rho= - 0,122 | P= 0,317 |
| Excitación | Rho= - 0,071 | P= 0,562 |
| Lubricación | Rho= - 0,054 | P= 0,657 |
| Orgasmo | **Rho= - 0,326** | **P= 0,006** |
| Satisfacción | Rho= - 0,165 | P= 0,176 |
| Dolor | Rho= 0,051 | P= 0,676 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con la cantidad de hijos dio significativo en Orgasmo con un Rho= -0,326 y una significación de 0,006. La relación resultó inversa y baja.

Tabla 19. *Relación entre el Índice de Función Sexual y el Cambio en los ingresos económicos.*

| | *Cambio en los ingresos económicos* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Rho= - 0,021 | P= 0,845 |
| Deseo | Rho= 0,006 | P= 0,954 |
| Excitación | Rho= 0,101 | P= 0,344 |
| Lubricación | Rho= - 0,030 | P= 0,783 |
| Orgasmo | Rho= 0,006 | P= 0,953 |
| Satisfacción | Rho= 0,121 | P= 0,259 |
| Dolor | Rho= 0,069 | P= 0,519 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con cambio en los ingresos económicos no dio significativa.

**Diferencia de grupos con IFSF y sus dimensiones en variables sociodemográficas.**

Tabla 20. *Diferencia entre el Índice de Función Sexual y el Uso de anticonceptivos.*

| | *Uso de anticonceptivos* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Sí=45,14<br>No=44,85 | Sig.=0,957 |
| Deseo | Sí=44,36<br>No=45,66 | Sig.=0,807 |
| Excitación | Sí=47,60<br>No=42,34 | Sig.=0,332 |
| Lubricación | Sí=44,81<br>No=45,19 | Sig.=0,943 |
| Orgasmo | Sí=42,52<br>No=47,53 | Sig.=0,350 |
| Satisfacción | Sí=41,18<br>No=48,91 | Sig.=0,135 |
| Dolor | Sí=49,08<br>No=40,83 | Sig.=0,092 |

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

El análisis entre Índice de Función Sexual y el Uso o no de anticonceptivo no evidenció diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 21. *Diferencia entre el Índice de Función Sexual y si tiene hijos.*

| | *Hijos* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Sí=44,09<br>No=48,34 | Sig.=0,525 |
| Deseo | Sí=42,66<br>No=53,61 | Sig.=0,092 |
| Excitación | Sí=44,34<br>No=47,45 | Sig.=0,638 |
| Lubricación | Sí=45,93<br>No=41,58 | Sig.=0,506 |
| Orgasmo | Sí=44,30<br>No=47,58 | Sig.=0,616 |
| Satisfacción | Sí=43,84<br>No=49,26 | Sig.=0,390 |
| Dolor | **Sí=47,47**<br>**No=35,89** | **Sig.=0,050** |

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

La diferencia entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con las mujeres que tienen hijos y las que no, dio significativa en Dolor evidenciando que las mujeres que tienen hijos poseen mejor Función Sexual en la dimensión Dolor, es decir menos Dolor en las relaciones Sexuales.

Tabla 22. *Diferencia entre el Índice de Función Sexual y la Situación laboral actual.*

| | *Situación laboral actual* | |
|---|---|---|
| Índice de Función Sexual | Desocupada=43,55<br>Trabajo fuera de casa= 45,35<br>Home office=44,99 | Sig.=0,985 |
| Deseo | Desocupada=35,75<br>Trabajo fuera de casa=48,39<br>Home office=44,21 | Sig.=0,355 |
| Excitación | Desocupada=41,50<br>Trabajo fuera de casa=41,76<br>Home office=48,69 | Sig.=0,437 |
| Lubricación | Desocupada=39,80<br>Trabajo fuera de casa=44,27<br>Home office=46,88 | Sig.=0,709 |
| Orgasmo | Desocupada=54,15<br>Trabajo fuera de casa=48,35<br>Home office=39,87 | Sig.=0,158 |
| Satisfacción | Desocupada=46,60<br>Trabajo fuera de casa=43,62<br>Home office=45,83 | Sig.=0,900 |
| Dolor | Desocupada=43,75<br>Trabajo fuera de casa=44,76<br>Home office=45,75 | Sig.=0,931 |

Nota: coeficiente utilizado: H de Kruscal Wallis

La diferencia entre Índice de Función Sexual y sus dimensiones con la situación laboral actual no dio significativa.

