



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 3
CD VALLES, SAN LUIS POTOSI

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

“Relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, según su estado nutricional.”

Dra. Iliana Carolina García Soria

DIRECTOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO

Dr. Osman David Acosta Ortega.

Médico Pediatra. Master en Tecnologías Educativas, Diplomado en Investigación en Salud.
Hospital General de Zona N° 6, Cd Valles, SLP.

Noviembre 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 3
CD VALLES, SAN LUIS POTOSI

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

“Relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, según su estado nutricional.”

Dra. Iliana Carolina García Soria

DIRECTOR Y METODOLÓGICO

Dr. Osman David Acosta Ortega.

Médico Pediatra. Master en Tecnologías Educativas, Diplomado en Investigación en Salud.
Hospital General de Zona N° 6, Cd Valles, SLP.

SINODALES

Dra. Verónica Tzitzlali Santacruz Pérez
Presidente

Dr. Josue Castilla Caballero
Sinodal

Dr. Rafael Natividad Nieva de Jesús
Sinodal

Noviembre 2023



RESUMEN:

La disfunción sexual femenina puede ser secundaria a diversos factores intervinientes por ejemplo la obesidad y una autopercepción alterada de la imagen corporal contribuyendo a una prevalencia de hasta el 65.81%. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, según su estado nutricional. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo analítico, transversal, observacional y prospectivo en la UMF No. 3, Cd Valles, SLP. Previa autorización del protocolo y consentimiento informado, se aplicaron 2 instrumentos: Índice de Función sexual Femenina y Test de Siluetas de Stunkard en el periodo comprendido de febrero-octubre 2022, que valoran la funcionalidad sexual y la autopercepción de la imagen corporal, determinándose además el estado nutricional según el Índice de Masa corporal. Las diferencias se analizaron mediante la prueba Chi cuadrada con una significancia estadística de $p < 0.05$, ó el test de Razón de verosimilitud. Adicionalmente para las variables de estado nutricional e imagen corporal autopercebida se calculó concordancia mediante el Test de Kendall con un valor significativo de $p < 0.05$. **Resultados:** Se encontró que el 71% de las mujeres presentan buena función sexual. El 59.6% de la población femenina estudiada presenta una alteración de su estado nutricional. El 72% de mujeres con un estado nutricional normal se autoperciben de manera correcta a su estado nutricional real mientras aquellas con sobrepeso lo hacen en un 69.6% sin embargo las mujeres con obesidad subestiman en su mayoría su estado nutricional en un 80.8%. **Conclusiones:** La autopercepción de imagen corporal muestra una asociación significativa a funcionalidad sexual y así mismo con el estado nutricional sin embargo la función sexual no tiene una relación al estado nutricional.

RESUME:

Female sexual dysfunction may be secondary to various intervening factors such as obesity and altered self-perception of body image contributing to a prevalence of up to 65.81%. **Objective:** To determine the relationship between sexual function and self-perception of body image in healthy women aged 20 to 40 years married or cohabiting, according to their nutritional status. **Material and methods:** An analytical, cross-sectional, observational and prospective study was carried out at UMF No. 3, Cd Valles, SLP. After authorization of the protocol and informed consent, 2 instruments were applied: Female Sexual Function Index and Stunkard Silhouette Test in the period February-October 2022, which assess sexual function and self-perception of body image, also determining nutritional status according to the Body Mass Index. Differences were analyzed using the Chi-square test with a statistical significance of $p=0.05$, or the Likelihood Ratio test. Additionally, for the variables of nutritional status and self-perceived body image, concordance was calculated using Kendall's test with a significant value of $p<0.05$. **Results:** It was found that 71% of the women presented good sexual function. 59.6% of the female population studied had an alteration in their nutritional status. 72% of women with a normal nutritional status self-perceived their actual nutritional status as correctly to their real nutritional status while those with overweight do so in 69.6% however women with obesity mostly underestimate their nutritional status by 80.8%. **Conclusions:** Self-perception of body image shows a significant association with sexual function and also with nutritional status; however, sexual function does not have a relationship with nutritional status.

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	1
Índice.....	3
Lista de cuadros.....	4
Lista de figuras.....	5
Lista de abreviaturas	6
Lista de definiciones.....	7
Dedicatorias.....	11
Reconocimientos.....	12
Antecedentes.....	13
Justificación	23
Hipótesis	26
Objetivos	27
Sujetos y métodos	28
Análisis estadístico	38
Ética	40
Resultados	45
Discusión	59
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	63
Conclusiones	64
Bibliografía.....	66

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Características sociodemográficas según Estado Nutricional.....	47
Cuadro 2. Características sociodemográficas según Autopercepción de la Imagen corporal.....	50
Cuadro 3. Características sociodemográficas según Función sexual.....	53
Cuadro 4. Estado Nutricional en función de la Autopercepción de la Imagen Corporal.....	55
Cuadro 5. Estratificación de la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal, según el estado nutricional.....	57

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Estado nutricional.....	45
Figura 2. Autopercepción de la imagen corporal.....	48
Figura 3. Función sexual.....	51
Figura 4. Media de los puntajes en cada dimensión del IFSF.....	52
Figura 5. Función sexual según estado nutricional	55
Figura 6. Función sexual según autopercepción de la imagen corporal.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **BIQLI-SP:** Body Image Quality of Life Inventory-Spanish version, siglas en ingles de Inventario de calidad de vida de la imagen corporal-Versión española.
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 11° revisión
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5° Edición.
- **ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- **IFSF:** Índice De Función Sexual Femenina
- **IMC:** Índice de Masa Corporal
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **S-BIS:** Spanish Body Image Inventory, siglas en inglés de Escala de Imagen Corporal en Español
- **SLP:** San Luis Potosí
- **UMF:** Unidad de Medicina Familiar

LISTA DE DEFINICIONES

- **Alpha de Cronbach:** Test estadístico para evaluar la consistencia interna de un instrumento cuando éste tiene ítems con puntajes múltiples. Los resultados adquieren valores que van de 0 a 1, considerándose como fiable un instrumento cuando este valor es de 0.7 o mayor.
- **Autoimagen:** Representación mental o la imagen que tiene uno sobre su propia persona.
- **Autopercepción:** Percepción de las características propias, atributos, cualidades, defectos, capacidades y límites.
- **Cirugía Bariátrica:** Conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para producir pérdidas importantes de peso.
- **Climaterio:** período de transición en la vida de la mujer, entre la etapa reproductiva a la no reproductiva, este período se inicia aproximadamente 5 años antes de la menopausia y su duración es de 10 a 15 años.
- **Concubinato:** Relación marital de un hombre con una mujer sin estar casados.
- **Consistencia interna:** Es una evaluación de qué tan seguro es que los ítems de un instrumento que se diseñan para medir el mismo constructo realmente lo hagan. Un constructo es un tema, característica o habilidad subyacente, que es medida por el instrumento. Las pruebas estadísticas más utilizadas para evaluar la consistencia interna son el alfa de Cronbach y el test de Kuder-Richardson
- **Correlación (Coeficiente de):** es una medida de dependencia lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, cuyo valor (coeficiente) va de 0 a 1, siendo 1 una correlación perfecta y 0 una correlación ausente.

- **Dehidroepiandrosterona:** Metabolito androgénico de síntesis predominante en la corteza suprarrenal con débil poder androgénico que constituye un precursor de la síntesis de testosterona.
- **Dimensión:** Aspectos o elementos concretos de observación en los que puede dividirse un instrumento de medición y que se corresponden a características constitutivas o bloques estructurales en los que puede descomponerse la variable que se mide con dicho instrumento.
- **Disfunción Sexual Femenina:** La disfunción sexual es el conjunto de síndromes que comprenden las diversas formas en que las personas adultas pueden tener dificultades para experimentar relaciones sexuales satisfactorias y no coercitivas. El término femenino hace alusión a que la disfunción es padecida por individuos del sexo femenino.
- **Escala de Imagen Corporal:** Graduación utilizada en diversos instrumentos para posibilitar la medición de percepción, el conocimiento y el sentir de cada persona respecto a su propio cuerpo.
- **Escala tipo Likert:** instrumento donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional
- **Estado nutricional:** Resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y el gasto de energía de un individuo.
- **Estrógeno: Hormona** sexual que interviene en la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos.
- **Figura:** Forma exterior del cuerpo de una persona.
- **Foliculoestimulante:** Hormona elaborada en la hipófisis que en las mujeres, actúa sobre los ovarios para hacer crecer los folículos y los óvulos.

- **Función sexual:** Es el conjunto que abarca el sexo y la sexualidad como un factor de equilibrio en la salud integral de un individuo.
- **Globulina Fijadora de Hormonas Sexuales:**
- **Imagen corporal:** Es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico
- **Índice de Función Sexual Femenina:** Instrumento sobre la funcionalidad sexual en la mujer que depende del número de puntos obtenidos en la calificación de sus respuestas. Cuando el puntaje es menor a 26.55 puntos se califica como “Mala función sexual” o mayor de 26.55 puntos como “Buena función sexual”.
- **Índice de Masa Corporal:** Valoración obtenida según el cociente del peso de un individuo sobre el cuadrado de su talla (en metros).
- **Inventario de calidad de vida de la imagen corporal:** Instrumento que permitiera evaluar un constructo multidimensional que incluya tanto los aspectos positivos como los negativos en relación con la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico
- **Luteinizante:** Hormona elaborada en la hipófisis. En las mujeres, actúa sobre los ovarios para hacer que los folículos liberen sus óvulos y producir hormonas que preparan al útero para estar listo para que se implante un óvulo fertilizado.
- **Mastectomía:** Cirugía para extraer toda la mama o parte de ella.
- **Obesidad:** Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo, clasificándolo de acuerdo al índice de masa corporal. Las personas tienen un IMC igual o mayor de 30 kg/m².

- **Salud sexual:** Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad
- **Sobrepeso:** Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se calcula según el índice de masa corporal igual o superior a 25.
- **Test de Kruskal-Wallis:** Prueba estadística para comparar dos o más muestras independientes (no relacionadas) de variables cuantitativas discontinuas y continuas sin una distribución normal.
- **Test de Siluetas de Stunkard:** Instrumento que valora la percepción corporal según el índice de Masa Corporal. Consiste en nueve siluetas en donde el sujeto seleccionará una según la manera en que se autopercibe estableciendo una relación con su estado nutricional real.
- **Testosterona:** Hormona esteroidea sexual del grupo andrógeno segregada especialmente en el testículo, pero también, y en menor cantidad, en el ovario y en la corteza suprarrenal, que tiene efectos morfológicos, metabólicos y psíquicos.
- **Trastorno sexual:** Sinónimo de Disfunción Sexual. También puede hacer alusión a una entidad o enfermedad específica que condiciona algún grado de disfunción sexual.
- **Validación (instrumento):** Proceso de evaluar un determinado instrumento (cuestionario, escala, inventario, etc.) para asegurar su confiabilidad (que mida de igual manera en diferentes circunstancias) y validez (que mida lo que debe medir).
- **Vida sexual activa:** Referencia cuando una persona inicia o mantiene contactos sexuales.

DEDICATORIAS:

El presente trabajo de investigación quiero dedicarlo a mis papás: Josefina Soria García quien es mi incondicional en esta vida y sin duda mi mejor amiga, por nunca dudar de mí pero sobre todo por su amor infinito; a Jesús García García quien es el mejor papá que Dios me dio, siempre al pendiente de nuestras necesidades brindándonos protección. Hoy en día comprendo el por qué la mejor herencia que me están dando es mi educación, la que sé que es fruto de sus sacrificios. Gracias por siempre apoyarme y motivarme a ser mejor y sobre todo a tener aspiraciones, pero más que eso, por permitirme soñar que todo es posible.

A mis hermanos Diana, Antonio y José Miguel porque son parte de mis motivaciones en la vida así como a mis sobrinos Álex y Miranda además de mi cuñado Eduardo Prado por su apoyo incondicional.

A mis más fieles compañeros: Frijolito y Tito por su nobleza y por contagiarme de su alegría.

A mi prometido Reynaldo Soria Delgado por ser el mejor compañero, gracias por la paciencia y el amor que me brindas, por soñar conmigo y apoyarme sin importar el qué ante cualquier adversidad.

A mis amigos pero sobretodo debo mencionar a mi mejor amiga Janice Padrón Ortiz por recorrer este camino con tantos obstáculos que solamente las dos entenderemos. Detrás de este trabajo están 3 años de esfuerzo con un objetivo en la mira del que estamos cada vez más cerca. Afortunada soy de haber coincidido contigo y sé que esto lo recordaremos con todo el cariño y risas.

Con cariño

Iliana Carolina

RECONOCIMIENTOS:

Al finalizar el presente trabajo que requirió del tiempo y dedicación para poder hacerlo posible, me es inevitable no pensar en que este logro no sería posible sin el apoyo de mis autoridades educativas.

Debo hacer mención del Instituto Mexicano del Seguro Social y al personal que labora dentro de él por adoptarme durante este tiempo para poder realizar mi especialidad brindándome las herramientas para desenvolverme en el ámbito profesional.

Reconozco de manera especial y sincera al Dr. Osman David Acosta Ortega por su apoyo y confianza en mi trabajo, agradezco el que haya escuchado mis preocupaciones, ideas y propuestas así como el facilitar los medios para hacerlo posible, pero sobre todo por llevarme de la mano en todo este tiempo en el que compartió sus conocimientos siempre ilustrándonos.

Al Dr. Rafael Nieva por ser parte de este proceso y acompañarnos mientras escuchaba nuestras sugerencias permitiendo una apertura al diálogo en todo momento.

A mis profesores Dra. Verónica Tzitzlali Santacruz Prez y Dr. Josué Castilla Caballero por apoyarnos en todo momento y motivarnos. En las situaciones más difíciles en las que creía que sería imposible, me impulsaron a continuar y no me permitieron rendirme. Gracias por ser parte de este camino en el que siempre tuvieron las puertas abiertas a quien recurriera en situaciones de auxilio.

