



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

Facultad Ciencias de la Salud.

**MÁSTER OFICIAL
EN SEXOLOGÍA**

Curso Académico 2010/2011

Trabajo de Fin de Máster.

**EVALUACIÓN DE LA VIVENCIA Y SATISFACCIÓN
SEXUAL EN MUJERES CON FIBROMIALGIA.**

Autora: ISABEL LÓPEZ COBOS.

Tutora: Dra. RAQUEL ALARCÓN RODRÍGUEZ.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento y ánimo a todas las mujeres con fibromialgia que han participado en la realización de esta investigación, así como a las asociaciones a las que pertenecen; AFIAL, AFIEL, AFIPA y AFIVA.

A las psicólogas de AFIPA y AFIAL, Virginia y Lidia, por su tiempo y el interés demostrado.

Igualmente hago extensible este agradecimiento a Francisco Álamo y José Quero; anesthesiólogo y enfermero de la unidad del dolor del Hospital de Poniente por su ayuda y ánimo.

Expreso mi más encarecido agradecimiento a mi tutora Raquel Alarcón por su paciencia y ayuda inestimable, así como a Fidao; unidad de investigación de Torrecárdenas y muy especialmente a Pablo Garrido.

Especial mención a mis amigos y familia por su apoyo y ánimo en los momentos tan difíciles con los que ha coincidido la realización de este trabajo.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.	8.
1.1. BREVE PRESENTACIÓN HISTÓRICA.	
1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.	
1.2.1. SÍNTOMAS CLÍNICOS FUNDAMENTALES DE LA FIBROMIALGIA.	
1.2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA FIBROMIALGIA.	
1.2.3. ASPECTOS TERAPÉUTICOS.	
1.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIBROMIALGIA.	
1.4. VIVENCIA Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON FIBROMIALGIA.	
2. OBJETIVOS.....	25.
2.1. OBJETIVOS GENERALES.	
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	
3. JUSTIFICACIÓN.....	27.
4. PERSONAS Y MÉTODOS.....	30.
4.1. TIPO DE ESTUDIO.	
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	
4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.	
4.4. INSTRUMENTALIZACIÓN.	
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	
4.6. SESGOS.	

5. RESULTADOS.....	42.
5.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE.	
5.1.1. Variables de persona.	
5.1.2. Análisis del cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM).	
5.1.2.1. Evaluación de la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual.	
5.1.2.2. Evaluación de aspectos relacionales de la actividad sexual.	
5.1.2.3. Evaluación de la satisfacción sexual.	
5.1.2.4. Dominios descriptivos.	
5.1.2. Análisis del cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S.	
5.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIANTE.	
6. DISCUSIÓN.....	95.
7. CONCLUSIONES.....	100.
8. BIBLIOGRAFÍA.....	102.
9. ANEXOS.....	106.

1. INTRODUCCIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.

La Fibromialgia es una entidad de etiología idiopática. La prevalencia del Síndrome de Fibromialgia (SFM), difiere según de la población estudiada. Se estima en un 2,4%, con una relación mujer-hombre de 21 a 1, encontrándose un pico de prevalencia entre los 40-49 años, siendo infrecuente antes de los 40 años y en personas que superan los 80 años de edad.(Moioli y Merayo,2005).

Según el EPISER, la prevalencia de la FM en la población española es de 2,7% (4,2% para el sexo femenino y 0,2% para el masculino). (Consejería de Salud, 2005).

Los datos arrojados por la estadística, son en primer lugar, los que invitan a centrar el estudio de satisfacción sexual en la población femenina.