**Correlaciones con Impacto Emocional de los Sucesos de Vida Estresantes en variables sociodemográficas**

Tabla 23. *Relación entre el Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes y Edad.*

| | *Edad* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Rho= - 0,004 | P= 0,973 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes con Edad no dio significativa.

Tabla 24. *Relación entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida Estresantes y el Nivel Educativo.*

| | *Nivel educativo* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Rho= - 0,167 | P= 0,118 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes y nivel educativo no dio significativa.

Tabla 25. *Relación entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida Estresantes y la Cantidad de hijos.*

| | *Cantidad de hijos* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Rho= 0,028 | P= 0,818 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relación entre Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes y la Cantidad de hijos no dio significativa.

Tabla 26. *Relación entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes y los Cambios en los ingresos económicos.*

| | *Cambios en los ingresos económicos* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Rho= -0,138 | P= 0,197 |

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman.

La relacione entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes y cambios en los ingresos económicos no dio significativo.

**Diferencia de grupos con Impacto Emocional de los Sucesos de Vida Estresantes en variables sociodemográficas.**

Tabla 27. *Diferencia entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida Estresantes e Hijos.*

| | *Hijos* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Sí=42,03<br>**No=55,95** | **P= 0,035** |

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

Existen diferencias significativas entre las mujeres que no tienen hijos con el Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes, siendo mayor en las mujeres que no tienen hijos.

Tabla 28. *Diferencia entre Impacto Emocional de los Sucesos de Vida estresantes y el Uso de anticonceptivos.*

| | *Métodos anticonceptivos* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Si= 40,77<br>No=49,33 | P= 0,114 |

Nota: coeficiente utilizado: U de Mann Whitney

No existe diferencia significativa de las mujeres que usan o no un método anticonceptivo con el Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes.

Tabla 29. *Diferencia entre Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes y la Situación laboral actual.*

| | *Situación laboral actual* | |
|---|---|---|
| Impacto Emocional de Sucesos de Vida | Desocupada= 62,95<br>Trabajo fuera de casa=42,23<br>Home office=43,17 | P= 0,061 |

Nota: coeficiente utilizado: H de Kruscal Wallis

No existe diferencia entre la situación laboral actual con el Impacto Emocional de Sucesos de Vida estresantes.

# CAPÍTULO V

## Conclusión y discusión

De acuerdo con el objetivo de este estudio, el cuál fue conocer si existe relación entre el impacto emocional de los ESV y el IFSF en mujeres entre 35 y 65 años de Zona Oeste del Gran Buenos Aires, los resultados obtenidos evidenciaron que las variables poseen relación significativa de tipo inversa y con una baja fuerza del vínculo.

De acuerdo con el cumplimiento de este objetivo se pasó a analizar la confirmación o refutación de las hipótesis anteriormente planteadas.

En relación con la H1 que afirmaba que cuanto mayor nivel de impacto emocional de los ESV menor sería el IFSF de las mujeres encuestadas y viceversa. El análisis de los resultados la confirma. Quienes presentaros un alto nivel de impacto emocional de los ESV mostraron un bajo IFSF, es decir, presentan más disfunción sexual.

Dichos resultados mencionados anteriormente entran en concordancia con el estudio realizado por Hamilton y Meston (2013) el cual postuló que las mujeres que poseían un alto grado de estrés mostraban niveles más bajos de activación genital, y excitación psicológica.

Siguiendo con la línea teórica, Casullo (1998) menciona que en la vida cotidiana hay estímulos que resultan estresantes, conformando un suceso o circunstancia suficiente para alterar o modificar las condiciones de salud psicofísicas.

Asimismo, Arden et al. (2002) y Rosen et al. (2000) mencionan que el estrés puede interferir con el interés y la respuesta sexual, aunque la exposición a situaciones que provoquen estrés no siempre debe tener efectos negativos, mientras que el sujeto pueda tolerarlas, pero cuando estas situaciones son muy intensas con múltiples

estímulos, pueden provocar una variedad de trastornos psicológicos como disfunciones sexuales.