ANTECEDENTES:

Introducción:

El rol de la mujer ha cambiado durante el tiempo debido a diversos factores sociales, culturales y medioambientales. Hoy en día, la sexualidad de la mujer refleja el propio bienestar físico, social y psicológico, aunque aún muchas mujeres no pueden expresarse de manera libre, lo cual genera un desconocimiento de su cuerpo, de sus funciones, de sus necesidades y de sus sensaciones, lo que la lleva a adoptar un papel pasivo con consecuencias importantes en su desarrollo integral. La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer en el que también está implicada la propia autopercepción. ^{1, 2, 3}

Es importante mencionar que diversos trastornos pueden repercutir en una función sexual plena, siendo los más comunes los trastornos del estado nutricional. Un ejemplo de ellos es la obesidad, que además de repercutir en la salud física, trae consigo efectos a nivel psicológico y social por lo que dificultades en la esfera sexual se agudizan cuanto mayor índice de masa corporal tiene la mujer. ⁴

El sobrepeso-obesidad tiene una implicación doble en virtud de que produce, sobre todo en mujeres jóvenes, un descontento por su apariencia física lo que lleva a efectos negativos en la salud mental, impactando así en la funcionalidad sexual. Cabe aclarar que los problemas en la autopercepción corporal no son propios de la obesidad por lo que para los clínicos puede resultar complicado discernir si en una mujer obesa y con problemas de la funcionalidad sexual se deba primariamente a la obesidad o una alteración en la autopercepción corporal. ⁵

Disfunción Sexual Femenina:

La disfunción sexual hace referencia a problemas relacionados la satisfacción sexual sin embargo es difícil de definir porque engloba a una gran variedad de trastornos relacionados a la salud sexual. De hecho, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su decimoprimer revisión (CIE-11) la integra en las *Condiciones Relacionadas a la Salud Sexual* junto con otros trastornos que directa o

indirectamente pudieran contribuir a la disfunción sexual. Definiendo a ésta como un *Conjunto de síndromes que comprenden en las personas adultas las diversas formas en que pueden tener dificultades para experimentar relaciones sexuales no coercitivas y satisfactorias.* ^{6,7.}

La mala función sexual femenina puede surgir por distintas causas biopsicosociales. Los factores biológicos pueden incluir condiciones como un estilo de vida poco saludable así como consecuencia de productos farmacológicos y drogas. Los factores psicológicos incluyen el estrés, la depresión, los problemas personales de toda índole como la relación de pareja o problemas de imagen corporal, mientras que los factores sociológicos pueden incluir el estado civil, los problemas económicos y el desempleo.⁸

Ciertamente muchas de estas causas podrían ser razonablemente conocidas, pero existen otras como algunas causas psicosociales que no lo son tanto, especialmente por su interacción con otros factores intervinientes. Por ejemplo, la disfunción sexual femenina es más frecuente en mujeres en matrimonio que en aquellas mujeres solteras, pero no por la relación en sí, sino porque es en el matrimonio donde actúan otros factores como los económicos, el desempleo, estrés o problemas relacionados con la pareja como el maltrato lo que por esta razón que la disfunción sexual femenina debe estudiarse en el seno de las relaciones de pareja estables y formales.⁹

Si bien los trastornos de la función sexual femenina pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, durante el climaterio es particularmente cuando existe un impacto de manera negativa en la sexualidad de las mujeres, no sólo por los diferentes cambios biológicos propios de esta etapa de la vida sino también por aspectos culturales en torno a este fenómeno natural. Los cambios hormonales que ocurren durante el climaterio interfieren en la respuesta sexual mediante diferentes mecanismos, siendo uno de los más relevantes el déficit estrogénico, que ocasiona que se adelgace la mucosa vaginal y por lo tanto disminuyendo la elasticidad y fomentando la fragilidad vascular. Además, los estrógenos tienen un efecto positivo en el sistema nervioso central por lo que al

presentar disminución de los mismos, se producen síntomas que afectan la calidad de vida en la mujer.¹⁰

La identificación de disfunciones sexuales en la mujer exige estudiar a la mujer de manera integral con preguntas directas, siempre en un clima terapéutico de cordialidad, empatía, lenguaje adecuado, objetividad y escucha activa. El clínico requiere de mucho tacto y afinar sus habilidades de comunicación para mantener la confianza y comodidad de la paciente.¹¹

Cuando el médico ha detectado alguna dificultad para experimentar relaciones sexuales satisfactorias, debe en principio determinar que no exista coerción en las relaciones sexuales y sólo considerar una disfunción sexual si en esta: 1) Hay reincidencia o persiste durante varios meses; 2) Se repite de manera constante, aunque puede estar ausente en algunas ocasiones; y 3) Está relacionada con malestar importante.⁷

La OMS, en su CIE-11, ha sugerido recientemente una clasificación para la disfunción sexual en la que considera cuatro categorías, tres de las cuales son aplicables a la disfunción sexual femenina: 1) Disfunción sexual por deseo hipoactivo, 2) Disfunciones sexual de la excitación, 3) Disfunciones orgásmicas, y 4) Disfunciones eyaculatorias (siendo sólo aplicable la última descrita en hombres). A continuación se comentará brevemente cada una de las categorías aplicables a la disfunción sexual femenina.⁷

Disfunción por deseo sexual hipoactivo: Engloba la disminución en el deseo o motivación para participar en el acto sexual.¹²

Disfunciones de la excitación sexual: Se caracteriza por problemas relacionados los aspectos fisiológicos o subjetivos de la excitación sexual.¹³

Disfunciones orgásmicas: Se refieren a problemas relacionadas con la experiencia subjetiva del orgasmo.¹⁴

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), también ha sugerido también una nueva clasificación de las disfunciones sexuales femeninas. Un aspecto relevante de esta clasificación es que, a diferencia de la CIE-11, considera un tiempo mínimo de presentación de los síntomas para que tengan valor diagnóstico que es de al menos 6 meses, una frecuencia igual o mayor al 75% de los encuentros sexuales, y en ausencia de algún trastorno mental, problemas serios de la relación de pareja, factores estresantes, sustancias o medicamentos. Las categorías que considera esta clasificación son las siguientes: 1) Trastorno orgásmico, 2) Trastorno del interés/excitación sexual, 3) Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, y 4) Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. A continuación comentaremos brevemente cada categoría.^{12, 15}

Trastorno orgásmico femenino: Se caracteriza por problemas en relación con la intensidad o ausencia del orgasmo o de su intensidad.¹⁵

Trastorno del interés/excitación sexual femenino: Disminución o abolición de la excitación o interés por la actividad sexual así falta de la respuesta a los intentos de la pareja.¹⁵

Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración: Relacionado a la dificultad para la penetración vaginal, marcado por dolor durante la actividad sexual o los intentos de penetración.¹⁵

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos: Derivado a problemas sexuales secundario a la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o medicamento.¹⁵

Es importante destacar que la CIE-11 contempla los trastornos sexuales por dolor, sin embargo los trastornos asociados al consumo de sustancias o medicamentos los acepta bajo la entidad *Condiciones Relacionadas con la Salud Sexual*.¹⁶

Para facilitar la identificación de una posible disfunción sexual femenina, se han elaborado varios instrumentos debidamente validados, que son de mucha utilidad cuando se emplean adecuadamente. El instrumento más utilizado para el citado fin es el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) diseñado por Rosen y colaboradores en el año 2000, para ser utilizado en un amplio rango de edad. Este cuestionario contiene 19 preguntas con 5 a 6 opciones de respuesta en una escala tipo Likert y que se agrupan en 6 dimensiones: 1) Deseo, 2) Excitación, 3) Lubricación, 4) Orgasmo, 5) Satisfacción y 6) Dolor. La validación inicial de este instrumento mostró una buena consistencia interna en una población general así como en subgrupos de pacientes con disfunción sexual femenina y sujetos control con un alpha Cronbach mayor de 0.82.⁹ Actualmente, existen adaptaciones de este instrumento en diferentes idiomas. Una versión en español se validó en el año 2018 por Vallejo-Medina, Pérez-Durán y Saavedra-Roa, en mujeres colombianas, demostrando una adecuada validez externa y de contenido, con un alpha Cronbach en todos los dominios de 0.84 a 0.89.¹⁷

Imagen corporal

La imagen corporal es el reflejo mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. Lo constituyen varios elementos psicológicos que incluyen a la actitud, las emociones, la percepción, y comportamientos relacionados al propio cuerpo. Existen cuatro componentes de la imagen corporal: a) Componente Perceptual, asociado a la percepción del mismo cuerpo; b) Componente Cognitivo, relacionado con la valoración del cuerpo; c) Componente Afectivo, se refiere a sentimientos respecto al cuerpo o a una parte de éste; y d) Componente Conductual, que involucra los comportamientos que se dan a partir de la percepción.¹⁸

La autopercepción de la imagen corporal puede verse afectada por factores emocionales y de autoestima cuyas manifestaciones pueden ser leves y no tan evidentes al clínico. Sin embargo, pueden existir manifestaciones severas muchas veces asociadas a defectos físicos congénitos o adquiridos que desencadenan serios problemas que pueden englobarse en un trastorno dismórfico corporal.¹⁹

Actualmente la sociedad asocia la delgadez de la figura corporal como sinónimo de salud y belleza, generando en las personas con sobrepeso u obesidad una situación de vulnerabilidad.²⁰ Se ha demostrado en estudios que las mujeres obesas muestran más angustia sobre su peso y forma corporal.²¹

Existen numerosos instrumentos que pretenden medir los diversos componentes que constituyen la imagen corporal y que han sido mencionados párrafos arriba. Un método sencillo de medir el componente perceptual (fundamental en la autoconcepción de los demás componentes) es el Test de Siluetas de Stunkard, que incluye nueve dibujos de siluetas corporales, cada una correlacionada con un determinado Índice de Masa Corporal (IMC) y ordenadas en serie, desde la figura que representa el menor IMC hasta la última correspondiente al mayor IMC. La paciente sometida a revisión debe seleccionar la imagen que a su parecer se corresponde a su propia silueta corporal para posteriormente comparar la selección con su condición nutricional real y así determinar si la percepción de la está sobrevalorada o infravalorada. Este instrumento fue diseñado por Stunkard A & Albaum J en el año 1981 demostrando en las pruebas iniciales con 550 individuos americanos y 752 individuos daneses una fuerte asociación con las medidas corporales reales.²² También ha sido validado en México, en el 2006 por Kaufer-Horwitz M, Martínez J, Goti-Rodríguez & Ávila-Rosas H mostrando un coeficiente de correlación del 0.702 en hombres y 0.766 en mujeres.²³

Obesidad y sexualidad:

Hoy por hoy, la obesidad es uno de los principales problemas de salud en nuestro país, afectando al 76.8% de las mujeres mayores de 20 años, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019.²⁴ La obesidad trae múltiples consecuencias incluyendo aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, teniendo un importante impacto en el aspecto físico de las personas afectadas, lo que a su vez trae conflictos en la manera en que se autoperciben a sí mismas.²⁵

Desde el punto de vista hormonal, el incremento de la dehidroepiandrosterona en personas obesas provoca una mayor producción de estrógenos pero una menor síntesis de testosterona (ésta última es responsable del deseo sexual), consecuentemente hay incremento en las resistencias vasculares del clítoris y disminución en la excitación sexual, así como una falta de interés por mantener relaciones sexuales.²⁶

Del mismo modo, hay evidencia que demuestra una mejoría en la función sexual de mujeres obesas con disfunción sexual después de realizarse procedimientos de cirugía bariátrica ^{27,28}. En éstas pacientes también se ha reportado un aumento del deseo, excitación y de la frecuencia del orgasmo en los primeros dos años postoperatorios. En los dos años posteriores y con una pérdida de peso del 33% hay disminución significativa de hormonas como el estradiol, de la testosterona total y de la dehidroepiandrosterona, mientras que a la par existe un aumento significativo de las hormonas foliculoestimulante, luteinizante y de la globulina fijadora de hormonas sexuales.²⁹

Por todo lo anterior, el clínico debe tener siempre presente que, dada la relación tan estrecha entre la obesidad y la afectación de la función sexual, la pérdida de peso terapéutica podría tener efectos positivos en el manejo de la disfunción sexual. ³⁰. La pérdida de peso podría impactar de manera positiva no sólo a nivel bioquímico, sino también a nivel psicológico al favorecer un incremento en la confianza así como actitudes positivas que conlleven a la mejora de la auto percepción de la imagen corporal.⁴

La disfunción sexual femenina es un trastorno que se ve influido por muchos factores y su prevalencia puede variar dependiendo del lugar del estudio, edad de las mujeres estudiadas, o del enfoque o factor de riesgo con el que se aborde. Su prevalencia puede ser tan alta como la reportada en 2019 en Quindío, Colombia con una prevalencia, en mujeres de 18 a 40 años, hasta del 65.81%.³¹

Las emociones juegan un papel importante en el correcto funcionamiento de la sexualidad y todo aquello que rompa el equilibrio emocional puede, de alguna

manera, influir negativamente en la función sexual de la mujer. Por ejemplo, existe evidencia que señala que el embarazo puede ocasionar alteraciones en la función sexual en mujeres con esta condición derivadas de su percepción corporal. La insatisfacción corporal durante el embarazo también se asocia a síntomas psicológicos negativos como por ejemplo depresión, baja autoestima y ansiedad.³²

Aun cuando el embarazo mismo puede influir en la sexualidad femenina, la presencia o ausencia de obesidad asociada al embarazo parece afectar de manera diferente la sexualidad de la mujer gestante ya que en un estudio realizado en mujeres Iraníes se reportó que las embarazadas con peso normal mostraban una disminución en el deseo mientras que en las mujeres con sobrepeso presentaban más problemas relacionados a la excitación.³²

A pesar de lo anterior, la influencia que tiene la obesidad podría ser controversial. En México se realizó un estudio prospectivo y descriptivo que incluyó mujeres de 20 a 60 años que acudieron a consulta o formaban parte del equipo del Hospital General Dr. Manuel Gea González entre noviembre 2016 y junio 2017 y en quienes se aplicó cuestionario de índice de funcionalidad sexual en la mujer. Como resultado se encontró una prevalencia de disfunción sexual del 35% así como un alto índice de obesidad (51.3%) que no se relacionó a disfunción sexual femenina. Los autores encontraron un aumento progresivo de disfunción sexual por edad, de un 17% en el grupo de 20-29 años, 28% en el grupo de 30-39 años y hasta un 43%, en el grupo de 40-49 años, para luego tener un descenso al 5% en el grupo de más de 50 años.³³