A continuación se propone una presentación del SFM, desde su evolución histórica, hasta la descripción de su clínica y tratamiento más efectivo según la evidencia científica. Esto ayudará a comprender mejor la interferencia que los síntomas y su tratamiento provocan en la vida diaria de la mujer con FM. Un aspecto más del deterioro en la calidad de vida, puede producirse por las dificultades que encuentran para disfrutar de sus relaciones sexuales, tanto en los casos en los que se encuentran con pareja estable como en el sexo ocasional. Cabe mencionar que, según la OMS, el placer pasa a ser un referente muy importante en su última definición de Salud Sexual: *“Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es mera ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como **la posibilidad de obtener placer** y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”* (OMS, 2002).

También refuerza este tema de estudio que, los Derechos Universales Sexuales, en su 5º apartado, se centre en **“Derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual** (Cabello, 2010).

1.1. BREVE PRESENTACIÓN HISTÓRICA.

Se trata de un trastorno relativamente reciente, aunque ya, en el siglo XVII se estableció la distinción entre reumatismo muscular o de partes blandas, definido este último por la presencia de áreas de dolor y rigidez en músculos y tejidos blandos. (Martínez, González y Crespo, 2003).

A finales de los años 30 aparecieron dos conceptos relacionados con la fibromialgia:

-Síndrome doloroso miofascial. Término acuñado por Travell y Simons, y caracterizado por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares. Definieron los trigger point o puntos gatillo como aquella zona del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio o a distancia.

-Reumatismo psicógeno o tensional. Término introducido por Boland, basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen la sintomatología, por lo que se atribuyó a una psiconeurosis. Todo ello ha estimulado la especulación sobre su patogenia, persistiendo aún en nuestros días. (Martínez, González y Crespo, 2003).

Fue en 1975 cuando Hensch utilizó por primera vez el término Fibromialgia para resaltar la existencia de fenómenos dolorosos musculares y la ausencia de signos inflamatorios.

Ya en esta época se postula la relación entre dolor muscular y la repercusión en la calidad del sueño. (Martínez, González y Crespo, 2003).

1.2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.

La Fibromialgia fue definida como un estado doloroso no articular que afecta principalmente a los músculos, expresándose como dolor musculo-esquelético generalizado y múltiples puntos sensibles- tender points – en ausencia de otra alteración que pueda explicar sus síntomas. (Martínez, González y Crespo, 2003).

Es de etiología idiopática. Aunque no se ha encontrado la causa fisiopatológica de la Fibromialgia, se han encontrado diferencias fisiológicas entre pacientes con Fibromialgia y controles sanos. Estas diferencias incluyen, según Bennet y cols (citados por Martínez, González y Crespo, 2003):

-Bajos niveles de serotonina en plaquetas.

-Aumento de sustancia P en LCR.

-Disfunción del Sistema Nervioso Autónomo.

A pesar de que no se reconoce una etiología de la FM, se han establecido algunos predisponentes y desencadenantes para este síndrome. Según Crofford (citado por González, Landero y García-Campayo, 2010), entre los predisponentes de la FM se encuentran antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia, trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad. En muchos pacientes aparecen después de acontecimientos tales como accidentes de tráfico, infecciones, cirugías mayores y en general situaciones de estrés postraumático, de índole física o psicológica; estas situaciones funcionan como desencadenantes en personas predispuestas. Además, algunos estudios indican que el estrés laboral puede contribuir a la aparición de la fibromialgia (Kivimäki, 2004 citado por González, Landero y García-Campayo, 2010).

La American College of Rheumatology (ACR) en 1990 realizó un estudio multicéntrico para unificar los criterios diagnósticos de la FM:

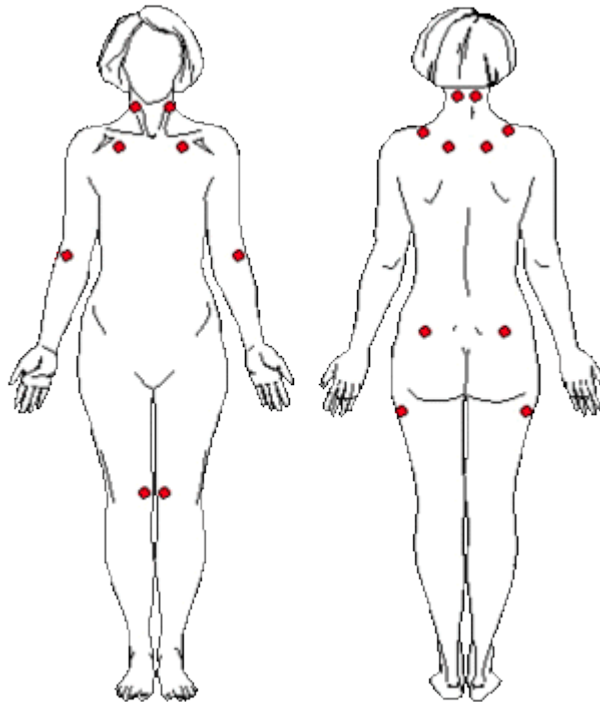
1. Dolor difuso crónico presente durante al menos tres meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial).

2. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos, denominados puntos gatillo o tender points.

La localización de los 18 puntos o nueve pares es: occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodilla).

3. Ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas. (Soucase et al., 2004).

Los puntos dolorosos no deben presentar signos inflamatorios (Consejería de Salud, 2005).



No fue oficialmente reconocida como enfermedad por la OMS hasta 1992 (Ubago et al., 2005); siendo incorporada en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 1994 (Tosal, 2007) . Desde dicho año, la OMS considera la FM como un diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas. La FM es la causa más común de dolor osteomuscular generalizado. (Rivera et al., 2006).

Aún siendo el signo más característico la presencia de múltiples puntos dolorosos con aumento de la sensibilidad a la palpación digital, también se puede presentar en la exploración Hiperemia cutánea, livedo reticularis en las extremidades e hiperlaxitud articular (Martínez, González y Crespo, 2003).

1.2.1. SÍNTOMAS CLÍNICOS FUNDAMENTALES DE LA FIBROMIALGIA.

- *El dolor* generalizado, en el raquis y las extremidades predomina en la mayoría de pacientes y puede afectar a cualquier zona musculoesquelética. El dolor tiene un componente afectivo irreductible y existen importantes relaciones entre factores

psicosociales y dolor en pacientes con FM. Éste se agrava con el estrés, la afectividad negativa- depresión y ansiedad-, los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento maladaptativas. Hay evidencia de correlación entre dolor y sintomatología depresiva en la FM (Nicassio y cols., 1995; Wolfe y cols., 1996 citados por Martínez, González y Crespo, 2003). El dolor crónico de la FM podría inducir la depresión de forma directa o bien los efectos del dolor podrían influir en una percepción errónea de enfermedad como mayor incapacidad de la existente (Nicassio et al., 2002 citado por Martínez, González y Crespo, 2003).

-La *rigidez*, matutina o postreposito, se considera parte del cuadro de sueño no reparador.

-La *calidad del sueño se encuentra alterada*, pudiendo estar fragmentado, ser no profundo, siendo referido como sueño poco reparador.

-La *fatiga* constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos en los pacientes con FM. Se ha constatado que la depresión mayor y la baja calidad del sueño son factores predictores de fatiga en pacientes fibromiálgicos. Cabe mencionar que, tanto la fatiga como el insomnio son síntomas propios de la depresión, con alta incidencia en estos pacientes (Martínez, González y Crespo, 2003).

a) Dolor (100%).
b) Rigidez (76-84%) matutina o postreposito.
c) Alteraciones del sueño (56-72%).
d) Fatiga (57-92%).
e) Parestesias (puede ser al inicio).

***OTROS SÍNTOMAS:**

Además de los síntomas anteriormente citados, se pueden presentar otros tales como: intestino irritable, cefalea tensional, síntomas genitourinarios, y síntomas vegetativos y funcionales como extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor, intolerancia a múltiples fármacos, entre otros (Villanueva, 2004; Rivera et al., 2006; Geisser et al., 2008 citados por González, Landero y García-Campayo, 2010).