Por último, a nivel neurológico, Fisher (2000) explica que la respuesta cerebral ante el estrés conlleva un aumento de la tensión arterial y provoca la liberación de ciertas sustancias que pueden provocar depresión al eje reproductivo-sexual.

Con respecto a la H2 la cual planteaba que, ante la presencia del impacto emocional causado por el ESV, *Problemas psicológicos personales que le siguen afectando actualmente*, la muestra presentaría menor IFSF. El análisis de los resultados da cuenta de la refutación de la misma, ya que no se evidenció una relación significativa entre el impacto emocional del suceso de vida y el IFSF de dicha muestra.

En contraposición Laumann et al., (1994) mencionan que varios factores psicológicos y una precaria salud física y psicológica puede llevar a todos los tipos de trastornos sexuales en los hombres, pero principalmente al dolor sexual en la mujer.

Asimismo, Nappi y Lachowsky (2009) mencionan que la existencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, farmacológicos y ambientales pueden intervenir o alterar la función sexual provocando una disfunción sexual.

No obstante, en este estudio, pocas personas dieron cuenta de este ESV como un evento que todavía sigue afectando, por ende, resultó poco probable la asociación significativa de las variables enunciadas. Es decir, si la mayoría de las mujeres de la muestra de esta investigación no atravesaron por problemas psicológicos personales que le sigan afectando actualmente, no resulta robusto relacionar este suceso con el índice de función sexual.

Siguiendo con otro ESV específico referido en la H3, la cual afirmaba que ante la presencia del ESV *Violación* que siga generando impacto emocional en los sujetos, sería menor el IFSF o mayor la disfunción sexual. Los resultados exponen que las variables son independientes, por lo tanto, la hipótesis se vio rechazada parcialmente, ya que una de las dimensiones del IFSF se relacionó de forma significativa con este suceso, presentando una

relación inversa y baja. Lo que explica que a más Impacto Emocional de dicho ítem más Dolor en las relaciones sexuales, teniendo en cuenta que la dimensión Dolor se evalúa de forma inversa con respecto al constructo que mide la escala (cuan mayor IFSF, menor Dolor).

Bramner et al. (2003) explica que los estímulos sexuales provocan ansiedad en el individuo cuando este ha formado parte de experiencias traumáticas, como la violación, el incesto o el acoso sexual. Ya que es difícil para las víctimas de traumas sexuales responder genuinamente en las relaciones sexuales, incluso años después y con parejas que quieren.

También García Tirada (2009) asegura que variedad de factores como traumas psicosexuales, creencias irracionales y los cuadros de ansiedad pueden colaborar a que las mujeres sufran trastornos que disminuyen la lubricación, la excitación sexual y pueden traducirse en una relación sexual dolorosa, con incapacidad para llegar al orgasmo.

A su vez, Laumann et al. (1994) infieren que generalmente quienes fueron víctimas sexuales en su infancia están más expuestos a padecer dificultades sexuales en la adultez.

De acuerdo con lo que explicitado en la H4: Ante la presencia del ESV, *Alguna experiencia sexual desagradable o traumática* que siga afectando actualmente se evidenciará menor IFSF, los resultados evidenciaron su confirmación, ya que se obtuvo una relación significativa, de tipo inversa y baja, la cual evidenció que cuanto más impacto emocional causan actualmente dichas experiencias desagradables que haya experimentado la persona no solo menor sería el IFSF, sino también sus dimensiones: Deseo y Dolor. Menos deseo y más experimentación de Dolor en las relaciones sexuales.

Este resultado concuerda con lo que Laumann et al. (1994); Fishman y Mamo (2001) mencionan sobre el hecho de que muchas mujeres que han estado expuestas a actitudes negativas acerca del sexo durante la infancia y la adolescencia encuentran dificultades para ver el sexo como una fuente de placer y satisfacción cuando son adultas.

Por último, la H5 planteó que, a mayor Edad, menor IFSF en Deseo, Lubricación y Satisfacción, hipótesis que se vio confirmada parcialmente, ya que, se encontró relación significativa inversa con las dimensiones Deseo y Satisfacción, pero no así con la dimensión Lubricación. Es decir, que cuanto más longevo es el sujeto, menor es el deseo y la satisfacción, presentando disfunción en esas áreas.