Aun así, parece estar claro que la obesidad y el sobrepeso influyen negativamente en la sexualidad en la mujer. En un estudio iraní de casos y controles de 64 mujeres casadas de 18 a 50 años con disfunción sexual femenina comparadas con un grupo semejante de mujeres sin dicha disfunción, se encontró existe una fuerte correlación en los resultados del Índice de Función Sexual Femenina y el Índice de Masa Corporal, concluyéndose que el sobrepeso y la obesidad afectan negativamente la sexualidad en mujeres con obesidad.³⁴ Hallazgos similares se obtuvieron en el 2003 en una muestra de 90 mujeres de 18 a 60 años de la Ciudad

de México, donde se reportó que un 54% de las mujeres con obesidad se encuentran insatisfechas con sus relaciones sexuales.³⁵

Pero no olvidemos que la obesidad no es el único factor que afecta la autopercepción de la imagen corporal y con ello la sexualidad de las mujeres afectadas. La imagen corporal también se ve afectada con la modificación corporal por algún procedimiento terapéutico como la mastectomía mujeres con cáncer de mama. Así lo ha documentado un estudio desarrollado en 2017-2018, que incluyó a mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria inmediata (n=10), con reconstrucción mamaria diferida (n=10) y sin reconstrucción mamaria (n=10) y en quienes se aplicó la Escala de Imagen Corporal (S-BIS por sus siglas en inglés) y el Inventario de calidad de vida de la imagen corporal (BIQLI-SP por sus siglas en inglés). Fue en el último grupo donde se observó mayor deterioro en la imagen corporal y un mayor impacto negativo sobre la sexualidad y el deseo con importantes repercusiones en la calidad de vida.³⁶ Se sabe que en cualquier paciente oncológica se desarrollan cambios a nivel emocional derivados de la insatisfacción corporal que la llevan a un estado de vulnerabilidad psicológica, ya que, a diferencia de las mujeres sin alguna deformidad objetiva, percibe su padecimiento como una pérdida real que conlleva un duelo, lo que interfiere en el deseo sexual, generando pensamientos de desilusión, temores y angustias.³⁷

El tema de la sexualidad en pacientes mastectomizadas es muy complejo, y quizás no sólo tenga que ver con la autopercepción de la imagen corporal de la mujer que realmente ha sido afectada por un procedimiento, sino que también puede deberse a la construcción social que se le ha dado a ciertas partes del cuerpo femenino, e incluso al valor que la propia mujer (o su pareja, o la sociedad misma) le dan a ciertas partes del cuerpo femenino, tal como se puede documentar en estudios cualitativos de mujeres con mastectomía en los que las entrevistadas expresan problemas con su pareja tras la mastectomía, en virtud de que ellas perciben a su pareja como parte fundamental en la aceptación de sí mismas y creen que el ser mutiladas las hace menos mujeres y por ende menos atractivas.³⁸

Es muy probable que lo anterior suceda también con la obesidad, condición que a menudo es percibida por la sociedad como lo opuesto a la belleza, lo que puede llevar a una mujer con esta condición a ser discriminada y excluida. La idealización de la imagen del cuerpo delgado como perfecto, es una construcción a través de fenómenos sociales, históricos e incluso morales, lo que evidentemente puede influir en el funcionamiento sexual satisfactorio y saludable.³⁹ Es por ello que la pérdida de peso en casos de obesidad mórbida impacta de manera positiva en la sexualidad de las pacientes, siendo la cirugía bariátrica una opción de tratamiento eficaz para la disfuncionalidad sexual.^{40,41}

Pues algo similar a lo sucedido con mujeres mastectomizadas ocurre entre las personas con estomas en quienes los cambios en la imagen corporal generan no sólo disminución del deseo sexual sino dispareunia y evitación de encuentros sexuales.⁴²

El significado de la sexualidad dependerá de otros factores como el significado de su relación en pareja, el contexto social, las normas sociales y las expectativas de la propia mujer hacia su pareja, puesto que a nivel cultural se piensa que el atractivo depende de cómo la pareja las percibe visualmente.⁴³ Hoy se sabe que incluso la autopercepción de las mujeres de su imagen genital tiene repercusiones diversas en su función sexual, de manera independiente a la autoimagen corporal que puedan tener.⁴⁴ Esta es otra prueba de lo difícil que puede resultar hablar sobre la autopercepción corporal en relación a la sexualidad de la mujer.⁴⁵

JUSTIFICACIÓN

La vulnerabilidad de la salud de la mujer se pone de manifiesto día a día a través de serias amenazas no atendidas (e incluso ignoradas) no sólo por los integrantes del equipo de salud sino también por la sociedad misma. La falta de datos abiertos que den cuenta de las condiciones reales en las que se encuentra la salud de la mujer es un claro ejemplo, al menos en nuestra región. Muchos médicos ignoramos datos importantes en nuestra práctica diaria como el hecho de que, sólo en nuestra ciudad, se registran 30 divorcios al mes⁴⁶ o de que se registran hasta 40 casos de violencia contra la mujer en ese mismo lapso de tiempo⁴⁷. Peor aún si se trata de datos relacionados con la salud sexual de la mujer toda vez que mucha de la violencia a la mujer es de índole sexual y se gesta precisamente en el seno de la unión conyugal. Sin lugar a dudas, se requieren de más estudios que den cuenta de las condiciones de la mujer, sobre todo si consideramos que es parte esencial de la salud de la familia.

La disfunción sexual es en muchas ocasiones el primer indicio de violencia contra la mujer en el seno familiar, principalmente por un injusto rol de género de sumisión que la sociedad ha impuesto a la mujer ^{48, 49}. Si consideramos que la prevalencia de disfunción sexual femenina reportada en la literatura se encuentra por encima del 70% entonces muy probablemente la violencia en el seno de la familia sea más alta de lo que creemos. Pero nuevamente no tenemos datos de lo anterior en nuestra región.

Peor aún. La disfunción sexual femenina se ve acrecentada por el sobrepeso-obesidad y las cifras de estas condiciones, una vez más, se desconocen en nuestra región. Sabemos eso sí, que la ENSANUT 2018 reporta para todo el Estado de San Luis Potosí una prevalencia de Sobrepeso-Obesidad del 71.4% en mujeres mayores de 20 años, lo cual nuevamente debe encender las alarmas del médico de familia respecto a la salud sexual de nuestras mujeres.⁵⁰

Entonces, los beneficios directos de este trabajo son: 1) Dilucidar datos epidemiológicos de importancia para la atención de la mujer en nuestra región como lo son la prevalencia de Sobrepeso-Obesidad, de los problemas en la autopercepción de la imagen corporal y de los Trastornos de la Salud Sexual en un grupo particular de mujeres. 2) Alertar respecto a la posible vulnerabilidad en la Salud Integral de la Mujer en la región, particularmente en aspectos relacionados con la Salud Sexual, la Salud Nutricional y la Salud Emocional representada por la autopercepción de sí misma. 3) Sentar las bases para futuros estudios relacionados con la Salud Sexual, Salud Nutricional y Salud Emocional en las mujeres de la región y mencionaremos en este punto que pudiera ser éste trabajo un antecedente para estudios sobre Violencia de Género, dadas las razones expuestas párrafos arriba, en esta misma sección y por último 4) Procurar tener un acercamiento hacia la relación que pudiera existir entre la Salud Sexual de la mujer y la Autopercepción de sí misma y cómo ésta relación podría verse modificada por su propio Estado Nutricional, dejando entrever posibles ejes de atención futura para alcanza una Salud Integral plena en la mujer de nuestra región.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con sede en Ciudad Valles San Luis Potosí (SLP) se tiene una población derechohabiente de mujeres de 20 a 40 años de 9,077, de la que se desconocen aspectos relacionados con la Salud Sexual, el Estado Nutricional y la forma en que se autoperciben a sí mismas. En la literatura se estima que hasta 2 de cada 3 mujeres en alguna relación de pareja tienen algún grado de disfunción sexual.

Se sabe que la disfunción sexual femenina se relaciona con una baja autoestima de la mujer y con una autopercepción negativa de sí mismas. También se sabe que el Sobrepeso-Obesidad se relaciona, por un lado, con una autopercepción negativa de la mujer y por otra parte con algún grado de disfunción sexual.

No se conoce bien sin embargo, si la relación entre la disfunción sexual femenina y la autopercepción de sí mismas es la misma entre mujeres con Sobrepeso-Obesidad y entre las mujeres sin esta condición.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, difiere según su estado nutricional?

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula (H_0):

La relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, es similar según su estado nutricional

Hipótesis Alternativa (H_1):

La relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, es diferente según su estado nutricional

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la relación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, según su estado nutricional

Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia de mala Función Sexual Femenina entre la población estudiada
2. Determinar la prevalencia de Autopercepción de la Imagen Corporal Sobreestimada o Subestimada en la población femenina estudiada
3. Determinar la prevalencia de Sobrepeso-Obesidad en la población femenina estudiada
4. Estratificar las frecuencias absolutas y relativas de la Función Sexual Femenina según la Autopercepción de la imagen corporal en la población estudiada.
5. Estratificar las frecuencias absolutas y relativas de la Función Sexual Femenina según la Autopercepción de la imagen corporal en la subpoblación de mujeres con Sobrepeso-Obesidad
6. Estratificar las frecuencias absolutas y relativas de la Función Sexual Femenina según la Autopercepción de la imagen corporal en la subpoblación de mujeres con estado nutricional normal

SUJETOS Y MÉTODOS

Lugar donde se realizó el estudio:

El estudio se realizó en la UMF No.3 situada en Ciudad Valles San Luis Potosí en el periodo de febrero - octubre del 2022. La citada ciudad tiene una población de 179,371 habitantes de los que un 51.9% corresponden al género femenino. El 80.5% de la población se encuentra afiliada a Servicios de Salud, correspondiendo el 60.2% al IMSS.

La UMF No. 3 del IMSS tiene una población derechohabiente de 50,996 personas, 65% corresponden al género femenino y la población derechohabiente de mujeres de 20 a 40 años es de 9,077. Se desconoce el dato de cuantas mujeres derechohabientes podrían estar casadas o unidas en alguna relación formal de pareja

Población estudiada:

Mujeres de 20 a 40 años casadas o en concubinato, derechohabientes con adscripción en la UMF No. 3 del IMSS.

Se decidió estudiar a las mujeres casadas o en concubinato en virtud de que es en este grupo en el que se esperaría que las mujeres tengan una vida sexual activa con una pareja estable, por un tiempo mayor a los 6 meses. Esto último en concordancia con las definiciones de disfunción sexual femenina del DSM-5. Así mismo, la disfunción sexual femenina es más frecuente en mujeres casadas o en unión libre en relación a las solteras. Es evidente así mismo, que los problemas de pareja son diferentes y se gestionan de manera diferente en las parejas casadas o en concubinato que en las parejas unidas por un noviazgo (o sin algún lazo de compromiso civil), lo que evidentemente haría al grupo de estudio muy heterogéneo.

Diseño del estudio:

Transversal analítico.

Características del estudio:

- Según la manipulación: Observacional
- Según la finalidad: Comparativo
- Según el desarrollo temporal: Transversal
- Según la orientación: Prospectivo

Criterios de selección:*Criterios de Inclusión:*

- Pacientes del sexo femenino de 20 a 40 años derechohabientes de la UMF No. 3.
- Casadas o en Unión libre con al menos 6 meses de relación
- Que otorgaron su autorización para participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Diagnosticadas con ansiedad, depresión o cualquier trastorno psiquiátrico
- Ingestión de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o estimulantes en los últimos 6 meses.
- Padecer diabetes o hipertensión
- Que estuvieron en un proceso de divorcio o separación.
- Que refirieron estar embarazadas o sospecharon estarlo
- Que estuvieron impedidas físicamente a contestar las preguntas
- Mujeres con algún grado de discapacidad o alguna deformidad física evidente
- Que tuvieron algún tratamiento ortopédico
- Mujeres con menopausia prematura
- Mujeres en tratamiento en hormonal.

Criterios de Eliminación:

- Que contestaron los cuestionarios de manera incompleta
- Que expresaron abiertamente incomodidad con las preguntas.
- Que expresaron su deseo de no continuar con el estudio
- Que no permitieron ser medidas y pesadas

Calculo del tamaño de muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la fórmula para estimación de proporciones en población infinitas ya que se desconocía el número de mujeres derechohabientes que estuvieran casadas o en unión libre, y se utilizó un nivel de seguridad del 95%, un nivel de precisión del 5% y una proporción esperada de mala función sexual de 28% se tiene la fórmula siguiente:

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

Dónde:

$Z\alpha^2 = 1.96^2$ para un nivel de seguridad del 95% = 3.84

$p =$ Proporción esperada de disfunción sexual = 28%

$q = 1 - p = 0.72$

$d^2 = 0.05^2$ para un nivel de precisión del 5%= 0.0025

$n = 310$

Técnica muestral (muestreo):

Método no probabilístico por conveniencia.

Variables de estudio:

Variable dependiente:

- Función sexual

Variable independiente:

- Autopercepción de la imagen corporal

Variable interviniente:

- Estado nutricional

Variables de control:

- Grupo de Edad
- Escolaridad
- Empleo
- Tipo de Unión conyugal
- Tiempo de Unión
- Número de hijos

Operacionalización de variables:

La operacionalización de variables se muestra en el siguiente cuadro:

Operacionalización de variables.

