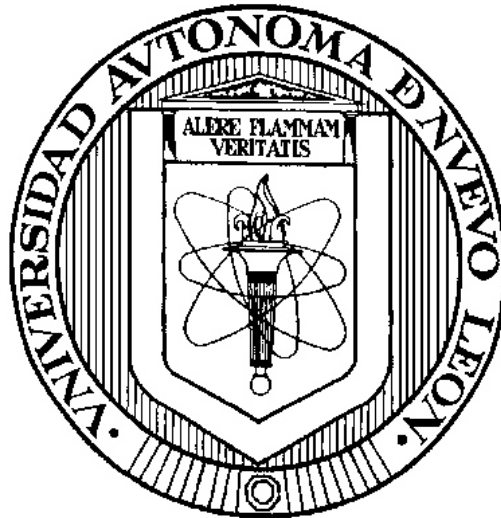


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES

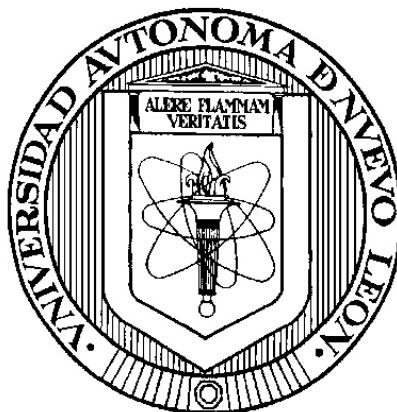
POR

LN. FABIOLA ELIZABETH SOTO MONTERO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

JULIO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES

POR

LN. FABIOLA ELIZABETH SOTO MONTERO

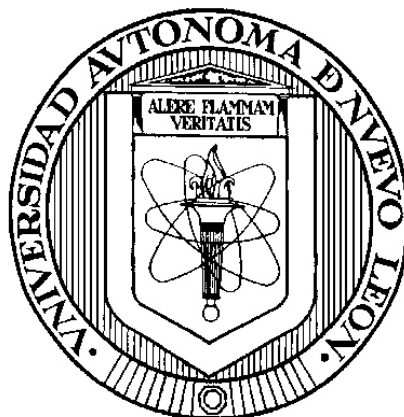
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

DIRECTOR DE TESIS

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

JULIO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES

POR

LN. FABIOLA ELIZABETH SOTO MONTERO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

CO-DIRECTORA DE TESIS

DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO

JULIO, 2017

ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES

Aprobación de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Presidente

Dr. Carolina Valdez Montero
Secretario

Dr. Rogelio Salas García
Vocal

Dr. en CS. Esteban Gilberto Ramos Peña
Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “**ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES**” presentada por la “**Licenciada en Nutrición (LN) Fabiola Elizabeth Soto Montero**”, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a _____ del 2017

Dra. Carolina Valdez Montero

Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Secretario

Dr. Rogelio Salas García

Vocal



DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada “**ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES**” presentada por la **Licenciada en Nutrición (LN) Fabiola Elizabeth Soto Montero**. Con la finalidad de obtener su grado de **Maestría en Ciencias en Salud Pública**.

Sin otro asunto en particular, les envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“Alere Flamman Veritatis”

Monterrey, N.L., a _____ de 2017

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Director de Tesis

Dra. Carolina Valdez Montero

Co-Directora de Tesis

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo durante los 2 años que cursé la Maestría.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Facultad de Salud Pública y Nutrición, por la oportunidad y el apoyo brindado.

A la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), especialmente la Facultad de Psicología, por permitirme realizar mi estancia de investigación y transmitirme sus conocimientos.

A mi director de Tesis, el Dr. Milton C. Guevara Valtier por todo su apoyo, paciencia y consejo durante el transcurso de la maestría y por guiarme en todo momento para que este proyecto se lograra.

A la Dra. Carolina Valdez Montero por su tiempo y su apoyo durante los dos años del posgrado que fueron esenciales para finalizar este proyecto.

Al Dr. Estaban G. Ramos Peña, por ser el mejor profesor que he tenido a lo largo de mi vida estudiantil y un ejemplo a seguir.

A la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha, Coordinadora de la MCSP, por sus enseñanzas y sus recomendaciones.

A la Dra. Marisol Mora Giral, por recibirme, apoyarme e involucrarme en sus proyectos durante el tiempo que estuve de estancia.

A todos los maestros del cuerpo académico de la MCSP por compartir sus valiosos conocimientos.

A la Universidad Autónoma de Sinaloa por brindarme su apoyo para entrar al Hospital General de Los Mochis a recolectar mis datos.

A mis compañeros(as) de generación, en especial a Astrid Garza, Daniela Estrada, Manuel Gómez y Brenda Acosta, por estar conmigo y apoyarme en momentos difíciles. A Ulises y Ana Victoria que pudieron acompañarme en el trabajo de campo. ¡Gracias!

Dedicatoria

A Dios.

A mis padres Dora Luz Montero y Enrique Soto.

A mis hermanas Lizeth, Maria y Carolina, mis mejores compañeras de vida.

A mis sobrinos Sebastian, Angel Dahen, Angel Jose, Danna Sofia y Jaime Enrique.

A mis cuñados Angel(+), Christian y Jaime.

A mis mejores amigas, por estar siempre conmigo Carolina Aranzubia y Aracy Laurian.

A mi mejor consejero y amigo de siempre Martin Serrano.

A mis mejores amigos por su apoyo Oscar Hamasaki y Arturo Ascencio.

A mi mejor amiga y compañera de maestría y aventuras Astrid Garza.

A todos los que fueron parte importante en algún punto de este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	
1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Marco Teórico/Conceptual.....	3
1.2.1 Composición Corporal.....	3
1.2.2 Índice de Masa Corporal	4
1.2.3 Autoimagen	6
1.2.4 Imagen corporal distorsionada	7
1.2.5 Autoestima	7
1.2.6 Función Sexual.....	9
1.3 Antecedentes	10
1.3.1 Índice de Masa Corporal	10
1.3.2 Autoimagen	12
1.3.3 Autoestima	16
1.3.4 Función Sexual.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
3. JUSTIFICACIÓN.....	25
4. HIPÓTESIS.....	26
5. OBJETIVOS.....	27
5.1 Objetivo general.....	27
5.2 Objetivos específicos	27
6. METODOLOGÍA	28

6.1	Diseño del estudio	28
6.2	Universo de estudio	28
6.3	Población de estudio.....	28
6.3.1	Criterios de selección	28
	Criterios de inclusión	28
	Criterios de exclusión	28
	Criterios de eliminación	28
6.4	Técnica muestral.....	29
6.5	Cálculo del tamaño de la muestra.....	29
6.6	Variables	30
6.7	Instrumentos de medición	35
6.8	PROCEDIMIENTOS	37
6.9	Plan de análisis.....	38
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
8.	RESULTADOS.....	40
9.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	48
10.	CONCLUSIONES	52
11.	REFERENCIAS	54
	ANEXOS A CUESTIONARIO/INSTRUMENTO DE COLECCIÓN DE DATOS.	62
	ANEXO B. Carta de consentimiento informado	71

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Interpretación del índice de masa corporal	5
2. Características sociodemográficas de las participantes	40
3. Características clínicas de las participantes	41
4. Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach	41
5. Porcentaje de prevalencia en IMC en mujeres	42
6. Porcentaje de imagen corporal percibida y deseada	42
7. Porcentaje de nivel de autoestima	43
8. Porcentaje de función sexual adecuada y riesgo a disfunción sexual	43
9. Medidas de tendencia central de dispersión y prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors	44
10. Relación entre el IMC y función sexual en mujeres	45
11. Relación entre la autoimagen y la función sexual en mujeres	45
12. Relación entre la autoestima y la función sexual en mujeres	46
13. Regresión lineal simple de índice de masa corporal y autoestima en línea con función sexual	46

RESUMEN

LN. Fabiola Elizabeth Soto Montero
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Julio

Título del Estudio: ÍNDICE DE MASA CORPORAL, AUTOIMAGEN,
AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 74

Propósito y Método del Estudio: El objetivo del estudio fue determinar si el índice de masa corporal, la autoimagen y la autoestima influyen en la función sexual de las mujeres. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional. El muestreo fue por conveniencia. Se obtuvo una muestra de 300 misma que se estimó mediante un coeficiente de correlación a detectar de .20 y una potencia de 90%. Se aplicó una Cédula de Datos Personales (CDP) y los instrumentos Índice de Masa Corporal y Percepción de la Imagen Corporal (IMCYPIC; Osuna y Hernández, 2006), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965) que reportó un Alpha de Cronbach de .87 y el índice de Función Sexual Femenina (IFSF; Rosen et al., 2000), con un Alpha de Cronbach de .97. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se usó estadística no paramétrica por la distribución de los datos, para dar respuesta a los objetivos e hipótesis se utilizó la prueba de correlación de Spearman y Modelo de Regresión Lineal Simple.

Contribuciones y Conclusiones: La mayoría de las participantes tuvieron su índice de masa corporal elevado ($\bar{x}=29.50$, $DE=5.50$), la media del IFSF fue de 64.36 ($DE=27.35$, rango 0.00–100), la mayoría de las participantes refirió tener una autoestima elevada (71.3%, $DE=4.61$). No se encontró relación entre el índice de masa corporal y la autoimagen con la función sexual ($r_s=0.057$, $p=.324$); ($r_s=-.070$ $p=.229$), se encontró relación positiva y significativa entre la autoestima y la función sexual ($r_s=0.295^{**}$, $p<.01$). Con respecto a la autoimagen, la mayoría de las mujeres refirió percibirse en un peso más bajo del que realmente tenían. Se concluye que la mayoría de las participantes se encontraban en sobrepeso y obesidad, tenían ausencia de riesgo de disfunción sexual y alta autoestima. De las participantes que presentaban y se percibían en obesidad deseaban reducir su índice de masa corporal.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El climaterio constituye un periodo fisiológico de grandes cambios en la mujer que se encuentra caracterizado por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva, mismo que da inicio con el decline de la función ovárica. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) señala que el climaterio se presenta entre los 45 y 59 años de edad y en ocasiones puede aparecer a edades más tempranas de entre 35 a 40 años. En la actualidad las tendencias demográficas mundiales, se encuentran destacadas por el envejecimiento poblacional de las últimas décadas. A nivel mundial en pocos años será posible alcanzar 750 millones de mujeres en etapa de climaterio (OMS, 2010). De acuerdo a las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2015) en México la población era de 119 millones 530 mil 753 habitantes, de los cuales 61 millones eran correspondientes al género femenino y más de 7 millones (INEGI, 2010) se encontraban entre los 35 a 59 años de edad, en Nuevo León la mujeres correspondientes a esa edad en 2015 era de 806 690 valores que van en incremento.

Durante la etapa ocurren diversos cambios a nivel biológico y psicológico a causa de un decline hormonal, que trae consigo síntomas como bochornos, cambios metabólicos y anímicos, disminución de la libido y malestares sexuales, deteriorando significativamente la sexualidad de la mujer, la ganancia de peso y el desarrollo o agravamiento de la obesidad se encuentra favorecida a causa de un hipoestrogenismo y en otros casos a la edad, lo que puede asociarse a consecuencias adversas para la salud (Paz, Hernando y Roldan, 2006). Por otra parte factores asociados a la vulnerabilidad psicológica pueden llevar al desarrollo de conductas de riesgo de estilo de vida alteradas, sugiriendo en algunos casos la existencia de dificultades sexuales y psicosociales (Baile y Osorio, 2008).

Así mismo, Allaz, Bernstein, Rouget, Rouget, Archinard y Morbia (1998), demostraron en su estudio que un alto porcentaje de mujeres no se encuentran

satisfechas con su cuerpo o con alguna parte del mismo, por lo que la insatisfacción puede jugar un papel como inhibidor, interfiriendo en sus experiencias sexuales. La insatisfacción con el propio cuerpo es sólo una faceta de la autoimagen en relación a la insatisfacción con aspectos particulares del mismo originando una mayor tendencia a presentar disfunción sexual, autoimagen negativa y dificultades en sus relaciones (Courtney, Gamboz & Johnson, 2008).

En un estudio realizado por Kolotkin, Binks, Crosby, Ostbye, Gress y Adams (2006) encontraron que un mayor índice de masa corporal (IMC) se asoció con mayores impedimentos en la calidad de la vida sexual. Por otra parte, Casamadrid (1998) señala que el climaterio constituye una etapa en donde la mujer tiene que realizar ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional, ya que este se ve afectado por situaciones como la pérdida de características femeninas que son muy valoradas por la sociedad, crisis familiares o prejuicios sociales hacia el climaterio, estos acontecimientos se presentan en la adultez media y junto con la menopausia pueden actuar como desencadenantes de estrés, afectando la salud física y psicológica de la mujer (Sánchez, 1996). A su vez, los cambios psicológicos experimentados en la etapa, manifiestan una relación con la depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio o sentimientos negativos, al sentirse menos femenina o menos deseada, que pueden repercutir en un deterioro de la función sexual por la pérdida de la confianza en sí misma.