En concordancia, con dicho resultado el estudio elaborado por García Tirada (2009) comprobó que la mujer de mayor edad vivenciaba su sexualidad, de manera no saludable, encontrando disfunciones en la disminución del Deseo sexual, la Frecuencia del coito y la ausencia de Orgasmos, dado por diferentes factores (como la imposición de la sexualidad masculina, la dificultad de elaborar duelos o situaciones de la vida y la dificultad en la comunicación de la pareja).

Asimismo, Blümel et al. (2004) menciona que entre los 35 y 40 años la sexualidad logra su máxima expresión, pero luego de esa edad el deseo y la excitación disminuyen. Cuanto mayor es la edad se predice mayor riesgo de disfunción sexual. Las parejas de más edad, comparadas con las jóvenes, mantienen relaciones sexuales con menor frecuencia.

Avis et al. (2000) también planteo que la falta de lubricación no necesariamente es causa de una disfunción, sino que puede darse por los efectos físicos naturales de la edad como la menopausia, la cual es el cese de la menstruación, es un proceso que ocurre en la mayoría de los casos entre los 46 y los 50 años y dura aproximadamente dos años y es entendida en la mayoría de las mujeres como el fin del apetito sexual de la mujer.

A modo de cierre, en cuanto a las limitaciones que este estudió presentó, se podría hacer mención del tamaño reducido de la muestra por la cantidad de casos que quedaron por

fuera al ser parte de los criterios de exclusión. También se entiende que el momento situacional por el que pasa el país a raíz de la pandemia por Covid-19, es un factor no controlado que evidencia sucesos estresantes elevados como estar separado de un ser querido. También se vio limitado el análisis estadístico con la escala de ESV, ya que deja información cualitativa sin su correspondiente análisis.

Como recomendación para futuras investigaciones, se sugiere homogeneizar los grupos de la muestra, para comparar mujeres que vivan con su pareja y las que no, hacer comparación con respecto a los años que hace que están en pareja, comparar diferentes orientaciones sexuales e incluir escalas como ideología del rol de genero para investigar si influye la ideología sobre el rol en la disfunción sexual, ya que fue un constructo muy presente en los antecedentes. También podría tomarse una escala de Sucesos de Vida más contemporánea y específica para su medición.

# CAPÍTULO VI

**Referencias**

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J.D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R. y Giles, W. H. (2006). Los efectos duraderos del abuso y las experiencias adversas relacionadas en la infancia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256*, 174–186. https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Manson

Arden, J. B. (2002). *Surviving job stress: How to overcome workday pressures*. Franklin Lakes: Career Press.

Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C. y Longcope, C. (2000). ¿Existe una asociación entre el estado de la menopausia y el funcionamiento sexual?. *Pubmed, 7*(5), 297-309. doi: 10.1097 / 00042192-200007050-00004.

Banmen, J. y Vogel, N. A. (1985). La relación entre la calidad marital y la comunicación sexual interpersonal. *Terapia familiar, 12*(1), 45-58.

Barrio, J. A., García, M.R., Ruiz, I. y Arce, A. (2006). EL ESTRÉS COMO RESPUESTA. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación, 1*(1), 37-48.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J. (…) (2015). Informe de la Conferencia Internacional de Consenso sobre la Disfunción Sexual Femenina: Definiciones y Clasificaciones. *Revista de terapia sexual y marital, 27*(2), 83-94. https://doi.org/10.1080/00926230152051707

Blümel, M. J. E., Binfa, E. L, Cataldo, A. P., Carrasco, V. A., Izaguirre, L. I. y Sarrá, C. S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer.

*Revista chilena de obstetricia y Ginecología, 69*(2), 118-125. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006.

Blümel, M. J. E., Bravo, M. F., Recavarren, A. M. y Sarrá, C. S (2003). Función sexual en mujeres usuaria de terapia de remplazo hormonal. *Revista médica de Chile, 131*(11), 1251-1255. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003001100004

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud.* Paraninfo Tomson Learning.

Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Adil, J., Khan, S., Nazeer, A., Afzal, N., McGlashan, T., Elzinga, B., Andersona, G. M., Heninger, G., Southwick, S. M. y Charney, D. S. (2003). Respuesta del cortisol a nuevo desafío de estrés cognitivo en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionado con el abuso infantil. *Psychoneuroendocrinology, 28*(6), 733-750. https://doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00067-7

Brizzio, A. y Carreras, A. (2007). Variables salugénicas y su relación con los sucesos de vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, *1*(23), 83-99.

Carvalheira, A. A. (2007). Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexológica. *Revista Internacional de Andrología, 5*(1), 88-91. https://doi.org/10.1016/S1698-031X(07)74038-4.

Casullo, M.M., Leibovich de Figueroa, N. Y Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Psicoteca Editorial

Casullo, M.M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Paidós.

Crooks, R. y Baur, K. (2010). *Nuestra Sexualidad*. En L. Campa Rojas (Trads.). Cengage Learning.

Davis, S. (2015). Testosterona y deseo sexual en mujeres*. Revista de educación y terapia sexual, 25*(1), 25-32. https://doi.org/10.1080/01614576.2000.11074325.

Díaz-Vélez, C. y Samalvides-Cuba, F. (2017). Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III – Chiclayo – Perú*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología., 82*(4), 386-395. http://dx.doi.org/10.4067/s0717-752620170004003686.

Espitia-De La Hoz, F. J. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009–2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 69*(1), 9-21. https://doi.org/10.18597/rcog.3035.

Figueroa Perea, J. G. y Rivera Reyes, G. (1993). Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina. *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana.* En S. González Montes (ed.). El colegio de México. https://doi.org/10.2307/j.ctv512zkx.11

Fisher, H. E. (2000, 1 de enero). Brains do it: Lust, attraction and attachment. Dana Foundation. https://www.dana.org/article/brains-do-it-lust-attraction-and-attachment/

Fishman, J. R. y Mamo, L. (2008). ¿Qué hay en un trastorno? Un análisis cultural de las construcciones médicas y farmacéuticas de la disfunción sexual masculina y femenina. *Mujeres y terapia, 24*, 179-193. https://doi.org/10.1300/J015v24n01_20.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Diferencias de edad en el estrés y los procesos de afrontamiento. *Psicología y envejecimiento, 2*(2), 1771-184. https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171.

Gagnon, J. H., y Simon, W. (2017). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (2nd ed.). Routledge.

García Tirada, M. A. (2009). Como viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. *Revista cubana de obstetricia y ginecología, 35*(2), 1-12.

González, P.L. y Castillo, M.D. (2010). *Sucesos de vida estresantes, afrontamiento y personalidad* [monografía]. Congreso virtual de psiquiatría XI. Interpsiquis.

Guarín-Serrano, R., Mujica-Rodríguez, A. A. M., Cadena-Afanador, L. P. y Useche-Aldana, B. I. (2017). Una mirada a la masturbación femenina: estudio descriptivo transversal en mujeres universitarias del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Fac. Med, 67*(1), 63-68. http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.64125

Gutierres Teira, B. (2010). La respuesta Sexual. *Actualización en Medicina de Familia, 6*(10), 543-546.

Hamilton, D. L. y Meston, C. M. (2013). Estrés crónico y función sexual en mujeres. The journal of sexual medicine, 10(10), 2443-2454 https://doi.org/10.1111/jsm.12249

Hernández Rodríguez, Y. Altamirano Guerrero, J. A., Román Collazo, C. A., Barros Bernal, S. y Coronel Diaz, H. R. (2017). Función sexual femenina en las estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20*(3), 233-252.

Jiménez, L., Menéndez, S. e Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología, 26*(3), 397-527.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. y Gebhard, P. H. (1954). Comportamiento sexual en la mujer humana. *WB Saunders Company, 292*(1), 178. https://doi.org/10.1177/000271625429200147.

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. y Michaels, S. (1994). *La organización social de la sexualidad. Prácticas sexuales en los Estados Unidos.* Book Review.

López, F. (2005). *Educación sexual*. Biblioteca Nueva.

Lorence Lara, B., Jimenez Garcia, L. y Sanchez Hidalgo, J. (2009). Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia, 9*(1), 115-126.

Manzo, C. y Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica, 22*(2), 193-203.