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de variable			Categorías
			Según su asociación	Según su naturaleza	Según su nivel de medición	
Función sexual	Actividades pertinentes al sexo de denominan sexuales. La función sexual expresa actividades propias del sexo.	Valoración global obtenida en la entrevistada con el Índice de Función Sexual Femenina según el número de puntos obtenidos en sus respuestas. Si puntaje ≤ 26.55 puntos \rightarrow Mala función sexual. Si puntaje es ≥ 26.56 \rightarrow Buena función sexual	Dependiente	Cualitativa	Escala Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena función sexual • Mala función sexual
Autopercepción de la imagen corporal	Representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo	Determinación de la propia condición nutricional de la paciente, según las figuras elegidas por ella misma, en el test de siluetas de Stunkard. La participante deberá elegir una silueta que se corresponda a la figura que ella misma percibe tener (figura autopercebida). El Estado nutricional asociado a esta silueta es la imagen corporal autopercebida. Los estados nutricionales y las siluetas asociadas son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Silueta 1, corresponde a una imagen corporal de desnutrición • Siluetas 2, 3 y 4, corresponden a una imagen corporal Normal • Siluetas 5, 6 y 7, corresponden a una imagen corporal de Sobrepeso • Siluetas 8 y 9, corresponden a una imagen corporal de Obesidad 	Independiente	Cualitativa	Escala Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal de Desnutrición • Imagen corporal de Normal • Imagen corporal de Sobrepeso • Imagen corporal de Obesidad

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de variable			Categorías
			Según su asociación	Según su naturaleza	Según su nivel de medición	
Estado Nutricional	Resultado del balance entre las necesidades alimentarias y de nutrientes esenciales, y el gasto de energía, de un individuo	Valoración obtenida por la paciente según el cociente de su peso (en kilos) sobre el cuadrado de su talla (en metros). Este cociente es el índice de Masa Corporal y se considera "Desnutrición" cuando es menor de 18.5 kg/m ² , "Normal" cuando va de 18.5 a 24.9 kg/m ² , "Sobrepeso" cuando va de 25 a 29.9 kg/m ² y "Obesidad" cuando es igual o mayor a 30 kg/m ²	Interviniente	Cualitativa	Escala Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición • Normal • Sobrepeso • Obesidad
Edad	Tiempo que ha vivido persona desde su nacimiento.	El número de años referidos por la entrevistada cuando se le pregunta sobre su edad.	Control	Cuantitativa (Discreta)	Escala Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 25 • 26 a 30 • 31 a 35 • 36 a 40
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en establecimiento docente.	Nivel académico que la entrevistada refiere haber concluido cuando se le pregunta sobre su escolaridad	Control	Cualitativa	Escala Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria o técnica • Licenciatura • Postgrado
Empleo	Actividad laboral de una persona	Tipo de actividad laboral que la entrevistada refiere tener cuando se le cuestiona sobre su trabajo	Control	Cualitativa	Escala Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Comerciante • Desempleada • Empleada • Profesionista
Tipo de Unión Conyugal	Condición de convivencia con su pareja reconocida por las leyes vigentes.	Tipo de Unión conyugal que la entrevistada refiere tener cuando se le cuestiona sobre su estado civil.	Control	Cualitativa	Escala Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Unida • Casada

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de variable			Categorías
			Según su asociación	Según su naturaleza	Según su nivel de medición	
Tiempo de Unión en pareja	Tiempo en que dos personas están unidas por ritos o formalidades legales	Años que la entrevistada refiere tener al lado de su pareja tener cuando se le pregunta sobre los años de matrimonio o unión	Control	Cuantitativa (Discreta)	Escala Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 5 • 5 a 9 • 10 a 14 • 15 y más
Número de hijos	Cantidad de hijos de una persona.	Número de hijos que la entrevistada refiere tener cuando se le pregunta sobre el número de hijos	Control	Cuantitativa (Discreta)	Escala Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1 a 2 • 3 a 4

Procedimientos operativos

Descripción general de procedimientos:

Una vez autorizado el protocolo, se llevó a cabo una reunión con los directivos de la unidad a efecto de informar la manera en que llevaríamos a efecto la recolección de datos.

Se informó a asistentes médicas, enfermeras de consultorio y médicos de consultorio sobre el proyecto de investigación para que ellos mismos colaborasen con la identificación de potenciales participantes. Una vez identificadas las mujeres casadas y en unión libre de entre 20 a 40 años, estas fueron canalizadas por el personal antes referido a la responsable de la investigación quien las invitó a participar y les aplicó los criterios de selección con unas cuantas preguntas iniciales.

A quienes resultaron idóneas para ser admitidas en el estudio, se les explicó ampliamente el proyecto de investigación, incluidos la protección y uso de sus datos personales y la preservación de su identidad y se les pidió que firmasen el consentimiento informado, una vez que no hayan tenido dudas respecto al estudio. Se les informó que en cualquier momento que así lo decidiesen podrían declinar a participar sin ningún tipo de penalización.

Posterior a la autorización del paciente, se administraron los cuestionarios autoaplicados en un consultorio de la unidad de medicina familiar, donde se midieron peso y la talla, para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). En todos los casos no se recabó ni el nombre de la entrevistada ni su número de seguridad social.

Al finalizar con la información obtenida, se tabuló en una base de datos a la que tuvo acceso, además de la investigadora principal, el asesor estadístico.

Descripción de instrumentos y técnicas de medición.

El *Índice de Función Sexual femenina* (IFSF) es un instrumento autoadministrado simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Consta de 19 preguntas agrupadas en seis dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor. Cada pregunta tiene 5 a 6 respuestas posibles y a cada una se le asignó un puntaje que va desde 0 hasta 5 según la respuesta otorgada por la participante. El puntaje se multiplicó por un factor y al final se sumaron los valores asignados a cada respuesta de cada dominio. El valor total se calificó como “Mala función sexual” si el puntaje fue menor o igual de 26.55 y se calificó como “Buena función sexual” si el puntaje fue mayor de 26.55. El IFSF fue diseñado por Rosen y colaboradores en 2000 y ha sido validado en diversas poblaciones obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82 y una muy buena correlación (> 0.80) respecto a los dominios. En el año 2012, los autores Del Castillo A, De Lucio M, Guzmán R & Reyes I validaron el instrumento con un alfa de Cronbach de 0.8270 en el estado de Nuevo León, Mexico.⁵¹

El *Test de Siluetas de Stunkard* es un instrumento para valorar la percepción corporal según el índice de Masa Corporal (IMC) que se asocie a la silueta seleccionada por la persona evaluada. Éste consiste en nueve siluetas en donde la participante tuvo que seleccionar una silueta según la manera en que se autopercibe. Cada silueta está asociada a un estado nutricional estimado, estableciendo una relación con su imagen corporal autopercebida y el estado nutricional que la participante identifica como propio.

Fue diseñado por Stunkard A y Albaum J en el año 1981 cuando lo implementaron en sujetos de Estados Unidos y Dinamarca. También se ha implementado en distintos países como México, habiéndose estudiado en nuestro país en 2006 por Kaufer-Horwitz M, Martínez J, Goti-Rodríguez y Ávila-Rosas H, quienes lo validaron con un coeficiente de correlación del 0.766 entre el índice de Masa Corporal (IMC) percibido y el real y concluyendo que se trata de un buen

instrumento para determinar el estado nutricional en situaciones donde no es posible medir al paciente.

La instrucción es sencilla: Se le solicita a la mujer estudiada que elija una silueta que se corresponda a la manera en que ella percibe su propia figura, siendo esta elección la *imagen corporal autopercebida*. El IMC asociado a su elección otorga un estado corporal autoestimado de acuerdo a lo siguiente: Si la participante eligió la silueta 1, se asignó una imagen corporal autopercebida de desnutrición, si eligió cualquiera de las siluetas 2, 3 y 4, se asignó una imagen corporal autopercebida Normal, si eligió cualquiera de las siluetas 5, 6 y 7, se asignó una imagen corporal autopercebida de Sobrepeso y finalmente si eligió cualquiera de las siluetas 8 y 9, se asignó una imagen corporal autopercebida de Obesidad.

El estado nutricional se determinará mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal, para lo que se medirá a cada paciente en peso y talla.

Para la medición de la talla se utilizó un estadímetro de pared, marca Zaupe, con la paciente erguida y descalza, con la cabeza, hombros, caderas y talones lo más cerca posible a la pared, ambas extremidades superiores extendidas a cada costado, manteniendo la mirada hacia un punto al frente. Se deslizó la escuadra del estadímetro de arriba abajo hasta tocar la porción más alta de la cabeza y se así determinar la talla en metros y centímetros.

El peso se determinó con la paciente con bata de exploración, utilizando una báscula clínica, marca Omron, en kilos y gramos. Las pacientes se subieron descalzas a la báscula, permaneciendo erguidas y e inmóviles. Al peso obtenido se le restó el peso de la bata que anticipadamente fue determinado.

Con el peso y la talla se calculó el IMC dividiendo el peso en kilos entre el cuadrado de la talla en metros y el resultado se expresó el resultado en kg/m^2 , clasificando a cada individuo conforme a los siguientes criterios:

- IMC menor a 18.5 kg/m^2 = Desnutrición

- IMC de 18.5 a 24.9 kg/m² = Normal
- IMC de 25 a 29.9 kg/m² = Sobrepeso
- IMC de 30 y más kg/m² = Obesidad

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows (The R Project for Statistical Computing, disponible en: <https://www.r-project.org/>) mediante la interfaz RKWard 0.7.3 para Windows (RKWard disponible en <https://rkward.kde.org/>) y mediante el paquete estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics versión 25).

Se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de las categorías del estado nutricional, de la imagen corporal autopercebida y de la función sexual, mostrando los resultados en gráficos pastel.

Se construyeron tablas de contingencia para contrastar cada una de las tres variables antes referidas con cada una de las variables edad, escolaridad, empleo, tipo de unión, tiempo de unión y número de hijos mostrando en dichas tablas frecuencias absolutas y relativas para cada categoría de una variable en función de la otra. Se determinaron así mismo diferencias entre las categorías contrastadas en las tablas de contingencia mediante la prueba Chi cuadrada considerándose como significativa una diferencia cuyo p-valor haya sido < 0.05. En los casos en los que existieron casillas de valores esperados menores a 5 (1 o más casillas) se consideró el p-valor de la Razón de verosimilitud con el mismo nivel de significancia.

Se calculó la media y desviación estándar de los puntajes obtenidos en el Índice de Función Sexual Femenina en forma global y por dimensión, mostrando los resultados en un gráfico de telaraña.

Se construyó una tabla de contingencia para el estado nutricional y la imagen corporal autopercebida en la que se mostraron frecuencias absolutas y

relativas, aplicando las mismas pruebas y criterios de significancia que se describieron para las tablas descritas anteriormente, pero adicionalmente para estas dos variables se calculó la concordancia mediante el Test de Kendall, considerándose significativo si el p valor del estadístico que resultó < 0.05 . Se aceptaría una concordancia moderada si el índice Tauc o Tc se encontrase entre 0.4 y 0.6, Alta si se encontrase entre 0.6 y 0.8 y muy alta si se encontrase entre 0.8 y 1.

Se construyeron gráficos de anillos para la función sexual contra estado nutricional y la función sexual contra la autopercepción. Se calcularon diferencias entre categorías para cada contraste de variables mediante Chi cuadrada, o el test de Razón de verosimilitud si la chi cuadrada no era aplicable por haber casillas menores de 5 de los valores esperados y con el mismo nivel de significancia que ya se ha estado mencionando.

Por último, se realizó un contraste entre Función sexual y Autopercepción de la imagen corporal, pero estratificado al estado nutricional con estadísticos y criterios de significancia que ya se han comentado.

ÉTICA

El presente proyecto se considera de riesgo mínimo, en virtud de que se emplea un cuestionario para la recolección de datos que pudieran resultar sensibles para la paciente, o con potencial riesgo de alterar su conducta, además de que en el trabajo se realizan procedimientos de exploración física que consisten en la determinación del peso y la talla. Lo anterior mencionado es conforme a lo dispuesto en el inciso II del artículo 17, capítulo I, Título Segundo, de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.⁵² Así mismo, la población de estudio no se encuentra considerada como población vulnerable.

Este estudio se apega a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

Así mismo se apega a los principios consignados en la Declaración de Helsinki⁵³ ya que la investigadora principal recabará justo al momento del reclutamiento y antes de cualquier maniobra de investigación el consentimiento informado por escrito de cada participante en la investigación, mantenido al paciente informado, respetando así su derecho de a la confidencialidad, su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones informadas, explicándoles de manera amplia las características del proceso de investigación, uso y destino de los datos recabados. Se solicitará autorización a la mujeres 20 a 40 años de edad seleccionadas que cumplan con los criterios de selección para la presente investigación.

En todo momento se preservará la identidad de las personas por lo que la obtención de datos se hará de manera anónima a través de folios como identificadores numéricos que no estén en relación con los datos personales. El investigador principal será el único encargado de salvaguardar la información contenida en los cuestionarios, permitiendo solo el acceso a la base de datos sin identificadores al asesor estadístico, siendo inmediatamente destruidos una vez concluido el trabajo.

El presente estudio tiene como fin preservar en todo momento el bienestar de la sociedad en la cual se realizó el estudio, buscando solo el beneficio, el respeto y la beneficencia de los participantes. Con este proyecto se pretende estudiar un tema poco explorado en la unidad sede con el fin de mejorar la calidad de vida en las pacientes de ésta y canalizarlas si es pertinente al identificar problemas susceptibles de terapia o tratamiento durante la recolección de datos, al mismo tiempo que se alentará y promoverá el cambio en el estilo de vida si así se considera.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

Investigadora Principal y tesista:

Dra Iliana Carolina García Soria. Licenciatura en medicina. Actualmente cursando el primer año del postgrado en medicina familiar

Investigador secundario y asesor:

Dr Osman David Acosta Ortega. Médico Pediatra con Maestría en Tecnologías Educativas y con dos Diplomados en Investigación en Salud. Tiene más de 10 años de experiencia en asesorías de tesis de postgrado en Medicina Familiar y en el uso de software estadístico (SPSS, EPI-Info, RKWard)

Colaboradores secundarios:

Enfermeras de consulta externa, encargadas de recibir a las pacientes, identificar a las potenciales participantes y referirlas a la investigadora principal

Médicos de Consultorio, también serán los encargados de identificar a las potenciales participantes y referirlas a la investigadora principal. También serán los encargados de canalizar a las pacientes, si es el caso, a los servicios de nutrición, psiquiatría, psicología, si durante la investigación se detectan trastornos o problemas que ameritan dichas valoraciones.

Recursos Físicos y Materiales:

Se utilizara el espacio físico y mobiliario de la UMF No. 03, con sede en Ciudad Valles, SLP, con previa autorización del director de la unidad.

El mobiliario a usar serán: Un escritorio, una silla para la investigadora y una silla para la paciente, una báscula, y un estadímetro. La entrevista se hará en uno de los consultorios de la unidad, que se pretende solicitar a la dirección expreso para el proyecto.