De acuerdo a los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la OMS (2010) nada debe impedir que la mujer en la etapa del climaterio sea mental y sexualmente sana. Por ello es importante el estudio de todos aquellos elementos que permitan la plenitud de sus posibilidades físicas, psíquicas y sociales en esta etapa de la vida (Capote, Segredo y Gómez, 2011). Por lo anterior, es importante un abordaje integral sobre la función sexual en la mujer en esta etapa tan llena de cambios, que reconozca su importancia como un elemento que proporciona calidad de vida en las mismas. Tanto el IMC, como la

autoimagen, la autoestima y la sexualidad se encuentran moldeados por experiencias de origen intrapersonales, interpersonales y sociales. Sin embargo a pesar de la relación existente entre las mismas, los estudios se encuentran limitados específicamente en esta población, por tal motivo, el objetivo general del presente estudio fue describir si el IMC, la autoimagen y la autoestima influyen en la función sexual de las mujeres en etapa de climaterio.

1.2 Marco Teórico/Conceptual

1.2.1 Composición Corporal

La composición corporal puede definirse como el fraccionamiento del peso corporal en compartimentos (Berral y Cols, 2001).

Es posible estudiar la masa corporal en diferentes niveles ya que son distintos e independientes, los cuales son responsables de conformar el organismo humano, iniciando con el modelo anatómico (iones, oxígeno, carbono e hidrógeno), celular (iones, masa celular, fluido extracelular), modelo molecular (iones, agua, lípidos, proteínas, glucógeno y minerales) o en un modelo tisular (iones, sistema musculoesquelético, tejido adiposo, hueso; Wang y cols, 1992; Ellis, 2000).

La valoración de la masa magra (MG), masa libre de grasa (MLG), y agua corporal (ACT), da apertura a una adecuada caracterización de la composición corporal, en conjunto con la temprana asociación de posibles riesgos de enfermedades crónicas como la obesidad por algún exceso o deficiencia de los mismos. La evaluación de la composición corporal se puede realizar de diferentes maneras, una de ellas es mediante el IMC mismo que representa el método más aceptado para la valoración de la grasa corporal, y por otra parte mediante la impedancia bioeléctrica (BIA), la cual permite determinar la composición corporal mediante la aplicación de un nivel bajo de corriente eléctrica que pasa por el cuerpo de un individuo utilizando dos o más

electrodos. Una corriente eléctrica pequeña y constante fluye entre los electrodos mismos que toman la señal de voltaje desde la superficie corporal del sujeto. El voltaje detectado se expresa en impedancia (ohms, Ω). La técnica BIA se encuentra fundamentada en el hecho de que los tejidos magros se componen de un alto contenido en agua y electrolitos y funcionan muy bien como conductores eléctricos. En comparación, la materia grasa consta de un bajo contenido de ACT, por lo que no es posible su función como conductor de las señales eléctricas (Morales, 2009). El error de la mayoría de los equipos es menor de .5% (Sánchez y Barón, 2009).

1.2.2 Índice de Masa Corporal

El IMC, o también denominado índice de Quetelet, es el indicador recomendado por la OMS para evaluar antropométricamente el estado nutricional de una población, por su simpleza, bajo costo y adecuada correlación con la grasa corporal total (Aguilar, Mosquera y Ortega, 2011), el mismo aparece por primera vez en la obra de su creador, Alphonse Quetelet *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai d'une physique sociale* (1835), que resume sus investigaciones en estadística aplicada a variables antropométricas y del comportamiento social. De acuerdo a la OMS (2015), el IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que frecuentemente se emplea para identificar sobrepeso y obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, mientras que un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. La interpretación del mismo se ilustra en la tabla I.

Puntos de Corte	Clasificación
< 18.5	Bajo Peso
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad grado I
35.0-39.9	Obesidad grado II
≥ 40	Obesidad grado III

Tabla 1. Interpretación del IMC, Organización Mundial de la Salud (2010).

El IMC, proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, ya que se emplea la misma técnica para los adultos de todas las edades. Como inconveniente presenta que no proporciona valores métricos de la composición corporal, específicamente de la MG ó MLG. El IMC no identifica si el peso proviene del músculo o de la grasa, por lo que debe investigar la composición corporal. También es importante la interpretación de los puntos de corte del IMC en asociación a otros factores de riesgo. El sobrepeso tiene un componente genético, pero su prevalencia ha aumentado dramáticamente en los últimos años esto se debe a factores ambientales (Ravussin & Bogardus, 2000). Actualmente el entorno se encuentra designado como generador de obesidad, la susceptibilidad al aumento de peso y al sobrepeso se puede entender en varios niveles, que van desde el nivel genético, fisiológico, metabólico, hasta el comportamiento y el psicológico (Blundell et al., 2005). Durante el periodo del climaterio, frecuentemente las mujeres experimentan aumentos de peso por múltiples causas, entre las que se encuentran el decline de estrógeno, causando aumento de masa grasa y disminución de músculo, cambios como falta de sueño, un aumento de la ingesta y una disminución del gasto energético también puede crear variaciones en el peso, de acuerdo a estudios los trastornos sexuales se encuentran relacionados con el sobrepeso y la obesidad así como con las enfermedades que se derivan de los mismos. Por lo mencionado anteriormente, es importante el estudio de las posibles repercusiones que puede llegar a desarrollar sobre su sexualidad la mujer en etapa de climaterio, si se encuentra en un IMC mayor a lo indicado de acuerdo a su edad y estatura.

1.2.3 Autoimagen

La autoimagen se encuentra definida como un constructo complejo que abarca la percepción que uno mismo tiene sobre su cuerpo, así como cada una de sus partes, tomando en cuenta el movimiento y límites del mismo, incluyendo la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones (Raich, 2000). Alfred Adler, fue el pionero y auténtico maestro del estudio de la autoimagen, mismo que observó cómo determinados pensamientos o sentimientos sobre uno mismo tienen la capacidad de originar un sentimiento de inferioridad. Por otra parte, el concepto de la conciencia corporal conceptualiza los fenómenos de cuerpo-mente, y explica que el cuerpo es una estructura tridimensional compuesta de funciones que engloba la percepción, la interpretación y la regulación de las experiencias corporales, después el sentido de representación de la identidad física y las representaciones como la imagen corporal (Cash, 2002), por lo que el propio cuerpo se ve representado por un subsistema de la personalidad que se encarga de procesar experiencias corporales a un nivel mental.

El concepto de autoimagen ha resultado difícil de concretar, Cash & Pruzinsky (1990) mencionan que se debe a que ha tenido diversos significados para diferentes científicos, lo cual influye con respecto a la medición y evaluación. Sin embargo otros autores consideran que la autoimagen es un concepto más complejo que abarca múltiples dimensiones de la experiencia humana (Cash & Pruzinsky, 2002). Los síntomas que afectan la sexualidad durante el climaterio son altamente prevalentes. De acuerdo a Accard et al. (2000), las mujeres que están insatisfechas con su cuerpo refieren sentirse menos cómodas y confiadas y más conscientes de su cuerpo durante las relaciones sexuales, por otra parte, Sakson & Wycisk (2015), refieren que estudios teóricos y empíricos frecuentemente destacan cambios negativos en la apariencia y la salud de las mujeres menopáusicas, esto a causa de pérdida de las características femeninas, así como el aumento de peso y la vejez, impactando negativamente en la autoimagen de las mismas.

1.2.4 Imagen corporal distorsionada

El termino imagen corporal distorsionada, hace referencia a la alteración que el individuo tiene sobre su propia imagen corporal de acuerdo a la estimación del tamaño, ya que, la imagen formada en la mente, no necesariamente representa a la corporal, cuando la imagen corporal no coincide con el cuerpo es posible que exista una distorsión de la misma (Bobadilla y López, 2013).

Por otra parte, la insatisfacción corporal, hace referencia a la alteración de la imagen y se encuentra estrechamente relacionado con factores de tipo cognitivo, emocionales, afectivos y conductuales, dando como resultado pensamiento o actitudes negativas hacia el tamaño a la forma corporal, los cuales se pueden relacionar con problemas de autoestima, depresión y por consecuente llegar a afectar la salud sexual de la mujer.

Existen pues, numerosos estudios utilizados actualmente en este campo, Paz, Hernando y Roldán (2006), han investigado que la menopausia es una de las etapas críticas de la vida de la mujer ya que viene acompañada además de cambios psicológicos, cambios metabólicos, favoreciendo a la ganancia de peso y/o desarrollo o agravamiento de la obesidad, por lo que se denomina que en esta etapa de la mujer existe una elevada prevalencia de obesidad, lo que puede llevar consigo distorsión en su imagen corporal e insatisfacción de la misma causando importantes problemas a nivel emocional tales como baja autoestima, inseguridad, depresión, ansiedad, incomodidad con su cuerpo, en general una autoestima negativa (Ortiz, 2010).

1.2.5 Autoestima

La autoestima se define por Rosenberg (1965) como una actitud o sentimiento que puede ser positivo o negativo hacia sí mismo que se basa en la evaluación se las características propias, incluyendo sentimientos de satisfacción. A su vez, el termino se aproxima que se originó en el siglo XX y se

encontraba en vinculación con las teorías históricas del “Self” (Campbell, 1999), el valor que se asigna depende directamente de la capacidad de juzgarse o rechazarse a sí mismo y que puede ser un factor que dañe al individuo (Valsamma, 2006). Por lo tanto se trata de un aspecto evaluativo del autoconcepto derivado de un conjunto de pensamientos y sentimientos que se refieren a uno mismo, y puede traducirse a una aprobación o depreciación (Kernis, 2005). La autoestima consta de dos componentes: la autovalía; descrita como la confianza que una persona tiene sobre sí misma sobre su razonamiento, sus habilidades de pensar, así como sus intereses y necesidades y por otra parte el auto-respeto; referido a la valía personal y al derecho a ser feliz y a la vida (Rosenberg, 1983).

El climaterio se caracteriza por ser una etapa de cambios para la mujer, por lo que el concepto de sí mismas se encuentra estrechamente influido por sus actitudes y expectativas, mismos que pueden favorecer a posibles apariciones psicopatológicas por la pérdida de algunas de sus características femeninas como la capacidad de reproducirse. Por otra parte durante esta etapa existe una mayor predisposición al acumulo de grasa creando una insatisfacción corporal y por ende una baja autoestima, misma que se encuentra asociada a un humor negativo, depresión o ansiedad (Heartherton & Wyland, 2003). Investigadores como Hesketh, Wake & Waters (2004), han encontrado relación entre la adiposidad y la autoestima cuando el principal aspecto a valorar es la imagen corporal.

La calidad de las relaciones sexuales se encuentra estrechamente ligada con la autoestima de las mujeres, estudios recientes (Kolotkin, et al, 2006), señalan que el peso corporal y el funcionamiento sexual dan indicios a que tanto el orgasmo como el IMC, se encuentran correlacionados negativamente, con bajos niveles de autoestima e insatisfacción en la propia imagen corporal, también señala que las mujeres que tienen obesidad padecen de una mayor dificultad en sus vivencias sexuales.

1.2.6 Función Sexual

De acuerdo Dirección General de Salud (2001), la salud sexual se encuentra estrechamente vinculada con la salud tanto física como mental, como ambos factores que tienen la capacidad de contribuir a la disfunción sexual y a otros trastornos tanto físicos y mentales. A su vez, la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer ya que es el reflejo de su nivel de bienestar psicológico y social, (Botros, et al 2006). El funcionamiento sexual femenino describe un conjunto de factores que se relacionan con el deseo sexual, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor sexual (Spector y Carey, 1990).

En un estudio, Blümel et al., (2002) dieron a conocer que los trastornos de la sexualidad afectaban alrededor del 50% de las mujeres de edad media, donde se encontró que un 43% de las mujeres de entre 18 y 59 años padecían de trastornos de la respuesta sexual, mientras que del 11 a 33% estaban dentro de una categoría de algún problema en específico. El International Consensus Development Conference of Female Sexual Dysfunctions (ICDCFSD) en el año 2002 desarrolló una nueva clasificación, ya que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) únicamente se basaba en el aspecto psicológico de la mujer; manteniendo las cuatro áreas básicas y agregando dos más: lubricación y satisfacción. Rosen y cols (2000), desarrollaron un instrumento donde incluía la clasificación del ICDCFSD, que es auto administrado, con la finalidad de evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. El instrumento fue denominado como “Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.

Una etapa en la que la sexualidad se ve seriamente deteriorada es durante el climaterio. Blümel et al., (2000) encontraron que durante la misma el riesgo de padecer alguna disfunción sexual se triplicaba, debido a lo múltiples cambios que experimentan en la etapa que va desde factores endocrinos, hasta

psicológicos donde la percepción de la autoimagen juega un papel fundamental. Durante los últimos años, el estudio de factores como la percepción corporal en conjunto con la sexualidad ha aumentado significativamente, como lo refiere la investigación de Woertman & Brink, (2012), donde realizaron una revisión de 57 estudios sobre la relación existente entre la imagen corporal y la sexualidad en mujeres sanas, teniendo como conclusión que los problemas de autoimagen pueden llegar a afectar todos los aspectos que engloba la función sexual debido a la autoconciencia que tienen sobre su propio cuerpo. A su vez, los pacientes con obesidad frecuentemente experimentan disfunción de la imagen corporal y baja autoestima que repercute en la calidad de la relación sexual por la estrecha relación que existe entre ellas, de acuerdo a Ambler, Bieber & Diamond (2012), un IMC elevado se asocia con mayores deficiencias en la calidad de vida sexual, a su vez la obesidad provoca graves problemas psicológicos por una imagen negativa sobre el propio cuerpo. La sexualidad es un componente importante en la vida de las mujeres en etapa de climaterio, por lo que es fundamental la inclusión de criterios tanto psicológicos como orgánicos, para lograr tener una mejor definición o concepto sobre lo que es la disfunción sexual, que cada vez va en aumento.