1.2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA FIBROMIALGIA.

La Fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

Existen evidencias que apoyan la presencia de un componente psiquiátrico en la FM, a pesar de que esta apreciación es rechazada por los afectados, que consideran el malestar psíquico secundario a sus dolencias físicas.

En los últimos años se ha tratado de esclarecer cuál es el papel que juega la depresión y la ansiedad en la FM, así como la importancia de los antidepresivos y de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento multimodal de esta patología.

Pese a las controversias que existen en torno a su etiología, hoy día no hay duda de que se trata de un trastorno de base músculo-esquelética, en el que existen aspectos psicológicos y psiquiátricos implicados en su inicio o evolución (Martínez, González y Crespo, 2003).

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS.*

Según Birnie y cols., la mayoría de manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico. Los pacientes con dolor crónico presentan alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionadas con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento del desamparo y desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos.

**ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS.*

Algunos estudios indican que estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, que incluyen depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico (Martínez, González y Crespo 2003).

Existe una gran evidencia de que la depresión se asocia con la FM, teniendo en cuenta, que algunos síntomas característicos como la astenia, trastornos del sueño, trastornos cognitivos y quejas somáticas, están presentes también en la depresión (Martínez, González y Crespo 2003).

Identificar a los/las pacientes con depresión es importante, no sólo porque la depresión es una patología tratable, sino también porque puede tener efectos nocivos en la capacidad del/la paciente para hacer frente a los síntomas de la FM.

1.2.3. ASPECTOS TERAPEÚTICOS.

No existe ningún tratamiento definitivo para la FM. Las medidas que se toman siguen las directrices generales de los tratamientos basados en la evidencia científica.

Van dirigidas a disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida mejorando la funcionalidad, aumentar la capacidad de afrontar la enfermedad y aumentar el bienestar psicológico.

Las terapias propuestas son efectivas combinadas, perdiendo eficacia de forma aislada.

Las terapias se sustentan en un conjunto de medidas que se potencian entre sí y se aplicarán en cinco áreas: Educativa, farmacológica, física, psicológica, ocupacional. (Collado et al., 2007).

-MEDIDAS EDUCACIONALES.

Según Buckhardt (citado por Collado et al., 2005), educación por sí sola no posee efectos terapéuticos y la provisión única de educación y apoyo no influye significativamente en la mejoría de los síntomas, diversos estudios han avalado la importancia que tiene la educación en cómo se afrontan los síntomas, en la mejoría del autocontrol y en las conductas de salud, demostrando beneficios cuando se unen a estrategias cognitivas conductuales y a ejercicio físico sobre la función física, severidad del dolor, función social, estrés psicosocial y calidad de vida.

El/la enfermo/a debe ser informado/a desde el principio sobre las características del síndrome, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. (Collado et al., 2005).

La educación va dirigida tanto al/la paciente como a su familia, para que así tomen contacto con la realidad terapéutica, evalúen la situación actual, así como para que no se formen falsas expectativas. Los/las afectados/as deben saber que las condiciones físicas y psicológicas actúan de forma directa y proporcional en sus limitaciones; y que éstas, a su vez también se ven afectadas por su capacidad de control sobre el estado emocional y la sintomatología dolorosa.

Respecto a la familia, las recomendaciones van dirigidas a:

-modificación de hábitos cotidianos que afectan a la FM como por ejemplo, la sobrecarga física o psicológica, o factores que promueven la desesperanza del/la enferma.

-Establecer un equilibrio saludable entre la provisión de ayuda suficiente y de calidad, y la promoción de la independencia funcional.

-Legitimar en el entorno familiar la condición de la fibromialgia como enfermedad médica, corregir atribuciones injustificadas de la sintomatología a factores médicos, psicológicos o físicos no demostrados.