La Tesista usará su propia computadora de trabajo marca HP cargada con Windows 10 versión 20H2 con licencia, y con Office professional plus 2013 también con licencia. El asesor también utilizó su propia computadora cargada con Windows 10 con licencia que contiene paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows de R Project for Statistical Computing. La tabla siguiente muestra relación de materiales adquiridos por la investigadora principal y sus costos.

Recursos materiales y costos del proyecto

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Cartucho de tinta para impresora	1	\$400.00	\$400.00
Hojas blancas t/carta	1 paquete hojas	\$ 90.00	\$90
Plumas	1 caja	\$39.00	\$39.00
Lápices	1 caja	\$50.00	\$50.00
Copias	\$1200	\$600.00	\$600.00
Memoria flash (USB)	1	\$110	\$110.00
Engrapadora	1	\$50.00	\$50.00
Grapas	1 caja	\$29.00	\$29.00
Estadímetro marca Zaude	1	\$340	\$340
Báscula marca Omron	1	\$915	\$915
TOTAL			\$2,623.00

Financiamiento:

Los materiales de oficina necesarios para el presente proyecto y que han sido relacionados en la tabla anterior, serán financiados en su totalidad por la investigadora principal.

No se tendrán, aceptarán o solicitarán patrocinios, donaciones o subvenciones de terceros. Tampoco se solicitarán o usarán fondos económicos o partidas presupuestales procedentes de la institución sede. No será necesario comprar equipo de cómputo, impresoras o licencias de software para la realización de la investigación en virtud de que los integrantes del equipo de investigación ya cuentan con estos recursos y los han puesto a disposición para el proyecto.

Factibilidad:

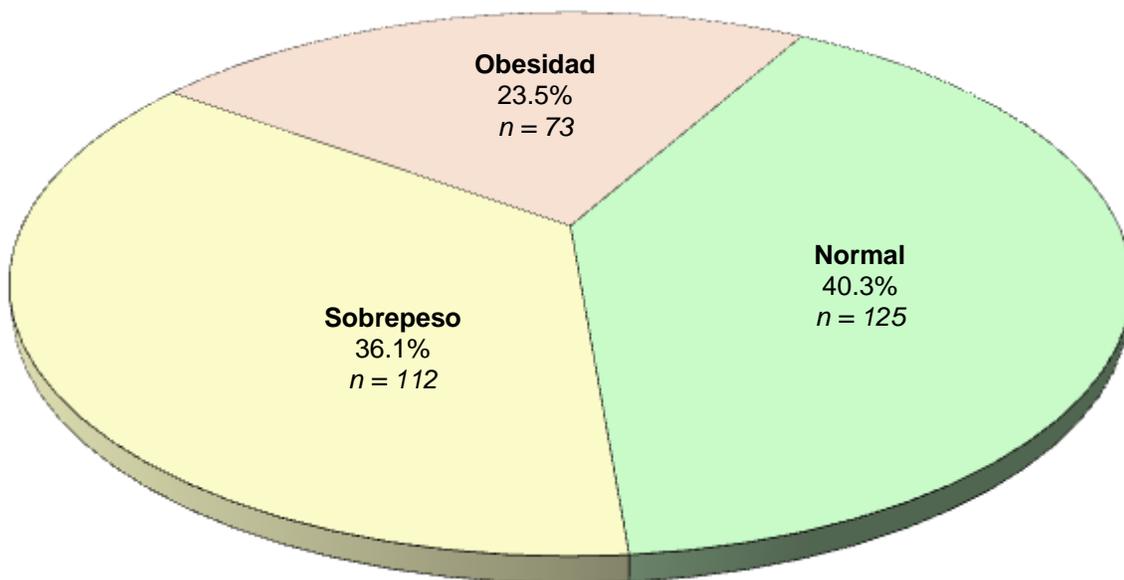
Las fuentes de información, los recursos humanos y materiales, se encuentran disponibles para los investigadores y esto no representa un impedimento a la realización del proyecto. La población de estudio también está disponible para llevar a efecto la investigación. Por lo anterior consideramos el presente proyecto como altamente factible.

RESULTADOS

Estado Nutricional

Un total de 310 mujeres de entre 20 y 40 años fueron estudiadas. La media de edad fue de 30.5 años con una desviación estándar de 5.73. La prevalencia combinada de Sobrepeso-Obesidad fue de 59.6%, presentándose la obesidad en poco menos de la cuarta parte de la población estudiada (23.5%, Grafica 1).

Figura 1: Estado Nutricional.



El Cuadro 1 muestra las principales características de la población estudiada en función de su estado nutricional determinado mediante el índice de masa corporal. La edad parece relacionarse con el estado nutricional, teniendo con éste una relación directa. Hasta 2 de cada 3 mujeres con un estado nutricional normal tienen 30 años o menos ($n = 81$, 64.8%), mientras que en las mujeres con obesidad la mayor proporción se encuentra en las mujeres mayores de 30 años, llegando hasta el 71.2% ($n = 52$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

La escolaridad, el empleo, el tipo de unión en pareja y el número de hijos no tienen relación con el estado nutricional. En cuanto a la primera variable, tenemos que poco más de la mitad de las mujeres estudiadas tiene licenciatura (54.2%) y una cuarta parte preparatoria (26.5%). Sólo 8 mujeres tienen únicamente la primaria concluida (2.6%) y sólo 13 mujeres (4.2%) refirieron tener estudios de postgrado. En cuanto al empleo se pudo apreciar que casi dos terceras partes de las mujeres estudiadas son empleadas (65.2%), mientras el 30% son amas de casa. Sólo 11 mujeres (3.5%) refirieron ser profesionistas y el 4 mujeres (1.3%) comerciantes.

En cuanto al tipo de convivencia en pareja, se encontró que prácticamente la mitad de las mujeres refirieron estar casadas (49%). El rango del número de hijos que las participantes refirieron tener fue de 0 a 4 hijos, con una media de 1.18 hijos. Casi un tercio de las mujeres no tienen hijos (31.6 %) y poco más de la mitad tiene 1 a 2 hijos (57.1%). Sólo un 11.3% de las mujeres refirió tener 3 a 4 hijos.

El tiempo promedio de unión en pareja de las mujeres participantes fue de 6.6 años con una desviación estándar de 5.51. En general, poco más de dos tercios de la población de mujeres estudiadas tiene menos de 10 años unidas en pareja, 73.2% (n = 227), siendo en las mujeres con un estado nutricional normal donde se tiene la mayor proporción de mujeres con menos de 10 años unidas en pareja (83.2%, n = 104), seguidas de las mujeres con obesidad (71.2%, n = 52) y de las mujeres con sobrepeso (63.4%, n = 71). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$, Cuadro 1).

Cuadro 1: Características Sociodemográficas según su Estado Nutricional

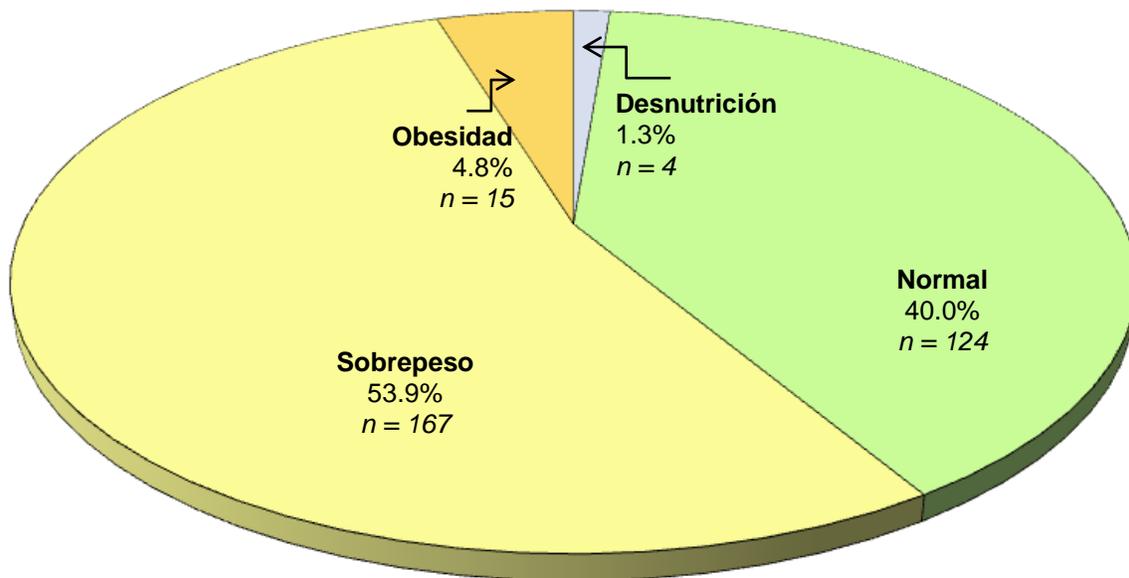
	Normal N = 125		Sobrepeso N = 112		Obesidad N = 73		Total N = 310	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo de edad *								
20 a 25 años	47	37.6	28	25.0	6	8.2	81	26.1
26 a 30 años	34	27.2	28	25.0	15	20.5	77	24.8
31 a 35 años	30	24.0	27	24.1	21	28.8	78	25.2
36 a 40 años	14	11.2	29	25.9	31	42.5	74	23.9
		100.0		100.0		100.0		100.0
Escolaridad								
Primaria	2	1.6	2	1.8	4	5.5	8	2.6
Secundaria	9	7.2	17	15.2	13	17.8	39	12.6
Preparatoria	31	24.8	32	28.6	19	26.0	82	26.5
Licenciatura	75	60.0	59	52.7	34	46.6	168	54.2
Postgrado	8	6.4	2	1.8	3	4.1	13	4.2
		100.0		100.0		100.0		100.0
Empleo								
Ama de casa	41	32.8	33	29.5	19	26.0	93	30.0
Comerciante	2	1.6	1	0.9	1	1.4	4	1.3
Empleada	74	59.2	77	68.8	51	69.9	202	65.2
Profesionista	8	6.4	1	0.9	2	2.7	11	3.5
		100.0		100.0		100.0		100.0
Tipo de unión								
Casada	54	43.2	62	55.4	36	49.3	152	49.0
Concubinato	71	56.8	50	44.6	37	50.7	158	51.0
		100.0		100.0		100.0		100.0
Tiempo de Unión *								
Menos de 5 años	61	48.8	45	40.2	29	39.7	135	43.5
5 a 9 años	43	34.4	26	23.2	23	31.5	92	29.7
10 a 14 años	15	12.0	26	23.2	7	9.6	48	15.5
15 y más años	6	4.8	15	13.4	14	19.2	35	11.3
		100.0		100.0		100.0		100.0
No. de hijos								
Ninguno	44	35.2	33	29.5	21	28.8	98	31.6
1 a 2	72	57.6	62	55.4	43	58.9	177	57.1
3 a 4	9	7.2	17	15.2	9	12.3	35	11.3
		100.0		100.0		100.0		100.0

* $p < 0.05$

Autopercepción de la Imagen Corporal

La Figura 2 muestra la distribución de mujeres participantes según su imagen corporal autopercebida a través del Test de Siluetas de Stunkard. En la gráfica se aprecia que poco más de la mitad de las mujeres se autopercibe con sobrepeso (53.9%) y un 40% como normales. Sólo 4 mujeres (1.3%) se autopercibieron como desnutridas a pesar de que no se encontraron mujeres con índices de masa corporal que las situasen en este estado nutricional y menos del 5% se autopercibieron como obesas. La proporción combinada de mujeres que se autopercibieron con Sobrepeso y con Obesidad es de 58.7%, solo ligeramente por debajo de la prevalencia combinada de Sobrepeso-Obesidad observada mediante el Índice de Masa Corporal que es del 59.6%.

Figura 2: Autopercepción de su Imagen Corporal.



El Cuadro 2 muestra las principales características de la población estudiada en función de la imagen corporal autopercebida mediante el Test de Siluetas de Stunkard. En ella se puede apreciar que la edad también parece relacionarse de manera directa esta vez con la imagen corporal autopercebida. Las

únicas 4 mujeres que se autopercebieron como desnutridas están en el grupo de 20 a 25 años. Y tal como se vio con el estado nutricional calculado con el índice de masa corporal, hasta 2 de cada 3 mujeres con una imagen corporal autopercebida como normal tienen 30 años o menos ($n = 78$, 62.9%), mientras que en las mujeres con imagen corporal autopercebida como obesidad el 73.3% ($n = 11$) tienen más de 30 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

A diferencia de lo que se encontró con el estado nutricional calculado mediante el índice de masa corporal, la escolaridad tiene relación con la imagen corporal autopercebida. Las 4 mujeres que se autopercebieron como desnutridas tienen escolaridades que van de la secundaria a la licenciatura. Las mujeres que se autopercebieron como normales y con sobrepeso, tienen en su mayoría nivel licenciatura (58.9% y 54.5% respectivamente) seguidamente de preparatoria (24.2% y 26.9% respectivamente). En cambio, las mujeres que se autopercebieron con obesidad tienen en su mayoría nivel preparatoria (40%, $n = 6$) seguidamente de secundaria y licenciatura (en ambos casos 20%, $n = 3$). Estas diferencias también son significativas ($p < 0.05$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la imagen corporal autopercebida en relación al Empleo, al Tipo de Unión en pareja, al Tiempo de unión en pareja y al Número de hijos, tal como se observa en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Características Sociodemográficas según la Autopercepción de la Imagen Corporal.