1.3 Antecedentes

1.3.1 Índice de Masa Corporal

Jamali, et al (2014), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de la disfunción sexual femenina y la relación entre la función sexual y el IMC en las mujeres, fue realizado en Irán a 502 mujeres que habían asistido a la clínica Honorée, Jahrom en Irán entre abril de 2012 y diciembre de 2012. Las mujeres fueron clasificadas en tres grupos de acuerdo con el IMC: 20 a 24.9 (Grupo I), 25-29.9 (Grupo II), y > 29,9 y superior (Grupo III). Se utilizó el cuestionario “The Female Sexual Function Index (FSFI)” con el fin de evaluar los problemas sexuales. La edad media de las mujeres que participaron fue de 30 años teniendo como resultado que 430 mujeres (87.1%) tenían disfunción

sexual, la tasa de la disfunción sexual entre las mujeres infértiles fue de 23.30%, 31.47%, 45.23% en los grupos I, II, y III, respectivamente, tomando en cuenta el IMC, la puntuación FSFI fue $21,65 \pm 1,70$, con peso normal, $18,08 \pm 1,52$ en las mujeres con sobrepeso, y de 12.21 ± 3.62 en mujeres obesas y mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Por otra parte, alrededor de 70.8% de las mujeres infértiles (355 de 502) refirió "nunca o casi nunca" tener una sensación de deseo sexual, mientras que un 64.4% (324) informaron "nunca o casi nunca" tener excitación durante la actividad sexual, un 60.4% (303), no habían experimentado orgasmo en los absoluto, 36,6% no tenía lubricación durante la actividad sexual y el 48,9% refirieron tener dolor durante la actividad sexual. Según los resultados, la media y la desviación estándar de la puntuación FSFI para las mujeres infértiles primarias y secundarias fue $16,18 \pm 4,22$ y $16,49 \pm 5,15$, respectivamente; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los resultados del estudio mostraron una diferencia significativa entre los tres grupos de estudio en relación con el IMC, teniendo en cuenta el IMC, 24.3% de las mujeres tenían un peso normal, 31.5% tenía sobrepeso y el 44.2% eran obesas. Como conclusión se obtuvo que la prevalencia de disfunción sexual en mujeres infértiles era muy elevada, en este estudio, el sobrepeso y la obesidad basada en el IMC tuvo un efecto negativo sobre la función sexual de la mujer infértil.

Bielecka, et al (2015), realizaron una investigación con el objetivo de investigar la influencia del sobrepeso y la obesidad sobre la sexualidad femenina durante el período de la perimenopausia, la investigación fue llevada a cabo en el departamento de Perinatología y Ginecología de la Universidad de Ciencias Médicas de Poznan, el examen de la función sexual se realizó por medio del cuestionario del IFSF, a 61 mujeres durante el período de la perimenopausia con una media de edad de 51 años, en donde 42 de las mujeres examinadas tenían un apropiado IMC de entre 18.5 y 25, mientras en 19 de las mujeres, el IMC era superior a lo normal, un valor fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$), los resultados de la investigación llevada a cabo indicaron que hay diferencia entre las mujeres con diferentes

IMC para los dominios específicos de la prueba FSFI, a su vez los resultados mostraron que la investigación necesita ser continuada, como conclusión se tuvo que todos los estudios científicos existentes hasta ahora parecen indicar que la influencia del sobrepeso y la obesidad en la sexualidad femenina durante la perimenopausia todavía no se ha demostrado, sin embargo, los trastornos sexuales aparecen en mujeres en este momento de la vida y los factores que los determinan pueden variar mucho.

1.3.2 Autoimagen

Esposito *et al.* (2007) realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar la relación entre el peso corporal, la distribución de la grasa corporal y la función sexual en mujeres. Se elaboró en mujeres sanas, de 52 años y con valores anormales en la puntuación del índice de la función sexual femenina (FSFI). Las mismas fueron comparadas con otras 66 mujeres del grupo control, de la misma edad que estaban en menopausia. Ninguna mujer tenía ninguna enfermedad. El índice de la función sexual femenina (IFSF) tuvo una correlación fuerte con el IMC, ($r = -0.72$, $p = 0,0001$), pero no con la relación cintura-cadera ($r = -0.09$; $p = 0.48$), en mujeres con disfunción sexual. De los 6 parámetros de la función sexual, el deseo y el dolor no se correlacionaron con el IMC, mientras que la excitación ($r = -0.75$), la lubricación ($r = -0.66$), el orgasmo ($r = -0.56$) y la satisfacción ($r = -0.56$, todas las $p < 0.001$) sí se correlacionó. La puntuación del IFSF fue significativamente menor en las mujeres con sobrepeso, en comparación con las mujeres de peso normal. Como conclusión se encontró que la obesidad afecta en varios aspectos de la sexualidad, tanto en mujeres sin disfunción sexual como a aquellas que si padecían con disfunción sexual.

Pazmany *et al.* (2013), realizaron un estudio con el objetivo de examinar si las cogniciones de auto-imagen sobre la penetración vaginal, la imagen corporal y sentimientos y creencias acerca de los propios genitales contribuyen a la variación en el dolor, la función sexual, y la angustia sexual, el estudio fue realizado en 231 mujeres premenopáusicas con una media de edad de 24.85,

±: 5,55, por medio de un auto reporte sobre las cogniciones de la autoimagen sobre la penetración vaginal, el dolor durante el coito, el funcionamiento sexual (sin la subescala del dolor), angustia sexual, ansiedad y el catastrofismo, teniendo como resultado que el control de la ansiedad y el catastrofismo, así como las cogniciones de auto-imagen negativa, acerca de la penetración vaginal, una autoimagen negativa representaron una parte de la variación en el aumento de la intensidad del dolor, la disfunción sexual y la angustia sexual, sin embargo únicamente las cogniciones de autoimagen sobre la penetración vaginal ($\beta = 0.25$, $p = 0.005$) contribuyeron a la variación en la intensidad del dolor, mientras que las cogniciones auto-imagen sobre la penetración vaginal ($\beta = -0.18$; $p = 0.048$) y auto-genital imagen ($\beta = 0.21$, $p = 0.008$) contribuyó de forma independiente a la variación en el funcionamiento sexual. Por último, las cogniciones autoimagen sobre la penetración vaginal ($\beta = 0.28$, $p < 0.001$), la imagen corporal ($\beta = 0.24$, $p < 0.001$) y la autoimagen genital ($\beta = -0.14$; $p = 0.006$) contribuyeron cada uno de forma independiente a la variación en la angustia sexual. Como conclusión se tuvo que las cogniciones de autoimagen sobre la penetración y los sentimientos y creencias sobre el propio cuerpo y los genitales se asocian con los resultados de dolor en mujeres con dispareunia.

Se realizó un estudio por parte de Rodríguez, Carballo, Falcón, Arias y Puig (2010), con el objetivo de determinar la correlación existente entre la autopercepción de la imagen corporal y el IMC en mujeres, fue de tipo transversal en mujeres de 25 a 55 años que no presentaran ningún tipo de discapacidad física y no estuvieran embarazadas, adscritas a una unidad de primer nivel de atención en Cosoleacaque, Veracruz en el periodo de febrero a mayo, se les entrevistó e interrogó sobre características sociodemográficas, antecedentes personales patológicos y actividad física, posteriormente se les tomaron mediciones antropométricas, así como una evaluación de la autopercepción de la imagen corporal mediante un instrumento, teniendo como resultado que la edad media de edad ($DE= 37 \pm 9.4$), el 53.3% pertenecientes al área rural, predominando las mujeres casadas con 71.7%, el 43.3% cursó algún grado de primaria, mientras que el 82.5% se dedicaba a labores del

hogar, la media del IMC fue de $28.78 \pm 5.57 \text{ kg/m}^2$, el 38.3% de las mujeres presentó sobrepeso (SP), mientras que el 39.2% presentó obesidad (OB), la correlación existente entre la autopercepción de la imagen corporal y el IMC fue de 58%, misma que disminuyó de acuerdo al grupo de peso, en mujeres con peso normal (NL) fue 62%, en mujeres con SP 28%, y en mujeres con OB 21%, teniendo como conclusión que la correlación existente entre la autopercepción y el IMC es menor que presente en estudios previos, y se encuentra mayor en aquellas con OB que en las que cuentan con un peso NL, también se logró identificar que las mujeres que contaban con SP u OB, se percibían en peso NL.

Pérez y Romero (2012), realizaron una investigación cuali-cuantitativa con el objetivo de conocer la manera en que las mujeres que viven en zonas rurales perciben su cuerpo, se encuestaron y midieron a mujeres entre 15 y 60 años pertenecientes a 3 zonas rurales de México, 115 mestizas de cuatro comunidades de la costa oaxaqueña (Santa Rosa, Chacalapa, La Luz y Palma Sola), más 41 de Tzibantzá, Querétaro, y 49 de Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, a las cuales se les interrogó acerca de su percepción corporal, observando una disminución de la normalidad al comparar su IMC con el autopercebido; un aumento del número de mujeres en los rubros de desnutrición al comparar su IMC con su percepción; y una disminución del sobrepeso percibido en los grupos de mujeres oaxaqueñas. Se detectó un anhelo por la delgadez corporal en alrededor de 50% de las mujeres encuestadas, Las mujeres de la costa son las que menos aceptaban su cuerpo (40%), siguiendo las de Mixquiahuala (31%). Se tuvo como conclusión la necesidad de profundizar en el tema de la percepción corporal con la finalidad de incorporar, desde otra perspectiva, el tema del cuerpo en los estudios alimentarios y nutricionales. La imagen corporal es una experiencia fundamentalmente subjetiva, por lo que requiere partir de premisas epistemológicas y metodológicas diferentes.

Soto, et al (2015), realizaron una investigación a estudiantes de entre 17

y 35 años, a los cuales se les aplicó un instrumento para conocer la percepción de su imagen corporal, mediante 9 siluetas de hombres y mujeres donde elegían en aquella que más se identificaban y mediciones antropométricas para conocer su IMC, teniendo como resultado que el 35.8% ($n=412$) eran hombres mientras que las mujeres representaban el 64.2% ($n=740$). La edad media de los estudiantes fue de 19,03 años ($DE= 1.55$, $IC= 95\%: 18.94-19.12$), con un rango de edad entre 17 y 35 años. La altura media fue de 167,91 cm ($DE= 9.98$, $IC 95\%: 167.36-168.45$) y el peso medio es de 63,99 kg ($DE= 11.52$, $IC 95\%: 63.33-64.66$), lo que proporcionó un IMC medio de 22,62 kg/m² ($DE= 4.49$, $IC= 95\%: 22.43-22.80$). Todas las medidas fueron inferiores en las mujeres respecto a los hombres, resultando estadísticamente significativas para el IMC y el peso ($p<0.05$). El 76,20% de los estudiantes presentaron normopeso, mientras que el 15.7 % sobrepeso y el 2.7% obesidad. Por otra parte en menor proporción un 5.5% presentaron peso insuficiente. Respecto a la percepción de imagen corporal, un 55.6% de los estudiantes tuvo una percepción distorsionada de su imagen corporal, es decir, no se identificó con la figura anatómica que representaba su IMC, un 40.9% se identificó con siluetas de mayor IMC, sobreestimando su IMC, y un 14.7% con siluetas de menor IMC, subestimando su IMC. De acuerdo a la percepción de imagen corporal (PIC) en función del IMC, el 43.0% de los estudiantes que presentaban normopeso, se veían tal y como eran, y un 47.8% sobreestimaban su IMC. De los estudiantes con sobrepeso, el 62.8%, se identificaban como tal, un 33.3% se identificaban con siluetas de menor IMC y únicamente el 3.8% señalaban siluetas de mayor IMC. Entre los estudiantes con obesidad, el 89.7% subestimaban su IMC. Respecto a los estudiantes con peso insuficiente, el 72.1% se identificaron con siluetas de mayor IMC. Resultados estadísticamente significativos considerando el total de estudiantes ($p<0,05$), como conclusión se tuvo que un elevado porcentaje de universitarios tenían una PIC que no se correspondía con la realidad, donde predominó la alteración de la percepción de imagen corporal en mujeres, mientras que los hombres lo subestimaban.