Montero V. A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista médica de Chile*, *139*(10), 1249-1252. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001

Morales Catalayud, F. (1990). Procedimientos de evaluación de factores psicosociales de riesgo de enfermar. *Revista interamericana de psicología, 24*(2), 215-220.

Muñoz, D. M. P. y Camacho, L. P. A. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 81*(3), 168-180. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002.

Nappi, E. R. y Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas, 63*(2), 138-141. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.021.

Nebot-García, J.E., García-Barba, M., Martínez-Gómez, N., Lopez-Fando Galdon, M. y Ruiz-Palomino, E. (2019, 4-5 de Abril). *Disfunciones sexuales y su relación con la satisfacción sexual y la calidad de vida.* [Conferencia]. V Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Universitat Jaume. doi: 10.13140/RG.2.2.16034.89285.

Organización Mundial de la Salud (2020). Salud sexual. OMS. https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Panamericana de la salud y Organización mundial de la Salud (2000, 19-22 de Mayo). Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción. Asociación Mundial de Sexología. https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672.

Orlandini, A. (1999). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. La ciencia para todos.

Pérez Martin, E. (2014). Vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Revista internacional de Psicoanálisis, (48), 61-93.

Perez Nuñez, D., Garcia Viamontes, J., Garcia Gonzalez, T. E., Ortiz Vazquez, D. y Centelles Cabreras, M. (2014). Conocimiento sobre el estrés, salud y creencias de control para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de medicina general integral, 30*(3), 354-363.

Perez Rivera, R. (2018). Respuesta Sexual Humana y Disfunciones Sexuales. *Ther Avd Psychopharmacol, 8*(1), 13-32.

Rathus, S. A., Nevid, J. S. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana.* En A. Pearson (Trad.) (6° ed.). Pearson Education.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(2), 191-208. doi: 10.1080/009262300278597.

Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés, 8*(1), 73–87.

Vega, M. G., Flores, C. J., Ávila, M. J., Becerril, S. A., Vega, M. A. J., Camacho, C. N. Y García, S. P. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 79*(2), 81-85. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200003

# CAPÍTULO VII

## Anexos

**Universidad Abierta Interamericana - Facultad de Psicología y Relaciones Humanas**

Mi nombre es Sol Aixa Mangiarotti, terminé quinto año de la carrera de Lic. en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana y quisiera invitarte a colaborar (de manera ANONIMA) en esta investigación realizada en el marco de mi tesis de grado.

Esta breve encuesta, destinada a mujeres entre 35 y 65 años. Llevará solo 20 minutos y tu participación será de suma importancia.

Se agradece la predisposición y tengo plena confianza que la información suministrada será confidencial y solo utilizada para los fines académicos ya mencionados.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Certifico que he sido informada con la claridad y veracidad acerca de la investigación académica a la cual he sido invitada a participar, y que actuó libre y voluntariamente como colaboradora. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para oponerme al ejercicio académico sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

**Obligatorio*

ACEPTO *

- SÍ
- NO

**Datos sociodemográficos**

Por favor complete o seleccione la opción correspondiente en cada caso.

SEXO *

- MASCULINO
- FEMENINO

EDAD *

_____

¿VIVÍS EN ZONA OESTE DE GRAN BUENOS AIRES? *

- SÍ
- NO

NIVEL EDUCATIVO *

- SIN ESTUDIOS
- PRIMARIO
- SECUNDARIO
- TERCIARIO

- UNIVERSITARIO O SUPERIOR

¿TENÉS HIJOS? *

- SÍ
- NO

(SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ) ¿CUÁNTOS HIJOS TENÉS?

_____

EN ESTE MOMENTO, ¿TE ENCONTRÁS EMBARAZADA O DENTRO DE LOS 6 MESES POSTERIORES AL EMBARAZO? *

- SÍ
- NO

¿CUÁL ES TU ORIENTACIÓN SEXUAL? *

- ME GUSTAN LAS MUJERES
- ME GUSTAN LOS HOMBRES
- SOY BISEXUAL
- OTRO

EN LOS ULTIMOS 3 MESES ¿TE ENCONTRÁS CON UNA PAREJA ESTABLE? *

- SÍ
- NO

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL *

- DESOCUPADA
- TRABAJO FUERA DE CASA
- HOME OFFICE

¿SUFRISTE ALGÚN CAMBIO EN TUS INGRESOS ECONÓMICOS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? *

- SÍ, EN DECENSO
- NO, NO SUFRI NINGUN CAMBIO
- SÍ, EN ACENSO

¿CONSUMÍS ALGÚN TIPO DE PSICOFÁRMACO? *

- SÍ
- NO

(SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ) ¿CUÁL O CUÁLES PSICOFÁRMACOS CONSUMÍS?