-En definitiva, fomentar un estilo de interacción interpersonal favorable y saludable (Collado et al., 2005).

-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Se marcan dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas.

Control del dolor:

El tratamiento analgésico intenta disminuir el dolor generalizado, especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes.

También va encaminado a disminuir el dolor originario de otra fuente como, articular, neuropática y visceral.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son los fármacos más eficaces (Arnold, 2000; Collado et al, 2005). La **amitriptilina** es el medicamento de elección por ser el de mayor eficacia, aunque no hay evidencia de que existan diferencias entre los diferentes ATC. La dosis diaria oscila entre 10-75 mg de administración nocturna (teniendo en cuenta la edad) (Collado et al., 2005).

La **ciclobenzaprina** (10mg/día), un fármaco de la familia de los relajantes musculares y de estructura similar a los ATC, también ha demostrado con una moderada mejora de la calidad del sueño y la función global y una pequeña mejora del dolor sin efectos sobre otros síntomas (Tofferi, 2004; Collado et al., 2005).

Cuando con la amitriptilina no se consigue controlar el dolor, algunos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como **fluoxetina** (20-40mg/día), parece aumentar el efecto analgésico de los antidepresivos tricíclicos utilizados conjuntamente. Sin embargo los ISRS no han demostrado efectividad cuando se utilizan como único fármaco.

Otro fármaco de efectividad moderada sería el **tramadol**, fármaco con débil acción agonista sobre receptores opiáceos, si no existe buena respuesta al tratamiento anterior. La dosis inicial 50-400mg/día se inicia a bajas dosis y paulatinamente se va aumentando hasta conseguir el beneficio.

Los opiáceos no son efectivos, no están indicados en el tratamiento de la Fibromialgia.

Los AINES son poco efectivos. Los más utilizados son **paracetamol** e **ibuprofeno**. Aún sin haber demostrado su eficacia, son los más tolerados por su bajo perfil de toxicidad para dolor de origen osteoarticular y periodos cortos de tiempo (Collado et al., 2005).

Control de otros síntomas:

a) Trastorno del sueño. El 90% de los pacientes con FM, refieren sueño de mala calidad, ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno. Las primeras medidas

recomendadas so higiénicas como abstención de cafeína u otros estimulantes en las horas previas al descanso, realizar ejercicios aeróbicos durante el día, evitándolos las horas cercanas a las horas del sueño.

También se deben utilizar en primer lugar los tratamientos no farmacológicos conductuales, especialmente la técnica de control de estímulos y la técnica de restricción del sueño, que han demostrado eficacia en el tratamiento del insomnio a corto y largo plazo.

El tratamiento farmacológico más utilizado es:

-antidepresivos tricíclicos. Al utilizarse en el tratamiento del dolor son fármacos de primera elección.

-los antihistamínicos sedantes como **difenhidramina o hidoxicina** (25mg/día), que han sido utilizados con buenos resultados, aunque su efectividad no ha sido valorada de forma reglada.

-hipnóticos no benzodiazepínicos inductores de sueño como la **zopiclona o el zolpidem**. Se utilizarán en aquellos pacientes que no se consiga regular el sueño. (Collado et al., 2005)

b) Fatigabilidad, astenia. El cansancio y la astenia interfieren gravemente con la calidad de vida, las actividades laborales y el nivel de recuperación física. Una vez más los antidepresivos tricíclicos parecen ser los medicamentos más efectivos. (Collado et al., 2005).

c) Alteración del estado del ánimo. Algunas veces asociada a la depresión, ansiedad manifiesta o con sintomatología de angustia (pánico). Se recurre a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

d) Disautonomía (alteración del sistema autonómico o vegetativo). Se manifiesta en forma de hipotensión neurógena, taquicardia postural ortostática, sensación de mareo o inestabilidad con los cambios posicionales, o hiperactividad del sistema simpático (temblor, hipersudoración). Además de medidas higiénicas como tomar líquidos isotónicos, evitar factores desencadenantes..., en algunas ocasiones es necesaria la utilización de betabloqueantes tales como el **propranolol**. (Collado et al., 2005).