1.3.3 Autoestima

García y Hernández (2012), realizaron un estudio teniendo como objetivo evaluar los niveles y la relación de la imagen corporal, el funcionamiento sexual, la autoestima y el optimismo en un grupo de mujeres con cáncer de mama, se utilizó una muestra de 79 mujeres en Monterrey, Nuevo León en diferentes hospitales del área metropolitana, encontrando un nivel bajo de alteración en la imagen corporal y funcionamiento sexual, así como un nivel alto de autoestima y de optimismo. El análisis de correlación muestra relaciones significativas entre la imagen corporal, la autoestima ($r = -.386, p < .01$) y el optimismo ($r = -.473, p < .01$), entre la autoestima y el funcionamiento sexual ($r = .384, p < .01$) y optimismo ($r = .406, p < .01$), y entre el optimismo y la subescala de imagen corporal ($r = .384, p < .01$). Como conclusión se tuvo que la autoestima y el optimismo se muestran como factores que influyen sobre la imagen corporal y el funcionamiento sexual.

En la presente investigación Drobnjak, Atsiz, Ditzen, Caffier & Ehlert (2014), tuvieron como objetivo evaluar cómo el estado de posmenopausia y la autoestima interactúan para determinar los patrones de alimentación en las mujeres de mediana edad, se realizó una encuesta en línea a 318 mujeres premenopáusicas y 250 posmenopáusicas de edades comprendidas entre 40 y 66 años, evaluando su conducta alimentaria mediante el cuestionario EDE-Q, la autoestima fue evaluada mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), y reportaron su peso, talla e índice cintura cadera (ICC), teniendo como resultado que el 15,7% de las participantes mostraron puntuaciones clínicamente significativas en la ingesta restringida, las mujeres posmenopáusicas mostraron puntuaciones significativamente más altas en la subescala de la ingesta restringida en comparación con las mujeres premenopáusicas, pero cuando se controla por el IMC, sin embargo, este hallazgo no fue significativo. Otros análisis exploratorios sugieren que los niveles particularmente altos o bajos de autoestima están asociados con la ingesta restringida. La autoestima puede servir como mediador entre el estado

menopáusico y la restricción a comer, sin embargo los resultados de estos análisis adicionales fueron inconsistentes, a su vez, se mostró que la autoestima disminuye en las mujeres postmenopáusicas ($p = 0.023$) y no se encontraron diferencias significativas entre las variables del comportamiento alimenticio y la preocupación al comer ($p = 0.768$), respecto a la preocupación por la forma corporal ($p = 0.761$) y la preocupación por el peso corporal ($p = 0.936$) se observó en mujeres postmenopáusicas, como conclusión se tuvo particularmente en las mujeres postmenopáusicas que llevan una ingesta alimenticia restringida podrían tener una menor y mayor autoestima.

1.3.4 Función Sexual

El presente estudio realizado por Dombek, Capistrano, Costa & Marinheiro (2016), tuvo como objetivo evaluar la función sexual femenina en mujeres posmenopáusicas con la finalidad de identificar los factores asociados con la disfunción sexual en las mismas, el estudio se llevó a cabo de Agosto-Diciembre de 2013, en 111 mujeres posmenopáusicas que eran sexualmente activas de entre 45 y 65 años, se aplicó un cuestionario semi-estructurado de preguntas detalladas para identificar las variables demográficas, aspectos socioeconómicos y clínicos, así como el IFSF, y la escala de evaluación de la menopausia, teniendo como resultado que el 70.3% de las mujeres presentaba disfunción sexual ($FSFI = <26.6$), resultando afectados los dominios deseo y excitación ($p = <0.01$), por otra parte, el análisis de regresión múltiple reveló que los principales factores de riesgo asociados con la disfunción sexual después en la menopausia fueron: el estado civil (razón de prevalencia (RP)= 1.67; IC=del 95% (IC) 1.17 a 2.39; $P < 0.01$), disfunción urogenital ($RP = 1.08$; 95% IC= 01/03 a 01/12), ($P < 0.00$), cirugía de la vejiga ($RP = 1,35$; IC= 95% 1.09 a 1.66), ($p < 0.01$) y abuso sexual ($PR = 1.45$; IC= 95%: 1.21 a 1.72), ($p < 0.00$), teniendo como resultado una alta disfunción sexual femenina entre las mujeres posmenopáusicas, asociando la disfunción sexual múltiples factores tales como: sociodemográficos, biológicos (disfunciones urogenitales, cirugía de la vejiga), cuestiones psicológicas y abusos sexuales.

La presente investigación realizada por Jamali, Javadpour, Mosalanejad & Parnian (2016), tuvo como objetivo investigar la prevalencia de la disfunción sexual y las actitudes hacia la sexualidad en las mujeres posmenopáusicas entre tres grupos étnicos diferentes en Irán, se trata de un estudio transversal, realizado a 746 mujeres posmenopáusicas de edades entre 50 y 89 años, que refirieron a la clínica Jahrom en 2013, de las cuales 42.4% eran árabes, 33.5% eran Pérsico, y el 24,1% eran Lor, tomando en cuenta las actitudes respecto a la sexualidad y la función sexual, resultando estadísticamente significativo ($p < 0.05$), la edad promedio de las participantes fue de (60.10 ± 6.89) años, y la puntuación media total del cuestionario de IFSF fue de (19.31 ± 8.5) , el 81.5% de las mujeres padecía de disfunción sexual (< 26.55), y únicamente 147 mujeres (18.5%) contaban con una función sexual normal (> 26.55), resultando en 75.3% disfunción sexual en árabes, 83.2% en persas y 86.1% en Lors, la disfunción sexual que se encontró con más prevaecía fue la dispareunia en árabes, en conjunto con trastornos de la excitación en persas y Lors, teniendo como conclusión que la disfunción sexual es considerable entre las mujeres posmenopáusicas.

Se realizó un estudio por parte de Leitão , et al (2014), con la finalidad de investigar la relación entre el nivel de actividad física y la función sexual en mujeres de mediana edad, mediante una muestra de 370 de edad (40-65 años), atendidos en centros de salud públicos en una ciudad brasileña. Se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre las características sociodemográficas, clínicas y de comportamiento, así como el IFSF, la media de edad de las mujeres fue de 49.8 años (± 8.1), de las cuales el 67% presentaban disfunción sexual ($FSFI \leq 26.55$), por otra parte, las mujeres sedentarias tenían una mayor prevalencia (78.9%) de disfunción sexual en comparación con aquellas que eran activa (57.6%) o moderadamente activas (66.7%) ($p = 0,002$). Las mujeres físicamente activas obtuvieron mayor puntuación en todos los dominios de (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y en el total del IFSF (20.9), lo que indica una mejor función sexual que aquellas que tenían actividad moderada (18.8) y sedentarias (15.6)

($p < 0,05$), como conclusión se tuvo que la actividad física parece influir positivamente en la función sexual las mujeres de mediana edad.

Blümel & Col (2004), realizaron un estudio en el Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile, el cual nombraron como IFSF: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Los mismos tuvieron como objetivo aplicar y validar el instrumento "IFSF" en una población chilena, la muestra fue de 383 mujeres sanas con edades de 20 a 59 años y que tenían vida sexual activa, beneficiarias del Centro de Salud "Carol Urzúa". El cuestionario que aplicaron constaba de 19 ítems que se encontraban agrupados en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Como resultado obtuvieron que las mujeres presentes contaban con una edad media ($DE=35.3+-10.9$) años, de las cuales el 50.4% refirieron ser casadas o conviviente (17.0%), con educación media (48.2%). El test tuvo una consistencia interna buena (>0.70). Mostrando que la sexualidad logra su máxima expresión a los 35-40 años (puntaje: $29.1+-4.9$) para posteriormente caer ($21.0+-6.0$), especialmente en dominios como el deseo y excitación. Después de los 44 años el riesgo de disfunción sexual se ve incrementado ($OR= 3.6$ $IC= [2.1- 6.3]$; $p < 0.0001$). La mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo ($OR= 0.45$, $IC= [0.28-0.80]$; $p < 0.005$ y ($OR= 0.58$; $IC= [0.35-0.98]$; $p < 0.05$) respectivamente.

En el presente estudio se tuvo como objetivo investigar la estabilidad de las mujeres en menopausia con respecto a su función sexual, así como la percepción subjetiva de los efectos moderadores de los factores contextuales e interpersonales, la muestra fue de 206 mujeres, mismas que fueron reclutadas a través de ocho clínicas de salud en Rasht. Irán. La evaluación ecológica momentánea fue utilizada para examinar las fluctuaciones del funcionamiento sexual durante un periodo de seis semanas, utilizaron una versión abreviada de cuestionario de IFSF, en donde le incluyeron preguntas por ellos mismos para evaluar la satisfacción de la relación, el rendimiento sexual de la pareja y los niveles de estrés. Los análisis del modelo mixto lineal de dos niveles revelaron

un vínculo entre el orgasmo y la satisfacción de la relación ($\beta= 0.125$) ($p=.074$) el cual varía significativamente entre las mujeres. Los análisis revelaron además una asociación negativa significativa entre el estrés y los seis dominios del funcionamiento sexual de las mujeres. Las mujeres no sólo reportaron diferentes niveles de estrés en el transcurso del plazo de evaluación, pero difieren más entre sí en la cantidad de estrés que experimentaron y lo mucho que esto influyó en su respuesta sexual. El orgasmo y la satisfacción sexual se asociaron significativamente con todos los demás dominios de la función sexual ($p<.001$). Y, por último, una relación entre el rendimiento de la pareja y todos los dominios del funcionamiento sexual de las mujeres ($p <.001$) podrían ser detectados. A excepción de la lubricación ($p=.717$), la satisfacción tuvo un efecto significativo en todos los ámbitos de la respuesta sexual ($p <0.001$). En general, los resultados apoyan el nuevo grupo de criterios introducidos en el DSM-5, denominado "características asociadas", como los factores asociados y factores de la relación. La consideración de estos criterios es importante y necesario para los médicos en el diagnóstico de la disfunción sexual.

Cabral, et al (2012) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la relación entre el nivel de actividad física y la función sexual en mujeres de mediana edad, la muestra fue de 370 mujeres de 40 a 65 años, que se atendían en centros de salud públicos en una ciudad brasileña, se utilizó un cuestionario de Actividad Física y el IFSF, la edad media de las mujeres estudiadas fue de 49,8 años ($DE= 8.1$), y el 67% de ellas presentaban disfunción sexual (IFSF ≤ 26.55), por otro lado las mujeres sedentarias tuvieron una prevalencia más alta (78.9%) de la disfunción sexual en comparación con aquellas activas (57.6%) y las moderadamente activas (66.7%) ($p= 0.002$). Las mujeres físicamente activas obtuvieron mayor puntuación en todos los dominios del cuestionario de función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y la puntuación total de FSFI (20.9), lo que indicó una mejor función sexual que las moderadamente activas (18.8) y las sedentarias (15.6) ($p <0.05$). Como conclusión se tuvo que la actividad física parece influir positivamente en la función sexual en mujeres de mediana edad.

Figueroa, Jara, Fuenzalida, Prado, Flores y Blumel (2009), realizaron un estudio a mujeres para evaluar la sexualidad y diagnosticar la presencia de la disfunción sexual, se seleccionaron a 370 mujeres sanas de edades comprendidas entre 40 y 59 años de edad ($DE= 49 \pm 6$), que acompañaban a los pacientes a servicios de salud pública en Santiago de Chile. Los resultados obtenidos fueron que 56% de las mujeres estaban casadas, 44% eran posmenopáusicas, 6% tomaba terapia de reemplazo hormonal, el 67% eran sexualmente activas, y la disfunción sexual se encontraba presente en el 57% de ellas. 32% de las mujeres de edades comprendidas entre los 40 y los 44 años y el 65% de las mujeres de edades comprendidas entre los 55 y los 59 años, tenía disfunción sexual ($p < 0.01$). En un modelo de regresión logística, el riesgo de disfunción sexual aumenta entre las mujeres que perciben que tienen problemas de salud ($OR= 3.9$), ($IC= 95\%$): 1.1-13.8), las mujeres mayores de 48 años ($OR= 1.9$; $IC=$ del 95% 1.1 a 3.4) y las mujeres que dieron a luz a dos o más hijos ($OR= 1.8$; $IC=$ del 95%: 1.0 a 3.1). Teniendo como conclusión que la mujer en etapa de climaterio tienen una alta prevalencia de disfunción sexual siendo el principal factor de riesgo la edad.