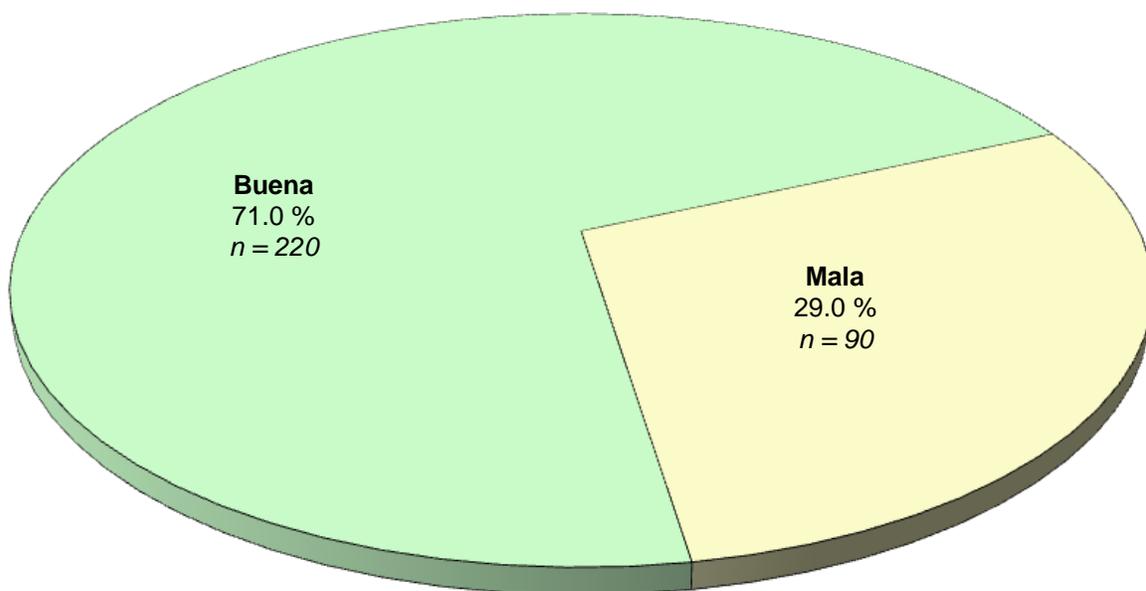
	Desnutrición		Normal		Sobrepeso		Obesidad		Total	
	N = 4		N = 124		N = 167		N = 15		N = 310	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo de edad *										
20 a 25 años	4	100.0	46	37.1	31	18.6	0	0.0	81	26.1
26 a 30 años	0	0.0	32	25.8	41	24.6	4	26.7	77	24.8
31 a 35 años	0	0.0	25	20.2	48	28.7	5	33.3	78	25.2
36 a 40 años	0	0.0	21	16.9	47	28.1	6	40.0	74	23.9
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Escolaridad *										
Primaria	0	0.0	3	2.4	2	1.2	3	20.0	8	2.6
Secundaria	2	50.0	11	8.9	23	13.8	3	20.0	39	12.6
Preparatoria	1	25.0	30	24.2	45	26.9	6	40.0	82	26.5
Licenciatura	1	25.0	73	58.9	91	54.5	3	20.0	168	54.2
Postgrado	0	0.0	7	5.6	6	3.6	0	0.0	13	4.2
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Empleo										
Ama de casa	2	50.0	39	31.5	50	29.9	2	13.3	93	30.0
Comerciante	0	0.0	2	1.6	2	1.2	0	0.0	4	1.3
Empleada	2	50.0	76	61.3	111	66.5	13	86.7	202	65.2
Profesionista	0	0.0	7	5.6	4	2.4	0	0.0	11	3.5
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Tipo de unión										
Casada	1	25.0	55	44.4	88	52.7	8	53.3	152	49.0
Concubinato	3	75.0	69	55.6	79	47.3	7	46.7	158	51.0
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
Tiempo de Unión										
Menos de 5 años	3	75.0	61	49.2	65	38.9	6	40.0	135	43.5
5 a 9 años	1	25.0	39	31.5	49	29.3	3	20.0	92	29.7
10 a 14 años	0	0.0	15	12.1	31	18.6	2	13.3	48	15.5
15 y más años	0	0.0	9	7.3	22	13.2	4	26.7	35	11.3
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0
No. de hijos										
Ninguno	1	25.0	44	35.5	50	29.9	3	20.0	98	31.6
1 a 2	3	75.0	70	56.5	95	56.9	9	60.0	177	57.1
3 a 4	0	0.0	10	8.1	22	13.2	3	20.0	35	11.3
		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

* $p < 0.05$

Función Sexual Femenina

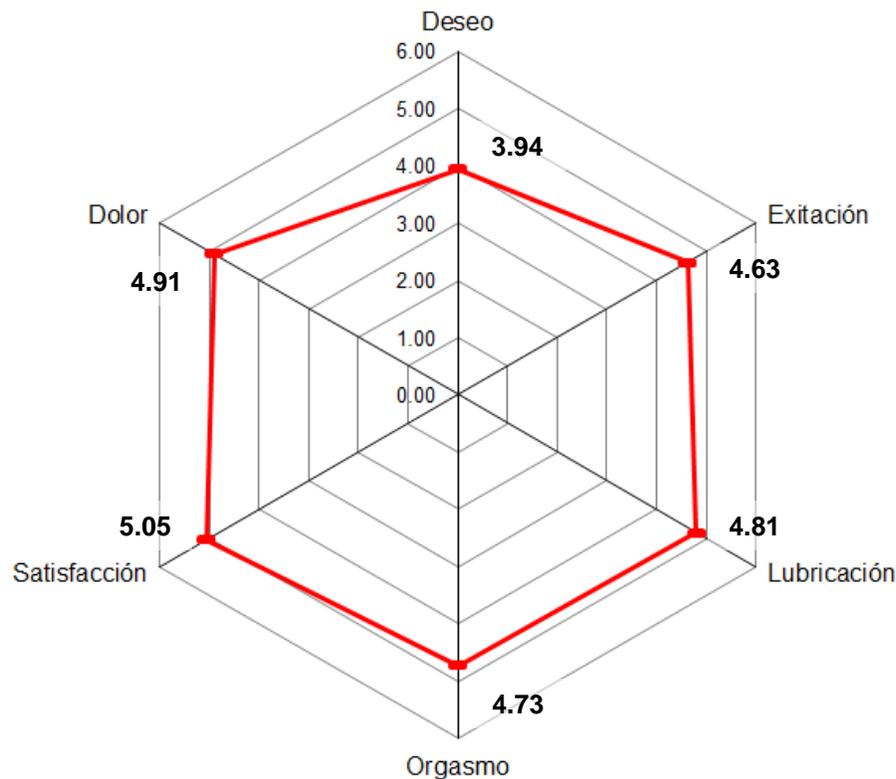
El 29% (n = 90) de las mujeres incluidas en el estudio obtuvieron puntajes del Índice de Función Sexual Femenina que las evalúan como portadoras de una Mala Función Sexual (Figura 3). Poco más de un tercio tienen en cambio, una Buena Función Sexual (71%, n = 220).

Figura 3: Función Sexual



La media del puntaje obtenido en el Índice de Función Sexual Femenina por el total de mujeres participantes en el estudio fue de 28.1 puntos con una desviación estándar de 6.35 y un rango de 2 a 35.4 puntos. La dimensión del instrumento antes mencionado mejor evaluada fue la Satisfacción con 5.05 puntos de un total de 6 puntos posibles. Dimensiones con puntuaciones muy parecidas son el Dolor con 4.91 puntos, la Lubricación con 4.81 puntos, el Orgasmo con 4.73 puntos y la Excitación con 4.63 puntos. La dimensión con el más bajo puntaje fue el Deseo con 3.94 puntos. Estos resultados se muestran visualmente en la Figura 4.

Figura 4: Media de los puntajes en cada dimensión del Índice de Función Sexual Femenina.



El Cuadro 3 muestra las principales características de la población estudiada según la Función Sexual determinado mediante el Índice de Función Sexual Femenina. Para esta variable, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad, a diferencia de lo observado con el estado nutricional y con la imagen corporal autopercebida.

La Escolaridad sí parece relacionarse con la Función sexual, tal como ocurrió con la autopercepción de la imagen corporal. Las mujeres con buena función sexual son en su mayoría mujeres con nivel licenciatura (60.9%, n = 134), seguidas de mujeres con nivel preparatoria (25%, n = 55), mientras que las mujeres con mala función sexual tienen mayoritariamente licenciatura aunque con una proporción mucho menor que las mujeres con buena función sexual (37.8%, n = 34) además de que una proporción muy similar de mujeres con mala función sexual tienen nivel preparatoria (30%, n = 27) seguidamente de mujeres con secundaria (20%, n = 18). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Para el empleo, el tipo de unión en pareja y el tiempo de unión en pareja no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la Función Sexual.

Otra característica que si mostró relación con la función sexual es el número de hijos. Las mujeres con buena función sexual tienen en su mayoría 1 a 2 hijos (60%, n = 132). Las mujeres con mala función sexual también refirieron tener en su mayoría a 1 a 2 hijos pero en una menor proporción que las mujeres con buena función sexual (50%, n = 45), adicionalmente las mujeres con mala función sexual que tienen 3 a 4 hijos constituyen el 18.9% (n = 17) de estas mujeres en comparación con el 8.2% (n = 18) de mujeres con cantidad de hijos similar que tienen buena función sexual. Estas diferencias también fueron significativas ($p < 0.05$) y se muestran en el Cuadro 3.

Cuadro 3: Características Sociodemográficas según Función Sexual.

	Buena N = 220		Mala N = 90		Total N = 310	
	n	%	n	%	n	%
Grupo de edad						
20 a 25 años	66	30.0	15	16.7	81	26.1
26 a 30 años	52	23.6	25	27.8	77	24.8
31 a 35 años	55	25.0	23	25.6	78	25.2
36 a 40 años	47	21.4	27	30.0	74	23.9
		100.0		100.0		100.0
Escolaridad *						
Primaria	2	0.9	6	6.7	8	2.6
Secundaria	21	9.5	18	20.0	39	12.6
Preparatoria	55	25.0	27	30.0	82	26.5
Licenciatura	134	60.9	34	37.8	168	54.2
Postgrado	8	3.6	5	5.6	13	4.2
		100.0		100.0		100.0
Empleo						
Ama de casa	61	27.7	32	35.6	93	30.0
Comerciante	3	1.4	1	1.1	4	1.3
Empleada	146	66.4	56	62.2	202	65.2
Profesionista	10	4.5	1	1.1	11	3.5
		100.0		100.0		100.0
Tipo de unión						
Casada	103	46.8	49	54.4	152	49.0
Concubinato	117	53.2	41	45.6	158	51.0
		100.0		100.0		100.0

Tiempo de Unión						
Menos de 5 años	100	45.5	35	38.9	135	43.5
5 a 9 años	66	30.0	26	28.9	92	29.7
10 a 14 años	35	15.9	13	14.4	48	15.5
15 y más años	19	8.6	16	17.8	35	11.3
		100.0		100.0		100.0
No. de hijos *						
Ninguno	70	31.8	28	31.1	98	31.6
1 a 2	132	60.0	45	50.0	177	57.1
3 a 4	18	8.2	17	18.9	35	11.3
		100.0		100.0		100.0

* $p < 0.05$

Estado nutricional y Autopercepción de la imagen corporal

Cuando consideramos el estado nutricional determinado mediante el índice de masa corporal en función de la imagen corporal autopercebida, se pueden apreciar diferencias significativas entre las diversas categorías. En general, la mayoría de las mujeres con estado nutricional normal se autoperciben normales (72%, $n = 90$), pero una proporción considerable de mujeres con este estado nutricional, se autoperciben con sobrepeso (30%, $n = 24$). Por el contrario, si bien la mayoría de las mujeres con sobrepeso se autoperciben con esa condición (69.9%, $n = 78$), una gran proporción de mujeres con este estado nutricional se autoperciben normales (28.6%, $n = 32$). La mayor diferencia está en las mujeres con obesidad en quienes en su mayoría se autoperciben con sobrepeso (80.8%, $n = 59$) y sólo el 16.4% de estas mujeres ($n = 12$) se autoperciben correctamente. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$), y adicionalmente, el nivel de concordancia obtenido es de 0.52 que la sitúa en una concordancia moderada. Los detalles se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Estado Nutricional en función de la Autopercepción de la Imagen Corporal.

	Normal N = 125		Sobrepeso N = 112		Obesidad N = 73		Total N = 310	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Autopercepción *								
Desnutrición	4	(3.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(1.3)
Normal	90**	(72.0)	32	(28.6)	2	(2.7)	124	(40.0)
Sobrepeso	30	(24.0)	78**	(69.6)	59**	(80.8)	167	(53.9)
Obesidad	1	(0.8)	2	(1.8)	12**	(16.4)	15	(4.8)
		(100)		(100)		(100)		(100)

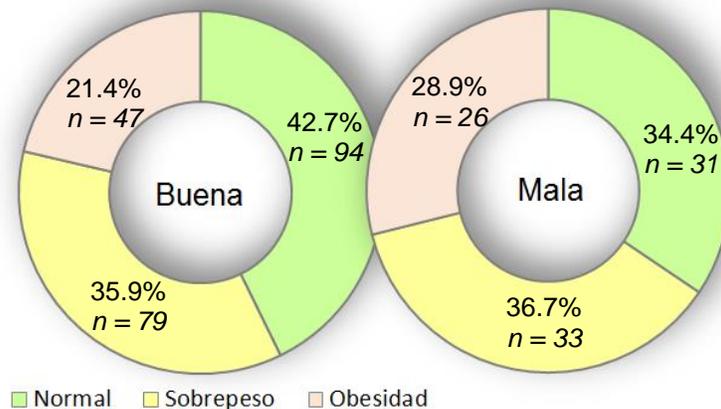
* $p < 0.05$, Razón de verosimilitud

** $p < 0.05$, T_c de Kendall = 0.52

Función sexual y Estado nutricional

Parece no haber relación entre la Función sexual y el estado nutricional determinado por el índice de masa corporal. Si bien parece haber una prevalencia un poco mayor de sobrepeso-obesidad entre las mujeres con mala función sexual (65.6%, $n = 59$), con respecto a las mujeres con buena función sexual (57.3%, $n = 126$), estas diferencias no son estadísticamente significativas, Esto se muestra en la Figura 5.

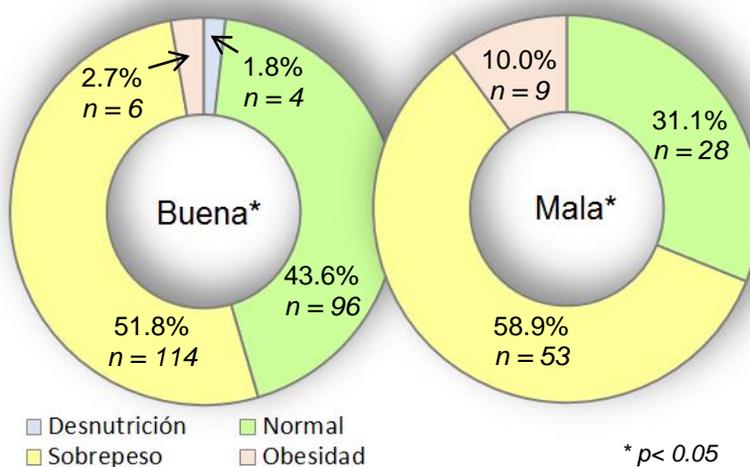
Figura 5: Función sexual según Estado Nutricional.