-TRATAMIENTO FÍSICO.

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente, ya que varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso. El ejercicio aeróbico, en cualquiera de sus modalidades, ha mostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso por sí mismo. En la revisión sistemática de la Cochrane, los autores llegan a la conclusión de que existe una evidencia moderada-fuerte de que la terapia por medio de ejercicio físico mejora la capacidad aeróbica y la presión dolorosa sobre los puntos de los pacientes con FM. La evidencia es limitada sobre la mejoría en otros síntomas (fatiga, función física, síntoma de la depresión...). Pero lo importante es que no existe evidencia de que el ejercicio aeróbico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad. (Collado et al.,2005;Consejería de Salud,2005).

-TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

Recientes revisiones no dejan lugar a dudas en cuanto a la importancia de los factores psicológicos en el inicio y la cronificación de los trastornos por dolor (Linton, 2000; Hoogendon,2000; Collado et al., 2005).

El modelo conductual (primer modelo psicológico solvente con apoyo científico) operante del dolor crónico sostiene que cabe diferenciar entre la causa del dolor y las expresiones y conductas que comporta. Estas son aprendidas y, por tanto, sujetas a los mismos mecanismos de condicionamiento y susceptibles de modificación en la misma medida que cualquier otra conducta. (Collado et al., 2005).

El actual modelo cognitivo-conductual del dolor crónico propone que los problemas debidos al dolor crónico provienen del tipo de reacción que genera.

Por tanto, el tratamiento psicológico del dolor crónico, y en particular del la FM, persigue la modificación del estado emocional, de la conducta y de las atribuciones y creencias, con la finalidad de aumentar la funcionalidad del paciente, promover las estrategias de afrontamiento adaptativas y mantener sus interacciones sociales.

Existen numerosos estudios que demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor crónico. (Williams,2003;Collado et al.,2005)

Una intervención psicológica completa debe incluir:

-Programas de modificación de comportamiento, dirigidos a aumentar el nivel funcional para las tareas cotidianas, mediante técnicas basadas en el condicionamiento operante, utilizando el control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzadores del dolor.

-Terapia cognitiva, incluyendo técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor (por ejemplo el catastrofismo) y a promover la eliminación de las estrategias de afrontamiento no adaptativas. (Collado et al., 2005).

-TRATAMIENTO OCUPACIONAL.

El rol del terapeuta ocupacional en la FM no está definido claramente en la literatura científica. Esto es debido a la carencia de publicaciones en este campo. El tratamiento ocupacional del dolor crónico, y en particular de la FM, persigue la regulación de las actividades de la vida diaria, el establecimiento de objetivos funcionales, la educación sobre técnicas ergonómicas y una correcta adaptación ergonómica en el entorno, y ayudas al/la paciente al retorno de su actividad laboral. (Collado et al, 2005).

-TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

La terapia cognitivo conductual se basa en la idea de que la percepción de la persona sobre sí misma y sobre lo que le rodea afecta a las emociones y al comportamiento. El objetivo de la terapia es cambiar la idea sobre el dolor, lo que permite tener una actitud positiva frente a la enfermedad. Hay evidencias muy coherentes en los resultados de los tratamientos con terapia cognitivo conductual en la FM. Disminuye la intensidad del dolor y el cansancio y mejora el ánimo y la capacidad funcional (Goldenberg, 2004; Rossy, 1999 citados por Viana, 2009).

-RETROALIMENTACIÓN.