Erbil, et al (2012), llevaron a cabo un estudio para examinar la relación entre la función sexual, IMC y la imagen corporal entre las mujeres. La muestra fue de 193 mujeres. Los datos fueron recogidos a través de los cuestionarios de IFSF y Escala de Imagen Corporal (BIS). La media de la puntuación total FSFI fue 22.62 ($DE= 6.54$, rango de 2.00 a 32.00). La media de la puntuación de BIS fue 145.29 ($DE= 17.73$, rango 93-200). La media del IMC fue de 24.50 ($DE= 3.75$, rango de 16.05 a 35.56). De los seis parámetros de la función sexual, dolor ($r = 0.044$) no se correlacionó con BIS, mientras que el deseo ($r = 0.351$), la excitación ($r = 0.335$), lubricación ($r = 0.242$), el orgasmo ($r = 0,335$), la satisfacción ($r = 0,339$) y FSFI totales ($r = .34$), todas las p fueron < 0.001 . De acuerdo con los grupos de IMC de las mujeres se observaron diferencias significativas en las puntuaciones del BIS ($p = 0.007$), mientras que las

puntuaciones FSFI no se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$). En conclusión, la imagen corporal positiva de las mujeres tuvo un efecto positivo sobre su función sexual, mientras que el sobrepeso y la obesidad basada en el IMC entre las mujeres tuvo un efecto negativo de la imagen corporal de la mujer, pero no tenía ningún efecto en la función sexual de la mujer.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tendencias demográficas mundiales se encuentran destacadas por el envejecimiento poblacional de las últimas décadas y de acuerdo a la OMS (2010), en pocos años será posible observar 750 millones de mujeres en esta etapa. Las estimaciones epidemiológicas disponibles señalan que el 43% de las mujeres se quejan de por lo menos un problema sexual. Los cambios en el funcionamiento sexual son uno de los principales síntomas que experimentan las mujeres en etapa de climaterio, donde intervienen una serie de variaciones hormonales que provocan alteraciones de gran repercusión en su fisiología corporal que puede incluir trastornos del deseo, la excitación, lubricación, orgasmo o dolor durante las relaciones sexuales.

En estudios, Bielecka, Wilczak, Sobkowska, Krawczyk, Mizgier, et al., muestran como las mujeres con percepción de imagen corporal positiva experimentan un efecto positivo durante las relaciones sexuales en comparación con aquellas con percepción negativa; a su vez, los cambios psicológicos experimentados en la etapa, manifiestan relación con la depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio o sentimientos negativos, que pueden repercutir en un deterioro de la función sexual por la pérdida de la confianza en sí misma, afectando la salud mental, y un elevado IMC (sobrepeso u obesidad), repercute en el funcionamiento sexual de la mujer ya que la ganancia de peso es una de las principales preocupaciones en la salud de la misma.

A pesar de la alta prevalencia de disfunción sexual femenina que parece ser superior a la de los hombres, hasta donde se indagó, no se encontraron suficientes estudios en la literatura en relación a IMC, autoimagen, autoestima y función sexual en mujeres. En México, la mayoría de las investigaciones realizadas se enfocan en la edad de aparición de la menopausia y enfermedades que ocurren con más frecuencia durante la etapa, no obstante, se carece de información acerca de los factores relacionados con la autopercepción negativa de la mujer, y si los mismos pueden llegar a afectar

sus experiencias sexuales. Por ello es importante el cuidado integral sobre la función sexual de las mujeres en etapa de climaterio, abordando diversos aspectos como el IMC, la autoimagen y la autoestima, ya que estos podrían influir en la salud de la mujer, reconociendo su importancia como un elemento que les proporciona calidad de vida.

Ante la presencia de esta problemática, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto que tienen el IMC, la autoimagen y la autoestima sobre el funcionamiento sexual de la mujer?

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo Organización Mundial de la Salud, nada debe impedir que la mujer en la etapa de climaterio sea mental y sexualmente sana, sin embargo, pocos son los estudios que exploran lo anterior, si bien, el climaterio engloba un gran número de síntomas, uno de los más frecuentes se encuentra en la sexualidad que puede originarse por cambios endocrinos, pero en donde también influyen factores psicológicos como la percepción de la imagen y autoestima por parte de la mujer.

Tomando en cuenta que la esperanza de vida de la mujer en México es de 77 años de edad, aproximadamente un tercio de sus vidas acontecerá después de este período, por lo que es importante investigar sobre el tema para brindar todas las bases que mejoren su calidad de vida, así mismo, los estudios enfocados a la percepción de la imagen corporal de la mujer en conjunto con el IMC, aunado a la autoestima en la etapa de climaterio se encuentran limitados, por tal motivo el interés de investigar sobre el presente tema.

La presente investigación aportó la relación existente entre el IMC, la autoimagen y la autoestima y si las mismas influyen sobre el funcionamiento sexual de mujeres en etapa de climaterio.

4. HIPÓTESIS

- El IMC tiene relación inversa con el nivel de función sexual
- El nivel de percepción de autoimagen tiene relación directa con el nivel de función sexual
- El nivel de autoestima tiene relación directa con el nivel de función sexual

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Determinar si el IMC, la autoimagen y la autoestima se asocia con la función sexual de las mujeres.

5.2 Objetivos específicos

1. Describir el IMC, la autoimagen, la autoestima y la función sexual en mujeres.

2. Determinar la relación entre el IMC con el nivel de función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor)

3. Determinar la relación entre el nivel de percepción de autoimagen con el nivel de función sexual

4. Determinar la relación entre el nivel de autoestima con el nivel de función sexual

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

El diseño de la presente investigación fue de tipo descriptivo-correlacional

6.2 Universo de estudio

Mujeres pertenecientes al norte de México

6.3 Población de estudio

Mujeres de 35 a 59 años, que se encontraron en centros de salud del Estado de Nuevo León y Sinaloa

6.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Que tuvieran 35-59 años de edad

Criterios de exclusión

Mujeres embarazadas, que se encontraran en puerperio tardío, que no desearon participar en el estudio o que no aceptaron firmar el consentimiento informado

Criterios de eliminación

Mujeres que no completaron el llenado del instrumento o no se realizaron las mediciones

6.4 Técnica muestral

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia

6.5 Cálculo del tamaño de la muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realizó en el programa Epidat 4.1 estimado para una prueba de correlación con un coeficiente de .20, un nivel de confianza del 95%, y una potencia del 90%, resultando un tamaño muestral bilateral de 258.

Coeficiente de correlación a detectar		0,200
Nivel de confianza		95%
Tamaño de la Muestra		
Potencia (%)	Unilateral	Bilateral
90%	211	258

6.6 Variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Índice de Masa Corporal	Independiente	De acuerdo a la OMS el IMC se define como un indicador de la relación entre el peso y la talla para identificar SP y OB en adultos	Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m ²). Un IMC \geq a 25= SP Un IMC \geq a 30= OB	Numérica	Bacula Estadiómetro
Autoimagen	Independiente	Constructo psicológico complejo que se refiere a como la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo,	Cuestionario de evaluación por percepción de la imagen corporal, cuenta con 9 figuras de siluetas que representan la imagen corporal percibida y la deseada, basadas en la escala de IMC de la OMS.	Numérica	Cuestionario Autoaplicable

		así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas	Normal: 1,2,3 Sobrepeso: 4,5,6 Obesidad: 7,8,9		
Autoestima	Independiente	Sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que va a depender de la forma de juzgarse o rechazarse a sí mismo y que puede dañar al individuo	Categorías: Autoestima Alta: 30-40 Autoestima media: 26-29 Autoestima Baja: <25	Categórica ordinal	Cuestionario Autoaplicable
Función Sexual	Dependiente	Conjunto de factores que se relacionan con el deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor sexual	Cuestionario del IFSF de Rosen (2000). Integrado por 19 ítems en escala Likert. Los reactivos se dividen en 6 dominios	Numérica	Cuestionario Autoaplicable

Terapia de Reemplazo Hormonal	Control	Tratamiento que aporta hormonas a la mujer con la finalidad de disminuir con los síntomas de la menopausia	Categorías Si: 1 No: 2	Categórica	Cuestionario Autoaplicable
Circunferencia de Cintura	Independiente	Indicador que mide la concentración de grasa en la zona abdominal y, por tanto, permite conocer nuestra salud cardiovascular	Se realiza en el nivel del punto más estrecho entre el último arco costal y la cresta iliaca. El evaluador se coloca frente del sujeto para localizar correctamente la zona más estrecha o reducida. La medición se realiza al final de una espiración normal, con los brazos relajados a los costados del cuerpo	Numérica	Cuestionario Autoaplicable
Circunferencia de cadera	Independiente	Tejido adiposo presente sobre glúteos y cadera	El evaluador se coloca al costado del sujeto, que debe estar parado	Numérica	Cuestionario Autoaplicable

			con los pies juntos sin contraer los glúteos, asegurando que se mantenga en plano horizontal la cinta		
ICC	Independiente	Relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera	<p>Mujeres:</p> <p>Ginecoide: <0.71 Normal: 0.71-0.84</p> <p>Hombres:</p> <p>Ginecoide: < 0.78 Normal: 0.78-0.93 Androide: > 0.93</p>	Numérica	Cuestionario Autoaplicable
Peso	Independiente	Representa la masa corporal total y es la suma de todos los componentes del cuerpo	El sujeto debe pararse en el centro de la báscula cuando la misma se encuentre en cero, con el peso distribuido en ambos pies, con la vista al frente y la cabeza elevada	Numérica	Cuestionario Autoaplicable

Talla	Independiente	Medida de la estatura del cuerpo que va desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	Los pies y talones deben permanecer juntos, la cara posterior de los glúteos y la parte superior de la espalda apoyada en el estadiómetro, con la cabeza en plano de Frankfort.	Numérica	Cuestionario Autoaplicable
-------	---------------	--	---	----------	----------------------------

6.7 Instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizaron instrumentos a lápiz y papel que fueron considerados para la recolección de los datos y se describirán a continuación:

Índice de Masa Corporal y Percepción de la Imagen Corporal (Osuna – Hernández, 2006)

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consiste en mostrar 9 figuras de siluetas corporales de mujeres basadas en las escalas del IMC establecidas por la OMS, el instrumento consiste en marcar con una “P” la silueta que representa la imagen corporal percibida y posteriormente marcar con una “D” la silueta que representa la deseada.

Las siluetas 1, 2 y 3, representan un IMC de <25 lo que indica normalidad, mientras que las siluetas 4, 5 y 6, tiene un IMC de 25-30 lo que indica sobrepeso, y por ultimo las siluetas 7,8 y 9 representan un IMC ≥ 30 indicando obesidad.

Escala de Autoestima de Rosenberg

Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Las opciones de respuesta corresponden a una escala de Guttman con cuatro categorías de respuesta que van desde 1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo y 4= muy en desacuerdo, con un rango de puntaje de 10 a 40, en donde mayor puntaje indica más alta autoestima. La mitad de los

reactivos están redactados de forma positiva y la otra mitad de manera negativa.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1, de los ítems 6 a 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

La EAR tiene un coeficiente de confiabilidad entre 0.76 y 0.87, la fiabilidad es de 0.80 (Armendáriz, Rodríguez, & Guzmán, 2008; Álvarez, Alonso & Guidorizzi, 2010).

Índice de Función Sexual Femenina

Se trata de un cuestionario auto administrado que evalúa el funcionamiento sexual femenino durante las últimas 4 semanas (antes del relleno del cuestionario). El instrumento está formado por 19 ítems. Los ítems del 1 al 2 corresponden al dominio (deseo), 3 y 6 al dominio (excitación), 7 y 10 (lubricación), 11 y 13 (orgasmo), 14 y 16 (son ítems del dominio satisfacción) y 17 y 19 corresponden al dominio (dolor), el participante debe utilizar una escala Likert de 1 a 5 para contestar las preguntas. Y en los otros 15 ítems restantes, debe utilizar una escala Likert de 0 a 5, donde el (0) corresponde a ausencia de actividad sexual y el punto máximo (5) corresponde a una valoración positiva del enunciado. El instrumento ofrece una visión global del funcionamiento sexual de la mujer, además de resultados en seis distintos dominios, que son: Deseo (2 ítems), Excitación (4 ítems), Lubricación (4 ítems), Orgasmo (3 ítems), Satisfacción (3 ítems) y Dolor (3 ítems), distribuidos en el instrumento de manera secuencial, el IFSF tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.97.

Este instrumento fue estandarizado, es fácil de administrar y calificar, además, proporciona los valores normales para la población en general. El nivel del funcionamiento sexual puede variar entre 2 y 36, donde los valores bajos corresponden a poco funcionamiento sexual, mientras que las puntuaciones mayores significan mejores niveles de funcionamiento sexual (Rosen *et al.*, 2000).

6.8 Procedimientos

Para realizar la presente investigación se solicitó autorización de los Comités de Ética e Investigación de la FaSPyN de la UANL así como de las autoridades de la Institución de donde se obtuvo la muestra. Para la selección de los participantes se utilizó muestreo no probabilístico debido a las características de la población y el difícil acceso de las mismas. Se seleccionaron a aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión para la aplicación del instrumento.

A todas las mujeres que aceptaron participar, se les explicó el objetivo de la investigación indicando en todo momento que sus respuestas serían completamente anónimas debido a la sensibilidad de las variables y solamente el investigador tendría uso de los datos siendo utilizados para fines exclusivos de investigación. Asimismo, se les pidió que firmaran el consentimiento informado.

El llenado de instrumentos se realizó en un cuarto independiente para mayor privacidad con previa autorización para su uso, los instrumentos fueron auto aplicados en papel y lápiz, y posteriormente se les tomaron medidas antropométricas de peso, porcentaje de grasa y músculo por medio de bioimpedancia con una báscula Seca Sensa 804 y la talla y el índice cintura cadera con una cinta métrica Seca 201. Al terminar el llenado de los instrumentos se resguardaron en un sobre por el investigador de manera confidencial y anónima. A las participantes se les otorgó un folleto informativo.

Una vez recolectados los datos, se dispuso a realizar la base de datos mediante la captura de los mismos, para su posterior análisis estadístico.