Función sexual y Autopercepción de la imagen corporal

Hay una mayor proporción de mujeres que se perciben con sobrepeso- obesidad entre las mujeres que tienen una mala función sexual (68.9%, $p = 62$), que en las mujeres con buena función sexual (54.5%, $p = 120$). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.05$, Figura 6).

Figura 6: Función Sexual según la Autopercepción de su Imagen Corporal.



Función sexual y Autopercepción de la imagen corporal, según el estado nutricional.

La estratificación de la Función sexual contra la Autopercepción de la imagen corporal, según cada categoría del Estado nutricional no demostró diferencias estadísticamente significativas.

En el subgrupo de mujeres con Estado nutricional normal, se aprecia que hay una mayor proporción de mujeres que se autoperciben como normales entre las mujeres con buena función sexual (74.5%, $n = 70$) con respecto a las mujeres con mala función sexual (64.5%, $n = 20$) y por el contrario, hay una mayor proporción de

mujeres que se autoperciben con sobrepeso entre las mujeres con mala función sexual (32.3%, n = 10) con respecto a las mujeres que tienen buena función sexual (21.3%, n = 20). Aun a pesar de lo anterior, estas diferencias no parecen ser estadísticamente significativas.

En el subgrupo de mujeres con estado nutricional en rangos de sobrepeso, la proporción de mujeres que se autoperciben con sobrepeso es similar entre las mujeres con buena función sexual (69.6%, n = 55) con respecto a las mujeres con mala función sexual (69.7%, n = 23). Donde se aprecia una pequeña diferencia es en la proporción de mujeres que se autoperciben como normales, que entre las mujeres con buena función sexual es de 30.4% (n = 24) mientras que en las mujeres que tienen mala función sexual es de 24.2% (n = 8), aunque esta diferencia no parece ser estadísticamente significativa.

Cuadro 5. Estratificación de la Función Sexual y la Autopercepción de la Imagen Corporal, según el Estado Nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	AUTOPERCEPCIÓN	FUNCIONALIDAD SEXUAL					
		Buena		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%
Normal	Desnutrición	4	4.3	0	0.0	4	3.2
	Normal	70	74.5	20	64.5	90	72.0
	Sobrepeso	20	21.3	10	32.3	30	24.0
	Obesidad	0	0.0	1	3.2	1	0.8
		94	100.0	31	100.0	125	100.0
Sobrepeso	Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Normal	24	30.4	8	24.2	32	28.6
	Sobrepeso	55	69.6	23	69.7	78	69.6
	Obesidad	0	0.0	2	6.1	2	1.8
		79	100.0	33	100.0	112	100.0
Obesidad	Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Normal	2	4.3	0	0.0	2	2.7
	Sobrepeso	39	83.0	20	76.9	59	80.8
	Obesidad	6	12.8	6	23.1	12	16.4
		47	100.0	26	100.0	73	100.0

Por último, entre el subgrupo de mujeres con estado nutricional en rangos de obesidad, predominan las mujeres que se autoperciben con sobrepeso tanto entre las mujeres con buena función sexual (83%, n = 39) como en las mujeres con mala función sexual (76.9%, n = 20) aunque con un leve predominio en las primeras. Por el contrario, predominan ligeramente las mujeres que se autoperciben con obesidad entre las mujeres con mala función sexual (23.1%, n = 6), en relación a las mujeres con buena función sexual (12.8%, n = 6). A pesar de lo anterior, estadísticamente, estas diferencias no son significativas (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha podido encontrar que no existe relación entre la función sexual y la autopercepción corporal de mujeres sanas de 20-40 años de edad casadas o en concubinato tomadas en forma global, pero tampoco entre los subgrupos resultantes de la estratificación según el estado nutricional. A pesar de que el resultado no permite probar la hipótesis alterna, en el presente estudio se ha podido ver la dinámica de diversas variables en relación a la función sexual, el estado nutricional y la autopercepción corporal de las mujeres estudiadas.

La prevalencia de mala función sexual femenina entre la población estudiada es del 29%. Estos resultados difieren a otros estudios como el de Bustos & Pérez en una muestra de 305 mujeres de 20 a 59 años de edad en comuna de Teno, Chile en el año 2018, a través de un estudio observacional, analítico de prevalencias, donde se encontró que el 41.6% de las encuestadas presentaba mala función sexual.¹ Cabe mencionar se incluyeron otras variables como funcionalidad familiar y nivel socioeconómico, sin tomar en consideración el tipo de unión en pareja. Por lo que las diferencias probablemente se deban a que la población que se estudió en el presente proyecto es muy específica en condición de unión en pareja.

En este estudio no se encontró relación entre la edad y la función sexual sin embargo, difiriendo de resultados de Blumel, Binfa & Cataldo encontraron que la sexualidad según el instrumento IFSF (mismo utilizado en el presente estudio), presenta mejor función sexual a los 35 a 40 años.² Cabe destacar que en el estudio mencionado se amplió el rango de edad incluida en su muestra aunado a que nuestros criterios de inclusión son muy específicos por lo que además de tener un rango de edad más estricto, se descartaron mujeres con padecimientos crónicos, tomando en cuenta medicación e incluso estado civil, mismos que no fueron tomados en cuenta el estudio descrito.

Por otra parte se encontró que las mujeres con menor cantidad de hijos presentan mejor satisfacción sexual con una asociación significativa en mujeres con 1-2 hijos seguida de mujeres sin hijos para disminuir drásticamente en aquellas

con 3-5 hijos posiblemente como comentan Buri y Parada se deba a que las mujeres que cuentan con hijos presentan mayor insatisfacción corporal.⁵⁴

Otra asociación significativa que encontramos fue la de la función sexual y escolaridad, muy similar a lo descrito por Lauman y Rosen. Ellos al igual que nosotros, encontraron que hay una relación directa entre el grado de preparación y la buena función sexual. En el estudio citado, donde evaluaron la prevalencia y los factores predictores de disfunción sexual en Estados Unidos, observando que el riesgo de trastornos sexuales disminuía hasta en la mitad de las mujeres graduadas.⁵⁵ En otro estudio hecho por Blumel, Araya y colaboradores se demostró que un mejor nivel educativo reduce el 40% el riesgo de disfunciones sexuales. Es posible que un mayor nivel educativo reduzca los prejuicios que en relación a la sexualidad pueden tenerse y con ello se tenga un mejor disfrute de las relaciones íntimas pero esto podría ser motivo de estudios futuros.⁵⁶

La población que se abordó en este estudio mostró que las dimensiones de la funcionalidad sexual mejor evaluadas fueron la satisfacción seguidamente del orgasmo y esto difiere en un estudio realizado entre personal de salud por Valenzuela, Contreras & Manríquez, en el que encontraron como dimensión mejor evaluada el orgasmo seguido del dolor.⁵⁷

Una gran proporción de mujeres se autoperciben con sobrepeso (53.9%), con obesidad muy pocas (4.8%). Esto difiere un poco a la verdadera prevalencia de sobrepeso (36.1%) y obesidad (23.5%) determinados mediante el índice de masa corporal. Hay una moderada concordancia en entre el estado nutricional autopercebido y el verdadero. Una proporción importante de mujeres con estado nutricional normal (24%) sobreestima su estado nutricional autopercibiéndose con sobrepeso. Contrariamente, una proporción algo similar de mujeres con sobrepeso (28.6%) subestima su propio estado nutricional autopercibiéndose como normales. Peor aún, una gran proporción de mujeres con obesidad (80.8%) subestiman su estado nutricional considerándose con sobrepeso.

Esta autopercepción alterada puede conllevar a serios problemas a la hora de promover un estilo saludable, principalmente porque las mujeres normales podrían sentirse con sobrepeso, las mujeres con sobrepeso se consideran normales y las mujeres con obesidad no admiten este problema y se consideran con sobrepeso.

Yamunaque y colaboradores (2018), realizaron un estudio en que evaluaron la subestimación del índice de masa corporal en relación a la autopercepción corporal, observando que la subestimación corresponde al 17.6% de sujetos con sobrepeso y obesidad, predominando en el grupo de obesidad. Incluso al tratarse de un estudio que incluyó ambos géneros, se determinó que las mujeres presentan dicha subestimación en un 82.9% comparado con hombres que corresponden a 61.4%. Aunado a esto se reportó que a menor grado de escolaridad, mayor es la subestimación mientras que las mujeres con alto nivel educativo tienden a percibirse de acuerdo a su estado nutricional real.²⁵ Otro estudio que demostró que existe una subestimación entre la autopercepción corporal y estado nutricional fue desarrollado por Rodríguez Guzmán y colaboradores en el que encontraron que la correlación entre índice de masa corporal y autopercepción corporal es baja ⁵⁸, difiriendo así de otros autores que han encontrado que a mayor IMC mayor es la sobreestimación, por lo que se plantea la interrogante sobre la causa de esta subestimación ya que existen 2 hipótesis, si la alteración en el IMC nutricional y por lo tanto mayores estadísticas en sobrepeso se deba las personas no se den cuenta del problema y por lo tanto no acaten las indicaciones en cambios de estilo de vida o se deba a un problema psicológico aportando una línea de investigación a futuro.

En nuestro estudio existe una alta prevalencia de sobrepeso-obesidad en un 59.6% coincidiendo con la Encuesta Nacional de Nutrición donde se reportó prevalencia de mujeres en edad de 20-29 años con sobrepeso-obesidad del 59%, mujeres de 30-39 años de 77.2, lo cual puede ser peligroso ya que pueden incrementarse estas cifras al subestimar su estado nutricional normal y por lo tanto no realizando modificaciones en estilo de vida lo cual se sugiere a través del incremento de esta prevalencia de una 34.5% en el año 1988 hasta un 72.8% en el año 2020, siendo notable el incremento de sobrepeso de un 25% (1988) hasta en un 36%

(1999) posterior a lo cual se ha mantenido sin cambios hasta el año 2020 con un 35.2%.⁵⁹

Además en nuestro estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tiempo de unión en pareja y estado nutricional en el que a menor tiempo en unión en pareja presentan un estado nutricional normal sin embargo en no se ha estudiado a fondo por otros autores al respecto por lo que podría tratarse de una relación interviniente a la propia edad aunque esto no podría demostrarse más que con un estudio dirigido permitiendo la apertura de estudio a integrar otras variables o tipos de instrumentos que midan el tiempo compartido en pareja.

En cuanto a relación entre la autopercepción de la imagen corporal en la subpoblación de mujeres con estado nutricional normal destaca que al representar la mayor población, predominaron aquellas con buena función sexual.

La estratificación entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres sanas de 20 a 40 años casadas o en concubinato, según su estado nutricional no demostró diferencias estadísticamente significativas sin embargo si se encontró que la autopercepción está asociada a funcionalidad sexual así como también se asocia a estado nutricional, sin embargo función sexual y estado nutricional no muestran una relación significativa por lo que se propone abordar en investigaciones futuras el autoconcepto más que índice de masa corporal al hablar de sexualidad en la mujer.

LIMITACIONES

En el presente estudio se encontró que al proceder a encuestar a las mujeres con un tema al que consideran vergonzoso, les generaba rechazo por lo que muchas de ellas decidieron no participar en el mismo. Otras que si aceptaron participar, no terminaron su encuesta como era debido a falta de interés ya que lo consideraban un instrumento largo.

Día a día se encuestaban a todas las mujeres que se pudieran abordar dentro de la Unidad de Medicina Familiar 03 Cd Valles, SLP. En un inicio era difícil encuestar sobre un tema tan poco hablado por las mujeres y más en pandemia de COVID-19 ya las personas no acudían a consulta por miedo. A mediados del año 2023, comenzaban nuevamente a acudir más mujeres. Esto pudiera explicar por qué la mayoría de las mujeres presentan mayor escolaridad, ya que estas eran las que conocían más acerca de medidas de prevención de COVID-19 además de contar con su esquema de vacunación completo en su mayoría mientras que se ha visto que a menor escolaridad mayor miedo o creencias erróneas sobre el padecimiento, incluso se realizó un estudio en Costa Rica donde Alfaro (2022) menciona que aquellas personas con mayores dudas tenían únicamente algún grado de estudios en primaria o secundaria.

Respecto a la escolaridad en nuestra unidad, no contamos con datos epidemiológicos al respecto sin embargo cabe mencionar que la derechohabiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de San Luis Potosí para el año del 2020 corresponde al 48% mientras que Secretaría de Salud corresponde el 41%, por lo que acudía mayor población con las características necesarias para nuestro estudio.

CONCLUSIONES

1. No hay diferencias estadísticamente significativas respecto a la funcionalidad sexual y autopercepción de imagen corporal según el estado nutricional.
2. La prevalencia de Mala Función Sexual es del 29%
3. La concordancia entre el estado nutricional y la autopercepción es moderada.
4. El estado nutricional se relaciona inversamente con la autopercepción del estado nutricional.
5. La mayoría de las mujeres con estado nutricional normal se autoperciben correctamente en un 72% sin embargo el 24.8% sobreestima su peso real.
6. En las mujeres con sobrepeso, el 28.6% subestima su peso real mientras que las mujeres con obesidad lo hacen en un 97.2%.
7. La proporción combinada de mujeres que se autopercibieron con Sobrepeso y Obesidad es de 58.7% mientras el 1.3% se autopercibió como desnutrida.
8. La autopercepción del estado nutricional se relaciona directamente con la edad, pero inversamente con la escolaridad.
9. La autopercepción del estado nutricional no se relaciona con el Empleo, Tipo de Unión en pareja, Tiempo de unión en pareja ni con el Número de hijos.
10. La prevalencia combinada de Sobrepeso-Obesidad fue de 59.6%. La obesidad prevalece en el 23.5%.
11. El estado nutricional se relaciona directamente con la edad y con el tiempo de unión en pareja.
12. La escolaridad, el empleo, el tipo de unión en pareja y el número de hijos no tienen relación con el estado nutricional.
13. No hay relación entre la Función sexual y el estado nutricional.