_____

¿TE ENCONTRÁS BAJO TRATAMIENTO DE REEMPLAZO HORMONAL? *

- SÍ
- NO

¿UTILIZÁS ALGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO? *

- SÍ
- NO

(SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ) ¿CUÁL MÉTODO UTILIZÁS?

_____

¿TE SOMETISTE A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A NIVEL GINECOLÓGICO, QUE NO TE PERMITA QUEDAR EMBARAZADA? *

- SÍ
- NO

**Cuestionario I**

Las siguientes preguntas son sobre tu sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor, responde las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Las respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Marca sólo una alternativa por pregunta.

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

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.*

En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta 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

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

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

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

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

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

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

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

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

En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo 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

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

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

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

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

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

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente malestar 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

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente malestar 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

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

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

**Cuestionario II**

A continuación, se presenta una lista con experiencias de vida importantes.

Si algunas de ellas te han pasado en el último año, por favor, señálalas tratando de asignarles alguna opción de cuánto consideras que te afectaron ya que cada una de dichas experiencias puede producir diferentes grados de tensión emocional.

Luego se pide que marques si te sigue afectando actualmente.

Sólo tenés que tener en cuenta los acontecimientos que te hayan ocurrido, de lo contrario marca "no me paso".

Enfermedad física propia, seria, importante

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad física seria de algún hermano/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ

- NO

Enfermedad física seria del padre *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad física seria de la madre *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad física seria de algún amigo/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas psicológicos personales importantes *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho

- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad psíquica de algún hermano/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando?

- SÍ
- NO

Enfermedad psíquica del padre *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad psíquica de la madre *

- No me afectó nada
- Me afecto poco
- Algo me afecto
- Me afecto bastante
- Me afecto mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad psíquica de algún pariente *

- No me afectó nada

- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enfermedad psíquica de algún amigo/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Muerte del padre *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Muerte de la madre *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ

- NO

Muerte de algún hermano/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Muerte de algún abuelo *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente? '

- SÍ
- NO

Desaparición de algún familiar (no saber dónde está) *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Desaparición de algún amigo/a (no saber dónde está) *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho

- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Divorcio o separación de los padres *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Divorcio o separación de algún hermano/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Embarazo no deseado *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Aborto *

- No me afectó nada

- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Violación *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Alguno de los padres despedido o sin empleo *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Alguna experiencia sexual desagradable, traumática *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ

- NO

Mudanzas *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Abuso de alcohol o drogas de alguno de los padres *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas personales en relación con alcohol o drogas *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho

- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Estar separado/a de un ser querido *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Muerte de algún amigo/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Serios problemas económicos familiares *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas familiares graves *

- No me afectó nada

- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas personales con algún docente *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas para aprender en la escuela *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Ruptura de noviazgo o pareja *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ

- NO

Problemas que implicaron la participación de la policía *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Dificultades para tener amigos/as *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas de fé (crisis religiosa) *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Haber sufrido un accidente serio *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho

- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Intentar quitarme la vida *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Divorcio o separación personal *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Tener dificultades para formar pareja *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Tener dificultades para conseguir trabajo *

- No me afectó nada

- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Confusión vocacional, no saber qué estudiar *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Problemas de disciplina en la escuela *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Sentirme amenazadora o perseguidora por alguien *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ

- NO

No poder conservar por mucho tiempo un trabajo *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Enterarme de que me adoptaron *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Haber sido golpeado/a, duramente castigado/a *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho
- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO

Haber pensado en quitarme la vida *

- No me afectó nada
- Me afectó poco
- Algo me afectó
- Me afectó bastante
- Me afectó mucho

- No me pasó

¿Te sigue afectando actualmente?

- SÍ
- NO