6.9 Plan de análisis

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para conocer las características de los participantes del estudio, a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, y se calcularon índices y sumatorias para los instrumentos.

Previo al análisis de los demás objetivos, se procedió a verificar si las variables contaban con distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors, ya que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal se utilizó estadística no paramétrica para analizar los objetivos 1, 2 y 3 por medio de la prueba de correlación de Spearman.

Para cumplir con el objetivo general del estudio se utilizaron Modelos de Regresión Lineales Simples.

Los datos fueron capturados en una base de datos en el programa Excel y posteriormente se analizaron por medio del programa estadístico SPSS versión 21.0.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el objetivo de mantener los principios éticos el presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: el Capítulo I, Disposiciones Comunes, Artículo 13 menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos de bienestar.

Para este estudio se obtuvo la autorización de la Dirección de la dependencia ya que el presente trabajo se realizó con seres humanos, esto de acuerdo al artículo 14, fracción V y VII.

El presente estudio también brindó la seguridad a los participantes de que no se les identificaría y se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, esto de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 21, fracción VIII.

De acuerdo al Capítulo 14, la fracción VI, esta investigación fue realizada por personal de salud y dirigida por profesionales de la salud con formación académica y experiencia en investigación.

Tal como lo establece el artículo 20, 21, fracción I, VII y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito.

8. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los principales hallazgos del estudio. Inicialmente se describen las características sociodemográficas de las participantes, y la estadística descriptiva para las variables de estudio, posteriormente se muestra la consistencia interna de las variables del estudio y finalmente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Estadística descriptiva

Tabla 2

Características sociodemográficas de las participantes

<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
35-45	191	63.7
46-59	109	36.3
Estado Civil		
Soltera	27	9.0
Casada	178	59.3
Separada/Divorciada	30	10.0
Viuda	11	3.7
Unión Libre	54	18.0
Escolaridad		
Primaria Completa	42	14.0
Primaria Incompleta	22	7.3
Secundaria Completa	75	25.0
Secundaria Incompleta	6	2.0
Preparatoria Completa	24	8.0
Preparatoria Incompleta	12	4.0
Carrera Profesional	60	20.0
Carrera Técnica	32	10.7
Carrera Incompleta	14	4.7
Posgrado	13	4.3

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos, *f*= frecuencia; *%*= porcentaje, *n*=300

La media de edad reportada fue de 43.87 años (*DE*= 6.8), la mayoría tenían entre 35 y 45 años (63.7%), eran casadas (59.3%) y la mayoría de las participantes (25%) reportó tener secundaria completa (Tabla 2).

Tabla 3*Características clínicas de las participantes*

<i>Antecedentes clínicos</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Personales patológicos				
Diabetes	32	10.7	268	89.3
Hipotiroidismo	3	1.0	297	99.0
Hipertiroidismo	11	3.7	289	96.3
Hipertensión	41	13.7	259	86.3
Osteoporosis	3	1.0	297	99.0

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, $n=300$

En la tabla 3 se observa que los antecedentes clínicos más prevalentes en las mujeres fueron hipertensión (13.7%) y diabetes (10.7%).

Consistencia interna de los instrumentos**Tabla 4***Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach*

<i>Instrumento (I)</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
1. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	19	.97
Deseo	2	.97
Excitación	4	.97
Lubricación	4	.97
Orgasmo	3	.97
Satisfacción	3	.97
Dolor	3	.97
2. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	10	.78

Fuente: IFSF= Instrumento de Índice de Función Sexual Femenina y EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg(1965), $n=300$

En la tabla 4 se muestra la consistencia interna de los instrumentos, los cuales son aceptables.

Para dar respuesta al objetivo 1 que indica: Describir el IMC, la autoimagen, la autoestima y la función sexual en mujeres se presentan las tablas 5 a 8.

Tabla 5*Porcentaje de prevalencia en IMC*

Categoría	f	%
Bajo Peso	1	.3
Normal	66	22
Sobrepeso	109	36.3
Obesidad I	79	26.3
Obesidad II	31	10.3
Obesidad Mórbida	14	4.7
Total	300	100

Fuente: Cédula de datos antropométricos, IMC= índice de masa corporal, $n=300$

En la tabla 5 se observa que la principal categoría de IMC identificado fue el sobrepeso con un 36.3, este valor fue precedido por las mujeres con obesidad I (26.3%).

Tabla 6*IMC, imagen corporal actual y deseada*

Categoría	IMC		Autoimagen Actual		Autoimagen Deseada	
	f	%	f	%	f	%
Normal	67	22.3	105	35	257	85.7
Sobrepeso	109	36.3	145	48.3	41	13.6
Obesidad	124	41.4	50	16.7	2	0.6
Total	300	100	300	100	300	100

Fuente: Cédula de datos antropométricos, IMC= índice de masa corporal, $n=300$

En la tabla 6 se muestra la comparación entre el IMC real y el percibido, de este porcentaje solo el 16.7% se percibió en obesidad, el 36.3% presentó sobrepeso, mientras que el 12% sobreestimo su condición con relación al IMC real, es decir, un 48% percibió tener sobrepeso, un 85% desea ubicarse en un IMC normal y tan solo el 22.3% presentó esta condición con respecto a su IMC real.

Tabla 7*Porcentaje de nivel de autoestima*

	<i>f</i>	%
Autoestima Baja	22	7.3
Autoestima Media	64	21.3
Autoestima Elevada	214	71.3
Total	300	100

Fuente: Cuestionario EAR, *n*=300

En la tabla 7 se observa que las mujeres reportaron principalmente tener autoestima elevada (71.3%), seguidas de las que tenían autoestima media (21.3%).

Tabla 8*Porcentaje de función sexual adecuada y riesgo a disfunción sexual*

	<i>f</i>	%
Función Sexual Adecuada	253	84.3
Riesgo de Disfunción Sexual	47	15.7
Total	300	100

Fuente: Cuestionario IFSF, *n*=300

En la tabla 8 se presenta el porcentaje de mujeres con función sexual adecuada y con riesgo a padecer disfunción sexual, donde se encontró que la mayoría de las mujeres tuvo función sexual adecuada (84.3%).

Tabla 9

Medidas de tendencia central de dispersión y prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors.

<i>Variable</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>Valor de p</i>
IMC	300	29.50	28.54	5.50	16.73	47.12	1.33	.056
Percepción Actual	300	1.82	2.00	.696	1	3	4.39	.001
Percepción deseada	300	1.15	1	.376	1	3	8.86	.001
Autoestima	300	32.46	32.50	4.61	21	40	1.64	.009
Función Sexual	300	64.36	74.72	27.35	.00	100	2.88	.001
Deseo	300	54.66	60	20.54	.00	100	2.69	.001
Excitación	300	59.51	70	30.79	.00	100	2.65	.001
Lubricación	300	67.38	80	33.98	.00	100	3.02	.001
Orgasmo	300	65.64	73.33	33.36	.00	100	2.90	.001
Satisfacción	300	71.17	80	30.62	.00	100	3.46	.001
Dolor	300	67.82	80	33.07	.00	100	3.05	.001

Nota: *n*= muestra total, *DE*= Desviación estándar, *D^a* = Prueba de normalidad, *p*= Significancia, *n*= 300

En la tabla 9 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas. Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov indican que la distribución de los datos no presentaron normalidad, excepto el IMC ($p > .05$) por lo que se optó por emplear pruebas no paramétricas.

Para dar respuesta al objetivo 2 que indica: Determinar la relación entre el IMC con el nivel de función sexual, se presenta la tabla 10.

Tabla 10*Relación entre el IMC y función sexual en mujeres*

<i>Rho de Spearman</i>	<i>Índice de Masa Corporal</i>	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Función Sexual	.057	.324
Deseo	.019	.742
Excitación	.021	.713
Lubricación	.042	.464
Orgasmo	.053	.364
Satisfacción	.023	.690
Dolor	.104	.071

Fuente: Cédula de datos antropométricos, Cuestionario IFSF, IMC= Índice de masa corporal, r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia bilateral, $p<.005$ = *, $p<.001$ = **, $p<.000$ = ***, $n= 300$

En la tabla 10 se presenta la relación entre el IMC con la función sexual, no se observó relación significativa en esta variable con la escala en general y sus dominios.

Para dar respuesta al objetivo 3 que indica: Determinar la relación entre el nivel de percepción de autoimagen con el nivel de función sexual, se presenta la tabla 11.

Tabla 11*Relación entre la autoimagen y la función sexual en mujeres*

<i>Rho de Spearman</i>	<i>Autoimagen Actual</i>		<i>Autoimagen Deseada</i>	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Función Sexual	-.070	.229	-.090	.118
Deseo	-.116*	.045	-.095	.101
Excitación	-.156**	.007	-.146*	.011
Lubricación	-.054	.350	-.077	.184
Orgasmo	-.098	.089	-.155*	.047
Satisfacción	-.095	.101	-.118*	.042
Dolor	.094	.105	.085	.143

Fuente: Cuestionario PIC= Percepción de la Imagen Corporal, Cuestionario IFSF, r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia bilateral: $p<.005$ = *, $p<.001$ = **, $p<.000$ = ***, $n= 300$

En la tabla 11 se presenta la relación de la autoimagen actual y deseada con la función sexual, se observa relación negativa y significativa entre la autoimagen actual con los dominios deseo ($r_s=-.116$, $p=.045$), y excitación ($r_s=-.156$, $p=.007$), con respecto a la autoimagen deseada, se encontró relación

negativa y significativa con los dominios excitación ($r_s = -.146$, $p = .011$), orgasmo ($r_s = -.155$, $p = .047$) y satisfacción ($r_s = -.118$, $p = .143$).

Para dar respuesta al objetivo 4 que indica: Determinar la relación entre el nivel de autoestima con el nivel de función sexual, se presenta la tabla 12.

Tabla 12

Relación entre la autoestima y la función sexual en mujeres

<i>Rho de Spearman</i>	<i>Autoestima</i>	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Función Sexual	.295**	.001
Deseo	.170**	.001
Excitación	.265**	.001
Lubricación	.255**	.001
Orgasmo	.280**	.001
Satisfacción	.257**	.001
Dolor	.177**	.001

Fuente: Cuestionario EAR, Cuestionario IFSF, r_s = Coeficiente de correlación, p = Significancia bilateral: $p < .005$ = *, $p < 0.001$ = **, $p < 0.000$ = ***, $n = 300$

En la tabla 12 se presenta la relación entre la autoestima con la función sexual donde se observa una relación positiva y significativa con la función sexual y sus dominios ($r_s = .295$, $p = .001$).

Para cumplir con el objetivo general del estudio se realizaron pruebas de regresión lineal simple.

Tabla 13

Regresión lineal simple de IMC y autoestima en línea con función sexual

<i>Modelos</i>	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
IMC	1.3	.33	.23	<.001
Autoestima	.45	.28	.09	.1

Fuente: Cédula de datos antropométricos, Cuestionario EAR, $n = 300$

En la tabla 13 se analizó si el IMC y la autoestima mostraban un efecto en la función sexual femenina a través de regresión. Se encontró que la autoestima ($R^2 = 5.8\%$, $F_{[2, 299]} = 9.192$, $p < .001$) influye en la función sexual.

Para dar respuesta a las hipótesis 1, 2 y 3 se realizaron pruebas de correlación de Spearman. Con respecto a la hipótesis 1, la cual indica que el IMC tiene relación inversa con el nivel de función sexual (Tabla 10) no se encontró relación significativa entre el IMC con la función sexual, por lo que se rechaza la hipótesis.

Por otra parte, la hipótesis 2: El nivel de percepción de autoimagen tiene relación directa con el nivel de función sexual (Tabla 11), se rechaza la hipótesis ya que no se encontró relación significativa entre la autoimagen con la función sexual, únicamente en los dominios deseo ($p < .05$), excitación ($p < .01$), orgasmo ($p < .05$) y satisfacción ($p < .05$), con respecto a la hipótesis 3, el nivel de autoestima tiene relación directa con el nivel de función sexual (Tabla 12), se acepta la hipótesis, se encontró relación entre la autoestima y la función sexual ($r_s = .295$, $p = .001$).

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se contrastan los hallazgos encontrados con los resultados reportados en investigaciones previas que apoyan este estudio. Además, se presentan las conclusiones de la investigación con base a los objetivos planteados, así como las limitaciones del estudio y algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

El propósito del estudio fue determinar si el IMC, la autoimagen y la autoestima influyen en la función sexual de las mujeres.