14. Hay una mayor proporción de mujeres que se perciben con sobrepeso-obesidad entre las mujeres que tienen una mala función sexual (68.9%).
15. La Función Sexual se relaciona directamente con la Escolaridad e inversamente con el número de hijos.
16. La Función Sexual no se relaciona con la edad, con el empleo, con el tipo de unión en pareja y con el tiempo de unión en pareja.
17. La dimensión mejor evaluada fue la Satisfacción con 5.05 puntos y la de puntaje más bajo fue el Deseo con 3.94 puntos.

SUGERENCIAS

El siguiente estudio podría extrapolarse a otras poblaciones incluso incluyendo otras variables o más flexibles sin embargo las características establecidas para nuestra población de estudio permitieron disminuir sesgos o factores que intervinieran en resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos G, Pérez R. Relación entre factores psicosociales y el índice de función sexual femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatología y Reproducción Humana*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 32(1):9-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.014>.
2. Blumel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Internet]. 2004 [citado 2021 Julio 17]; 69(2):118-125. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>
3. Hevesi K, Mészáros V, Zsuzsana K, Márki G, Szabó M. Different characteristics of the Female Sexual Function Index in a sample of sexually active and inactive women. *The journal of sexual medicine*. [Internet]. 2017 [Citado 2021 Julio 17]; 14(9): 1133-1141. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.07.008>
4. Observatorio de Salud Sexual (ONSEX) [Internet]. España: Loki & Dimas; 2019. López, A, & San Martín C. Sexualidad en la mujer obesa. 2019 Marzo 5 [citado 2021 Julio 17]; [11 páginas]. Disponible en: <https://onsex.org/publico-general/sexualidad-en-la-mujer-obesa/>
5. Robbins A, Reissing E. Appearance dissatisfaction, body appreciation, and sexual health in women across adulthood. *Archives of sexual behavior*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 47(3): 703-714. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0982-9>
6. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed G, Say L. La salud sexual en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): implicancias en las mediciones y más* *Temas de Salud Reproductiva*. [Internet]. 2016 [citado 2021 Octubre 29]; 9(91-92): 185-192. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/J.RHM.2015.11.008>.
7. International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. Disfunciones sexuales. Mayo 2021 [citado 2021

Octubre 29]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f160690465>

8. Shaeer, O, Skakke D, Giraldi A, Shaeer E, Shaeer K . Female orgasm and overall sexual function and habits: a descriptive study of a cohort of US women. *The Journal of sexual medicine*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 47(3): 1133-1143. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.029>.
9. Gutiérrez Rodríguez, M. V. Factores psicológicos asociados a disfunción sexual en mujeres jóvenes en el año 2019. [Tesis licenciatura en Medicina en Internet]. Lima Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 2021 Octubre 29]; 51 p. Disponible en:
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3995/T030_48025911_T%20%20%20GUTIERREZ%20RODRIGUEZ%20MARIA%20VANESSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Carranza-Lira, Núñez F. Sexual dysfunction prevalence in a group of- and postmenopausal Mexican women. *Menopause review*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 17(1): 39-42. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/pm.2018.74901>
11. Alcoba S. Disfunciones Sexuales en la mujer. En: Toquero F, Zarco J. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales [Internet]. Madrid: International Marketing & Communications; 2004. [Citado 2021 Octubre 29].143 p. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf
12. International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. Disfunción por deseo sexual hipoactivo. Mayo 2021 [citado 2021 Octubre 29]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1189253773>
13. International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. Disfunciones de la excitación sexual. Mayo 2021

[citado 2021 Octubre 29]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f302903168>

14. International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. Disfunciones orgásmicas. Mayo 2021 [citado 2021 Octubre 29]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f3494362>

15. American Psychiatric Association. Disfunciones Sexuales En: American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: [Internet]. Estados Unidos de América: American Psychiatric Publishing; 2013. [Citado 2021 Octubre 29].225 p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

16. International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021. Trastorno sexual por dolor asociado a la penetración. Mayo 2021 [citado 2021 Octubre 29]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1932194482>

17. Vallejo-Medina, Pérez-Durán P & Saavedra-Roa A. Translation, adaptation, and preliminary validation of the female sexual function index into Spanish (Colombia). *Archives of sexual behavior*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 47(3): 797-810. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>

18. Pineda-García G, Martínez-García C, Gómez-Peresmitré G, Platas-Acevedo S, Lugo-Salazar K. Imagen y peso corporal en universitarios: Estudio comparativo México-España. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. [Internet]. 2020 [citado 2021 Julio 17]; 20(2): 1-12. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/351840221_Imagen_y_peso_corporal_en_universitarios_Estudio_comparativo_Mexico-Espana.

19. Gentil I. Percepción de la propia imagen corporal en personas con cojera. *Index Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2021 Octubre 29]; 16(56): 12-16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
20. Franco-Paredes K, Bautista-Díaz L, Díaz-Reséndiz F, Arredondo-Urtíz E. Propiedades psicométricas del Body Shape Questionnaire (BSQ-14) en mujeres universitarias mexicanas. *Revista Evaluar*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 18(1):1-11. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/download/19765/19514/55591#pdfjs.action=download>
21. Rosen J, Jones A, Waxman S. Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*. [Internet] 1996 [citado 2021 Julio 17]; 20(3): 315-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199611\)20:3<315::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<315::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z)
22. Stunkard AJ, Albaum JM. The accuracy of self-reported weights. *Am J Clin Nutr*. [Internet] 1981 [citado 2021 septiembre 16]; 34(8): 1593-1599. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajcn/34.8.1593>
23. Kaufer-Horwitz M, Martínez J, Goti-Rodríguez LM, Avila-Rosas H. Association between measured BMI and self-perceived body size in Mexican adults. *Ann Hum Biol*. [Internet] 2006 [citado 2021 septiembre 16]; 33(5-6): [aproximadamente p.14]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1080/03014460600909281>
24. Campos I, Hernández L, Espinosa J, Padilla D, Barquera S. Estado de nutrición y tensión arterial en adultos. En: Oropeza C, Reveles F, Tlapale A, Gallegos J, Luna J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. [Internet]. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020. [Citado el 20 de julio de 2021]. 268 p. Disponible en:

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

25. Yamunaque E, Abril-Ulloa V., Peláez C., Rojas M. Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [Internet]. 2018 [citado 2021 Octubre 29]: 37(3): 798-264. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/559/55963208010/55963208010.pdf>
26. Morín R. Obesidad y sexualidad. Trabajo social. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]: 18: 4-13. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/download/19513/18505>
27. De Almeida C, Dos santos P, Ataíde R, Leite-Filho H, Fernandes A, Oliveira G, et al. Changes in sexual function and positions in women with severe obesity after bariatric surgery. Sexual medicine. [Internet]. 2019 [citado 2021 Julio 17]; 7(1): 80-85. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2050116118300898?token=12CA7F70920B83071BFADD2485741C52D57AA9D16CB729BA854990D2F96E679D80265A76DAD2C183BC87536C893F2E95&originRegion=us-east-1&originCreation=20210720012035> DOI: 10.1016/j.esxm.2018.10.001
28. Esfahani S, Pal S. Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. Health psychology open. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 5(2): 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055102918786867>
29. Sarwer D, Hanson A, et. Al. Obesity and sexual functioning. Current obesity reports. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 7(4): 301-307. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0319-6>.
30. Rowland D, McNabney S, Mann A. Sexual function, obesity, and weight loss in men and women. Sexual Medicine Reviews. [Internet]. 2017 [citado 2021 Julio 17]; 5(3): 323-338. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.03.006>.

31. Espitia F. Disfunciones sexuales en mujeres con obesidad en el Quindío (Colombia), 2016-2019. Estudio de prevalencia. Univ. Med. [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 12]; 62(3): 19-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392021000300003&script=sci_arttext&tlng=es
32. Senobari M, Azmoude E, Mousavi M. The relationship between body mass index, body image, and sexual function: A survey on Iranian pregnant women. International Journal of Reproductive BioMedicine. [Internet]. 2019 [citado 2021 Julio 17]; 17(7): 503-512. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i7.4862>
33. López-Maguey R, Cantellano-Orozco M, Stauffert-Gutiérrez J, Gómez- Sánchez J, Herrero-Muñoz J, Preciado- Estrella D. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Revista mexicana de urología. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 78(3): 165-175. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur183b.pdf>
34. Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. Iran Red Crescent Med J. [Internet]. 2015 [citado 2021 Julio 17]; 17(1):1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341402/>
35. Gómez C. Imagen corporal y satisfacción sexual en mujeres obesas. [Tesis licenciatura en Psicología]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003 [citado 2021 noviembre 11]: 136 p. Disponible en: <http://132.248.9.195/ppt2002/0324285/Index.html>
36. Gargantini A, Casari L. Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. Psicooncología. [Internet]. 2019 [citado 2021 Julio 17]; 16 (1): 43-60. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>.

37. Rausch MB. Imagen corporal y sexualidad en cuidados paliativos. Erasmus. [Internet]. 2017 [citado 2021 Julio 17]; 2: 1514-6049. Disponible en: <https://www.icala.org.ar/erasmus/Archivo/2017/2017-2/erasmus-19-2-2017-09-Rausch.pdf>
38. Blanco R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Index Enferm. [Internet]. 2010 [citado 2021 Julio 17]; 19(1): 24-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es&nrm=iso
39. Santos A. Imagen corporal, funcionamiento sexual y autoestima en mujeres brasileñas con un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado. [Tesis doctorado en Psicología clínica y salud del adulto en Internet]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015 [citado 2021 Julio 17]: 106 p. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310214/ass1de1.pdf?sequence=1>
40. Cherick F, Te V, Anty R, Turchi L, Benoit M, Schiavo L, Lanneli A. Bariatric surgery significantly improves the quality of sexual life and self-esteem in morbidly obese women. Obesity surgery. [Internet]. 2019 [citado 2021 Julio 17]; 29(5): 1576-1582. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03733-7>.
41. Wen JP, Wen L, Zhao Y, Li W, Huang H, Liang JX, et.al. Effect of bariatric surgery on sexual function and sex hormone levels in obese patients: a metaanalysis. Journal of the Endocrine Society. [Internet]. 2018 [citado 2021 Julio 17]; 2 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.1210/js.2017-00233>
42. Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Gulseren S, Edeer A, Durmaz A. The impact of an ostomy on the sexual lives of persons with stomas. A phenomenological study. JWOCN. [Internet]. 2016 [citado 2021 Julio 17]; 43(4): 381-384. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000236>
43. Woertman L, Van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. Journal of sex research [Internet]. 2012 [citado 2021 Julio 17]; 49(2-3): 184-211. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>.

44. Komarnicky T, Skakoon-Sparling S, Milhausen R, Breuer R. Genital self-imagen: associations with other domains of body image and sexual response. *Journal of sex & marital therapy*. [Internet].2019 [citado 2021 Julio 17]; 45(6):524-537. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1586018>
45. Pintado, S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*. [Internet].2017 [citado 2021 Octubre 29]; 84(11): 679-683. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1611b.pdf>
46. Nieto L. Un divorcio por día registra Ciudad Valles. Los principales motivos de la separación son referentes a dificultades económicas. *Pulso*. [Internet]. San Luis Potosí México: Pulso Diario de San Luis; 14 febrero 2019 [citado 2021 Noviembre 01]. Disponible en: <https://pulsoslp.com.mx/estado/un-divorcio-por-dia-registra-ciudad-valles/895036>
47. Redacción de Código San Luis. Hasta 40 casos de violencia contra la mujer atienden en Valles. [Internet]. San Luis Potosí México: Código San Luis Periódico en línea; 10 de noviembre 2021 [citado 2021 Noviembre 01]. Disponible en: <https://www.codigosanluis.com/hasta-40-casos-de-violencia-contra-la-mujer-atienden-en-valles/>
48. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carrenco-Sanchez J, Martínez-Ramírez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol. Reprod. Hum.*. [Internet].2005 [citado 2021 Noviembre 01]; 19(3-4): 152-160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372005000300004
49. Espinel Criollo JF. Incidencia de disfunción sexual de mujeres de 20 a 45 años como consecuencia del maltrato intrafamiliar. [Tesis licenciatura en Psicología Clínica en Internet]. Quito Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2014 [citado

2021 Noviembre 01]; 131 p. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3640/1/T-UCE-0007-126.pdf>

50. Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Oropeza C, Hernández M. En: Oropeza C, Reveles F, García J, Voghel S, Gómez Y, Castro A, Tovar R. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales; 2012. [Citado 2021 Octubre 29]; 112 p en:
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/SanLuisPotosi-OCT.pdf>
51. Del Castillo A, De Lucio M, Guzmán R & Reyes I. Adaptación del índice de función sexual femenina en pacientes mexicanas con diabetes tipo 2. *Psicología Social en México*. [Internet]. 2012 [citado 2023 Noviembre 16]; 14:665-669. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001000007>
52. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Ciudad de México, Distrito Federal. Poder Ejecutivo, 1986. [Revisado el 24 de Julio de 2022]. Disponible en:
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
53. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017. [Revisado el 24 de Julio de 2022]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
54. Buri G & Parada G. Análisis relacional entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina y factores sociodemográficos. [Tesis licenciatura en Psicología Clínica]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2020 [citado 2023 noviembre 10]: 87 p. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9631>
55. Laumann EO, Rosen Rc. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA* [Internet]. 1999 [citado 2023 Noviembre 10]; 281: 537-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>

56. Blumel JE, Araya H, Riquelme H, et.al. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Méd Chile. [Internet]. 2002 [citado 2023 Noviembre 10]; 130(1):1131-38. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001000007>
57. Valenzuela R, Contreras Y & Manriquez K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2014 [citado 2023 Noviembre 10]; 79(2): 92-101. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200005>
58. Rodríguez Guzmán L, Carballo Gallegos LF, Coria f, et.al. Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. Medicina Universitaria. [Internet]. 2010 [citado 2023 Noviembre 10]; 12(46): 29-32. Disponible en: <https://eprints.uanl.mx/id/eprint/8288>
59. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, et. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19. Resultados Nacionales; 2020. [Citado 2023 Noviembre 10]; 268 p en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2028-nacionales>