La muestra de estudio se caracterizó por ser en su totalidad del sexo femenino, de forma general la mayoría de las participantes presentaron sobrepeso y obesidad de acuerdo a su IMC, distorsión en su imagen corporal, autoestima elevada y adecuada función sexual. A continuación se discuten los resultados obtenidos, y posteriormente se presentan conclusiones y recomendaciones.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo 1, se encontró que la mayoría de las mujeres tuvieron un IMC más elevado al NL principalmente en SP y OB, conformando el 77%, cifras que coinciden con la ENSANUT (2012), quienes encontraron una incidencia del 75.6% de SP y OB en mujeres adultas a nivel nacional, y un 74.3% a nivel local en el estado de Nuevo León. Con respecto a la autoimagen se encontró que las mujeres se percibían en un peso más bajo que el que realmente tenían al igual que en el estudio de Rodríguez, Carballo, Falcón, Arias y Puig (2010), donde relacionaron la percepción de la imagen corporal con el IMC identificando que las mujeres tenían SB u OB se percibían en peso NL, similitudes que pueden atribuirse a que las características sociodemográficas de ambos estudios son afines, en lo que respecta al estado civil, escolaridad y el país en donde se llevó a cabo. Por otra parte, en la autoestima, se encontró que la mayoría de las mujeres presentaron autoestima elevada, lo que coincide con el estudio de García y Hernández (2012), donde encontraron niveles elevados de autoestima

en las mujeres de su estudio, así como niveles bajos de alteraciones en la función sexual, tal como fue demostrado en el presente estudio, lo que puede atribuirse a que ambas investigaciones fueron realizadas en el estado de Nuevo León y con población similar, con respecto a la función sexual, los resultados sugirieron que la mayoría de las participantes tuvieron una vida sexual satisfactoria, sin embargo Dombek, Capistrano, Costa & Marinheiro (2016) indicaron que el 70.3% de las mujeres presentaron disfunción sexual, resultando afectados los dominios deseo y excitación, teniendo como resultado una alta disfunción sexual femenina entre las mujeres posmenopáusicas, las diferencias pueden asociarse a múltiples factores entre ambos estudios tales como: sociodemográficos, biológicos (disfunciones urogenitales, cirugía de la vejiga), cuestiones psicológicas y abusos sexuales que no fueron motivo de estudio en este trabajo de investigación.

El segundo objetivo que señala determinar la relación que existe entre el IMC y la función sexual y sus dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, los resultados indicaron que no existe relación significativa entre el IMC y la función sexual, lo que coincide con el estudio de Bielecka, Wilczak, Sobkowska, Krawczyk, Mizgier & Sajdak (2015), quienes refieren que la influencia del SP y OB en la sexualidad femenina durante la perimenopausia aún no se ha demostrado, sin embargo, Jamali, et al. (2014); Esposito et al. (2012) Reportaron algo distinto a nuestros hallazgos, ya que en su estudio si mostró una relación negativa y significativa entre el IMC y el funcionamiento sexual; es decir a mayor IMC, menor función sexual, también las mujeres con OB tuvieron mayor probabilidad de desarrollar alguna disfunción sexual, dichas diferencias pueden atribuirse a distintas metodologías de los estudios, así como a las características de las participantes.

En cuanto al tercer objetivo, determinar la relación entre el nivel de percepción de autoimagen con el nivel de función sexual, se puede discutir lo siguiente. De acuerdo a nuestros resultados a mayor percepción negativa de

imagen corporal, menor deseo, excitación y satisfacción, sin embargo no hubo relación significativa entre la autoimagen y la escala general de la función sexual, Erbil (2013); tuvo discrepancias con respecto a este estudio, ya que al examinar la relación entre la función sexual con la imagen corporal encontró relación con todos los dominios de la función sexual ($r_s= 0.343$, $p=<0.001$), excepto con el dolor ($r_s= 0.044$), es decir, que las mujeres que refirieron tener una percepción negativa de sus cuerpos, tuvieron una sexualidad menos satisfactoria y problemas con los dominios orgasmo, satisfacción, lubricación, deseo y excitación, lo que puede atribuirse a que la población de su estudio fue con mujeres Turcas y su cultura, incluyendo determinantes sociales de salud como la presencia de programas específicos para la mujer , así como también a diferencias en la técnica de muestreo implementada para la selección de sujetos, al instrumento de uso, así como al estatus socioeconómico y el nivel de estudio de las mujeres que participaron.

Con respecto al cuarto objetivo, determinar la relación entre el nivel de autoestima con el nivel de función sexual, se encontró una relación significativa entre las variables ($r_s= .295$, $p= .001$), es decir, a mayor autoestima, mayor función sexual, al igual que en el estudio de García y Hernández (2012), donde obtuvieron resultados similares ($r_s= .384$, $p= <.01$) hecho que puede atribuirse a que ambos estudios fueron realizados en el mismo estado, por lo que existieron semejanzas metodológicas. Tal como indica Rosenberg (1965), la autoestima es definida en términos de autoevaluación que una persona hace sobre sí misma, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo, y expresa el grado en el que alguien se siente exitoso, capaz, significativo y valioso, Hesketh, Wake y Waters (2004) y Ivarsson, Svalander, Litlere y Nevonen (2006) observaron en sus estudios que existe una relación fuerte entre la autoestima y la adiposidad, cuando la imagen corporal es uno de los principales aspectos a valorarse, promoviendo así un afecto negativo hacia sí mismo, lo cual puede influenciar en el nivel de satisfacción, lo que coincide con nuestro estudio ya que la mayoría de las participantes tuvieron alteraciones en

su IMC, lo que pudo repercutir en su autoestima y por ende en sus vivencias sexuales, al considerarse como un factor de baja aceptación y dificultad en las relaciones interpersonales (Ades y Kerbaury, 2002), tomando en cuenta que la sociedad actual tiene exigencias sobre el modelo estético de la mujer, mismo que debe encontrarse en una extrema delgadez. Otro factor importante fue la escolaridad de las participantes ya que la mayoría únicamente tenía hasta la secundaria terminada, lo que puede desencadenar que las mujeres se sientan menos valiosas por no tener una preparación profesional. Por otra parte con respecto a la edad de las participantes es importante señalar que todas se encontraban en edad adulta, etapa en donde experimentan diversos cambios a causa de un decline hormonal, tal como lo muestra Casamadrid (1998) en su estudio, donde señala que el climaterio constituye una etapa en donde es fundamental que la mujer realice ajustes psicológicos con la finalidad de mantener su equilibrio emocional, ya que se ve afectado por situaciones como lo son la pérdida de características femeninas que son valoradas por la sociedad, en conjunto con el favorecimiento de acumulo de grasa corporal, lo que puede afectar la salud física y psicológica de la mujer (Sánchez, 1996), dichos cambios pueden repercutir en el deterioro de la función sexual por la pérdida de confianza en sí mismas, desencadenado por una baja autoestima.

10. CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres tuvieron sobrepeso y obesidad de acuerdo a su IMC real.

De las mujeres que se percibían en la actualidad en obesidad, deseaban mejorar su percepción, es decir, reducir su IMC a sobrepeso y eventualmente a normal.

La mayoría de las participantes tuvieron autoestima elevada.

La mayoría de las participantes no presentó riesgo a desencadenar una disfunción sexual, es decir, tuvieron función sexual satisfactoria.

No se encontró relación significativa entre el IMC y la función sexual.

No se encontró relación significativa entre el nivel autoimagen con la función sexual, pero sí hubo relación negativa y significativa entre la autoimagen actual con los dominios deseo y excitación, y la autoimagen deseada con la excitación, orgasmo y satisfacción.

La autoestima se asoció positiva y significativamente con la función sexual de las mujeres.

Recomendaciones

Para futuros estudios se recomienda continuar profundizando en el estudio de las variables de interés específicamente en población mexicana.

Sería interesante para futuras investigaciones realizar un estudio comparativo entre hombres y mujeres.

Un estudio con enfoque cualitativo para conocer a mayor profundidad las vivencias de las mujeres respecto a su imagen corporal, específicamente con su sexualidad.

Realizar intervenciones enfocadas a la salud de la mujer que integre aspectos de la reducción de peso, incremento de la autoestima y mejoría de la percepción corporal y aspectos asociados a una salud sexual, que integre a la pareja.

11. REFERENCIAS

Ades, L. y Kerbaury, R. R. (2002). Obesidade: realidades e indagações. *Revista de Psicologia da USP*, 13 (1), 197-216

Aguilar, A., Pradilla, A., Mosquera, M., Ramírez, A., Ortega, J., & Ramírez, R. (2011). Centilevalues for anthropometric variables in Colombian adolescents. *Endocrinol Nutri*, 58, 16-23.

Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P., & Sandnabba, N. (2009). The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal Of Aging And Health*, 21 (8), pp. 111-132.

Allaz, A., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M., & Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 287-294.

Álvarez, A. A., Alonso, C. M. M., & Guidorizzi, A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634-640.

Ambler, R., Bieber, J., & Diamond, M. (2012). Sexual Function in Elderly Women: a riview of current literature. *Revista Obstetricia Gynecologica*, 5(1), pp. 16-27.

American Psychiatric Association (APA), (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). *American Psychiatric Publishing*.

Amore, M., Donato, P., & Berti A. (2007). Sexual and psychological symtoms in climacteric years. *Maturitas*, 56, 303-311.

Andersen, B., Carpenter, K., Yang, H. & Shapiro, C. (2007).Sexual well-

being among partnered women with breast cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 25(21), 3151-3157.

Armendáriz, N. A., Alonso, C., M. M., Alonso, C. B. A., López, C. M. A., Rodríguez, P. L. A., & Méndez, R. M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 20 (3), 109-118.

Baile, J., y Osorio, G. (2008). Relación entre la autoestima, imagen corporal y tendencia a sufrir trastorno de conducta alimentario en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología General Aplicada*, 61 (4), pp. 397-404.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., & Cols, A. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24 (4) 221-229.

Blümel, M., Binfa, E., Cataldo, A., Carrasco, V., Izaguirre, L., & Sarrá, C. (2004). Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, 6L9 (20) 0141-86-91(25).

Blundell, J., Stubbs, R, Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., Le Noury, I. & Lawton, C. (2005). Resistance and susceptibility to weight gain: individual variability in response to a high fat diet. *Physiology and Behavior*, 86, pp. 614–622.

Bobadilla, S., y López, A. (2014). Distorsión de Imagen Corporal Percibida e Imaginada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 52(4):408-14

Cantón, A. & Formiguera, X. (2004). Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best Practice y Research Clinical Gastroenterology*, 18 (6), pp. 1125–1146. Recuperado 10-16-15 de: <http://www.sciencedirect.com>.

Campbell, J., & Fehr, B. (1990) Self-Esteem and Perceptions of Conveyed Impressions: Is Negative Affectivity Associated with Greater Realism?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 122–33.

Capote, B., Segredo P., & Gómez, Z. (2011). Climateric and menopause. *Rev Cubana Med Gen Integr.* Recuperado 15-10-15 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013.

Casamadrid, (1998). Aspectos Psicológicos en Carranza. Atención integral del climaterio. *Me Graw- Hill, Interamericana*.157-158.

Cash, F. (2002). Beyond traits: Assessing body image states. In: *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Guilford Press.* 163-170.

Courtney, E., Gamboz, J. & Johnson, J. (2008). Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9 (4), pp. 408-414.

Derogatis, L., Rust, J., Golombok, S., Bouchard, C., Nachtigall, L., Rodenberg, C., & Mchorney, C. (2004). Validation of the Profile of Female Sexual Function (PFSF) in Surgically and Naturally Menopausal Women. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 30(1), 25-36.

Dombek, K., Capistrano, E., Costa, A., & Marinheiro, L. (2016). Risk Factors Associated With Sexual Dysfunction in Brazilian Postmenopausal Women. *International Journal of Impotence Research*, 1–6.

Drobnjak, S., Atsiz, S., Ditzen, B., Tuschen-Caffier, B., & Ehlert, U. (2014). Restrained Eating and Self-esteem in Premenopausal and Postmenopausal Women. *Journal of Eating Disorders*, 2-23.

Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición, ([ENSANUT] 2012). Resultados por Entidad Federativa. Recuperado 21-05-17 de:

<http://ensanut.insp.mx/informes/NuevoLeon-OCT.pdf>.

Erbil, N. (2013). The Relationships Between Sexual Function, Body Image, and Body Mass Index Among Women. *Sexuality & Disability*, 31(1), 63-70.

Erickson, S., Robinson, T., Haydel F., & Killen, J. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, pp. 931-935.

Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., Sio, M., Colacurci, N., & Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19, pp.353-357.

Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., Bisogni, B., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., & Colacurci, N. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, 163, (3), pp. 888-893.

Figueroa, J., Jara, A., Fuenzalida, P., Prado A., Flores, D., & Blumel, M. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev. Méd. Chile*, 137- 345-350.

Garaigordobil, M., Perez, I., & Moraz, M. (2008). Self-esteem and psychopathological symptoms. *Psichotema*, 20 (1), pp. 114-123.

Hesketh, K., Wake, M., & Waters., E. (2004). Body mass index and parent-reported self- esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28 (10), 1233-7.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [(INEGI) 2015]. Mujeres y hombres en México en 2010. Recuperado 20-10-15 de:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/MyH_2010.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [(INEGI) 2015]. Mujeres y hombres en México en 2010. Recuperado 15-04-16 de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>.

Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., & Nevonen, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors*, 7(2), 161-75.

Jamali., S, Javadpour, S., Parnian, R., Mosalanejad, L. (2016). Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Crosssectional Study in Jahrom, Iran. *J Reprod Infertil*, 17(1), 47-55.

Jarżabek-Bielecka, G., Wilczak, M., Potasińska-Sobkowska, A., Pisarska-Krawczyk, M., Mizgier, M., Andrzejak, K., & Sajdak, S. (2015). Overweight, obesity and female sexuality in perimenopause: a preliminary report. *Menopausal Review / Przegląd Menopauzalny*, 14(2), 97-104.

Kernis, M. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569- 1605.

Juárez, G., & Hernández, L. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres. *Nova scientia*, 4(7), 17-34. Recuperado 20-09-16 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002&lng=es&tlng=es.

Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Ostbye, T., Gress, R., Adams, T. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, 14(3), pp. 472-9.

Leitão, C., Gomes, C., Constantino, S., Costa, U., Junior, E., Giraldo, C., Gonçalves, K. (2014). Physical Activity and Sexual Function in Middle-aged

Women. *Rev Assoc Med Bras*, 60(1), 47-52.

M, Rosenberg. (1965). *Society and the adolescent self-imagen*. Princeton: Princeton University Press.

Organización Mundial de la Salud ([OMS] 2010). *Climaterio y Salud Sexual*. Recuperado 2-10-15 de: http://search.who.int/search?q=climaterio&ie=utf8&site=who&client=_es_r&hl=lang_es&lr=lang_es&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8.

Organización Mundial de la Salud ([OMS] 2015). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado 10-11-15 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Pakpour, A., Yekaninejad, M., Pallich, G., & Burri, A. (2015). Using Ecological Momentary Assessment to Investigate Short-Term Variations in Sexual Functioning in a Sample of Peri-Menopausal Women from Iran. *PLoS ONE*, 10(2).

Pazmany, E., Bergeron, S., Van Oudenhove, L., Verhaeghe, J., & Enzlin, P. (2013). Aspects of Sexual Self-Schema in Premenopausal Women with Dyspareunia: Associations with Pain, Sexual Function, and Sexual Distress. *Journal Of Sexual Medicine*, 10(9), 2255-2264.

Paz, C., Alameda, H., y Olivar, R. (2006). Obesidad y Menopausia. *Nutr Hosp*, 21(6):633-637.

Pérez, R., y Romero, J. (2010). Imagen Corporal en Mujeres de Tres Zonas Rurales de México: Percepción y Deseo. *Salud Pública de México*, 52 (2), 111-118.

Raich., E. (2001). Imagen corporal conocer y valorar el propio cuerpo. *Pirámide*, 24-25.

Ravussin, E., y Bogardus, C. (2000). Energy balance and weight regulation: Genetics versus environment. *British Journal of Nutrition*, 83, pp.

177–220.

Rivera, M., & Bayona Abello, S. (2014). Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *Revista CES Salud Pública*, 5(1), 70-76.

Rodríguez, G., Carballo, G., Falcón, C., Arias, F., y Puig, N. (2010). Autopercepción de la Imagen Corporal en Mujeres y su Correlación con el Índice de Masa Corporal. *Medicina Universitaria*, 12 (46), 29-32.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2014). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26-191–208.

Sánchez- Cánovas., J. (1996). *Menopausia y Salud*. Barcelona, España: Ariel.

Sakson, O., & Wycisk, J. (2015). The body self and the frequency, intensity and acceptance of menopausal symptoms. *Prz Menopauzalny*, 14(2), 82-89.

Sekin, N., et al. (2007). The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas*, 30(1), 37-40.

Soto, R., Marinez, F., Aguinaga, O., Guillén, G., Serrano, M., Canga, A., et al. (2015). Análisis de la Percepción de la Imagen Corporal que Tienen los Estudiantes Universitarios de Navarra. *Nutr Hosp*, 31(5), 2269-2275.

Skorek, M., Song, A., Dunham, Y. (2014). Self-Esteem as a Mediator between Personality Traits and Body Esteem: Path Analyses across Gender and Race/Ethnicity. *PLoS ONE*, 9(11): e112086. doi:10.1371/journal.pone.0112086.

Valenzuela, P., Contreras, G., Manriquez, S. (2014). Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*,

79(2), 92-101. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200005>

Velázquez, L., & Vázquez, A. (2014). Psychometric properties of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 107(3), 107-114.

ANEXOS A CUESTIONARIO/INSTRUMENTO DE COLECCIÓN DE DATOS



Universidad Autónoma de Nuevo León

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Programa Interfacultades: Facultad de Enfermería, Odontología, Salud Pública y Nutrición, Medicina y Psicología

Proyecto: Índice de Masa Corporal, Autoimagen, Autoestima y su Relación con la Función Sexual en Mujeres en Etapa de Climaterio

Folio: _____ Fecha: _____

Por favor, responda todas las preguntas lo más honestamente posible.

1. Edad: _____
2. Colonia: _____
3. Código postal: _____
4. Municipio: _____

5. Escolaridad:

(1) Primaria completa		(2) Primaria incompleta	
(3) Secundaria completa		(4) Secundaria incompleta	
(5) Preparatoria completa		(6) Preparatoria incompleta	
(7) Carrera completa		(8) Carrera técnica	
(9) Carrera incompleta		(10) Posgrado	

6. ¿Le han dicho que tiene climaterio/menopausia?

- ___ (1) Si ¿Hace cuánto? _____
- ___ (2) No

7. ¿Consume hormonas/terapia hormonal?

- ___ (1) Si ¿Cuáles son? _____
- ___ (2) No

8. Favor de marcar la(s) opción(es) correspondiente(s) en caso de que padezca alguna de las siguientes enfermedades:

(1) Diabetes		(2) Hipertiroidismo	
(3) Hipotiroidismo		(4) Hipertensión	
(5) Cáncer		(6) Osteoporosis	

9. ¿Tiene pareja?

___ (1) Si Tiempo de relación _____

___ (2) No

10. Estado civil

(1) Soltera		(2) Casada	
(3) Separada/Divorciada		(4) Viuda	
(5) Unión libre			

11. ¿Tiene hijos?

___ (1) Si Cuantos _____

___ (2) No

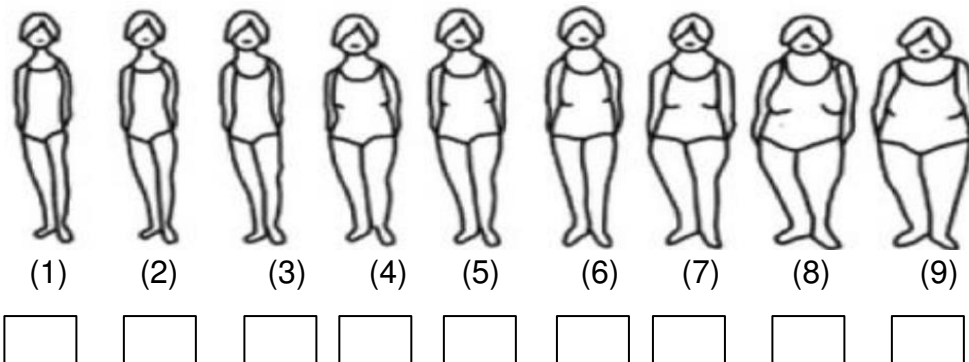
Escala De Autoestima De Rosenberg (EAR)

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más

	1 Muy de acuerdo	2 De acuerdo	3 En desacuerdo	4 Muy en desacuerdo
12. Siento que soy una persona de valor al igual que otras personas				
13. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
14. Definitivamente creo que soy un fracaso				
15. Puedo hacer las cosas igual que los demás				
16. No tengo mucho de que sentirme orgulloso (a)				
17. Tengo una actitud positiva con mi persona				
18. En todo estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a)				
19. Desearía tener más respeto conmigo mismo (a)				
20. Algunas veces me siento inútil				
21. Algunas veces creo que no sirvo para nada				

adecuada:

22. Señala con una **"P"** la silueta que representa la **percepción actual** de tu imagen corporal y con una **"D"** la silueta que **desearías tener**



Índice de Función Sexual Femenina

Instrucciones

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

Definiciones

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

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

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

- (5) Muy alto
- (4) Alto
- (3) Moderado
- (2) Bajo
- (1) Muy bajo o nada

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

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

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

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

- _ (0) No tengo actividad sexual
- _ (5) Muy alto
- _ (4) Alto
- _ (3) Moderado
- _ (2) Bajo
- _ (1) Muy bajo o nada

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (5) Muy alta confianza
- (4) Alta confianza
- (3) Moderada confianza
- (2) Baja confianza
- (1) Muy baja o nada de confianza

28. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecho estuvo con su excitación durante la actividad sexual?

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

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (5) Siempre o casi siempre

- (4) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (2) Pocas veces (menos que la mitad)
- (1) Casi nunca o nunca

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) No me es difícil

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (5) Siempre o casi siempre la mantengo
- (4) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- (3) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- (2) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- (1) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) No me es difícil

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

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

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) No me es difícil

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (5) Muy satisfecha
- (4) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (2) Moderadamente insatisfecha
- (1) Muy insatisfecha

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (5) Muy satisfecha
- (4) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (2) Moderadamente insatisfecha
- (1) Muy insatisfecha

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

- (5) Muy satisfecha
- (4) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (2) Moderadamente insatisfecha
- (1) Muy insatisfecha

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

- (5) Muy satisfecha
- (4) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (2) Moderadamente insatisfecha

_ (1) Muy insatisfecha

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

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

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

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

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

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy alto
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Bajo
- (5) Muy bajo o nada

Datos Antropométricos

	1	2
Peso (kg)		
% Grasa		
% Músculo		
Talla (cm)		
Cintura (cm)		
Cadera (cm)		

ANEXO B. Carta de consentimiento informado

Título del proyecto: Índice de Masa Corporal, Autoimagen, Autoestima y su relación con la Función Sexual en Mujeres en Etapa de Climaterio

Prólogo: El interés de este estudio es conocer el IMC, la autoimagen y su relación con la función sexual en mujeres en etapa de climaterio. Por lo que se le invita a participar en este estudio para formar parte del proyecto de Maestría de la L.N. Fabiola Elizabeth Soto Montero. Sí acepta participar deberán responder los instrumentos en papel o en línea. Si es en papel: Se les proporcionará los instrumentos en físico para que sean contestados en el momento o a la brevedad posible. Si es en línea: Se les proporcionará un link para ingresar a la página para responder los instrumentos y se les solicitará un correo electrónico o un medio electrónico de comunicación que utilicen para enviar el link y posteriormente hacer recordatorios del llenado. Por medio de este consentimiento informado le ofrecemos una explicación del estudio y si usted decide participar le solicitamos firmar el formato y se le otorgará una copia del mismo.

Propósito del Estudio: Conocer si el índice de masa corporal y la autoimagen influyen en la función sexual de las mujeres en etapa de climaterio.

Descripción del Estudio/Procedimiento

1. Si acepta participar se le aplicará una cédula de datos personales y nueve instrumentos en línea, donde serán aplicados en el sitio y horario de su preferencia.

2. La información obtenida será resguardada por la autora del estudio, cuidando en todo momento la privacidad de los participantes, evitando la identificación del nombre u otros datos personales que puedan exponer la identidad.

3. Tendrá la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida.

Riesgos e inquietudes:

El estudio no tiene ningún tipo de riesgo. Por la sensibilidad del tema si usted se siente incómodo o no desea seguir respondiendo los instrumentos puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

Se espera que con investigaciones de este tipo permita mejorar la calidad de vida enfocando en futuros proyectos a la mejora de la población y reducir estigmas sociales.

Alternativas: Implica no participar en este.

Costos: Su participación en el estudio, no implica ningún costo a su persona.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán de su participación en el estudio es usted y el equipo responsable del estudio que participará en la aplicación de los instrumentos. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante en el estudio. Debido a que la información recolectada es anónima y es considerada información confidencial.

Derecho de Retratar: Si usted decide participar tendrá la libertad de retractarse en el momento en que usted lo decida.

Preguntas: Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio comuníquese con los responsables de la Comisión de Ética de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado al teléfono 81 13 40 48 90, en Avenida Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León; México.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente acepto brindar información y participar en este estudio. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del participante

Fabiola Elizabeth Soto Montero

Autora de la Investigación

Correo electrónico o medio de envío del instrumento: _____

Folio: _____

Monterrey, N.L. a _____ de _____ 2016

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

LN. Fabiola Elizabeth Soto Montero

Candidata a obtener el Grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Tesis: Índice de Masa Corporal, Autoimagen, Autoestima y su Relación con la Función Sexual en Mujeres

Biografía: Nacida en Los Mochis, Sinaloa, el 26 de octubre de 1991. Hija del Sr. Enrique Soto y la Sra. Dora Luz Montero Lugo.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Durango, Campus Los Mochis en el año 2014, como Licenciada en Nutrición. Becaria Conacyt para cursar estudios de maestría en Ciencias en Salud Pública en la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, periodo 2015-2017. Verano Nacional de Investigación en la Universidad Autónoma de Sinaloa en 2016. Estancia Internacional de Investigación en la Unitat D'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal en la Universitat Autònoma de Barcelona en Barcelona, España, en 2017.

Experiencia profesional: Pasante de Servicio Social en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) periodo 2014-2015, y Nutrióloga en Hospital Ángeles, Monterrey, Nuevo León, periodo 2014-2015.

Correo electrónico: fabiolaemontero@gmail.com