Los ensayos clínicos realizados sobre los efectos del biofeedback demostraron respuestas positivas en relación con el dolor, el entumecimiento matutino, los puntos sensibles y la depresión. El biofeedback es un proceso educativo en el que se combina la tecnología y los métodos de retroalimentación con el objetivo de que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor y con la práctica aprender a controlarlas mejor (Goldenberg, 2007; Yousefi, 2005; citados por Viana, 2009).

1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LA FIBROMIALGIA.

En 1992, en la Declaración de Copenhague es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tipificándola con el código M79.0 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), siendo reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) clasificándola con el código X33.X8a.

La incidencia real de estos procesos es desconocida, aunque la podemos considerar un problema muy común en la población general. Diferentes estudios epidemiológicos recogen cifras alrededor del 11% de la población afectada de dolor persistente situando la prevalencia de fibromialgia alrededor del 2-3% de la población general. En la población española según el estudio EPISER se estima una prevalencia del 2,73%, con un 4,2% para sexo femenino y 0,2% para el masculino, considerándose la causa más frecuente de dolor musculoesquelético crónico difuso. Estos datos contrastan con prevalencias cercanas al 10% en países como Israel, EE.UU., Gran Bretaña o Canadá (Villanueva et al., 2004).

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), en España hay 945.683 afectados, correspondiendo esta cifra al 2,3% de la población mayor de 20 años. Se calcula un mínimo de 575.638 (1,4%) y un máximo de 1.356.857 (3,3%).

En Andalucía y, también según datos de la SER, el total de afectados es de 170.291 (2,3%) en una estimación de población mayor de 20 años de 7.403.968 habitantes.

1.4. EL DESEO SEXUAL Y LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

Una vez hecha la presentación del Síndrome de Fibromialgia, el objetivo de este apartado es mostrar el impacto que ocasiona la enfermedad en la vivencia sexual, así como en la satisfacción sexual de la mujer que la padece.

Comenzando por su tratamiento, hay evidencia científica de la alteración que ocasiona éste en cada una de las fases de la respuesta sexual humana.

Al valorar los efectos de la medicación sobre la sexualidad, se deben tener también en cuenta los posibles efectos de la enfermedad para la que se han prescrito dichos fármacos (Hurtado et al., 2002).

Son numerosas las referencias encontradas en la literatura sobre el efecto de diversos psicofármacos en la función sexual (antidepresivos, neurolépticos, benzodiazepinas, anfetaminas, litio). Un grupo de ellos, los antidepresivos, se han considerado desde su uso en psicofarmacoterapia, como posibles causantes de disfunciones sexuales al actuar sobre los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos del Sistema Nervioso Central (Segraves,1998;Alcántara,1999;Waldinger,1999;Rothschild,2000;citados por Hurtado et al., 2002).

Centrándonos en el tratamiento específico de la FM, se presenta a continuación la interferencia que los medicamentos más frecuentemente prescritos en esta enfermedad, tienen en la respuesta sexual.

Fármacos pautados para el control del dolor.

GRUPO FARMACOLÓGICO	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	FASES RESPUESTA SEXUAL		
			D	E	O
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	AMITRIPTILINA	DEPRELIO	+	+	+
MIORRELAJANTE DE ACCIÓN CENTRAL	CICLOBENZAPRINA	YURELAX	-	+	-
ISRS	FLUOXITINA	ADOFEN PROZAC	+	+	+

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), tienen como grupo, efectos secundarios importantes sobre la respuesta sexual debido a los efectos serotoninérgicos que producen. Es preciso tener en cuenta el papel que el trastorno depresivo en sí mismo puede tener sobre el funcionamiento sexual, así como la predisposición individual y la historia personal a la hora de atribuir un efecto determinado a la medicación. (Hurtado et al.,2002).

Fármacos pautados para el control del insomnio.

GRUPO FARMACOLÓGICO	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	FASES RESPUESTA SEXUAL		
			D	E	O
HIPNÓTICOS	ZOLPIDEM	DALPARAN STILNOX	-	-	+

D: Fase del deseo de la respuesta sexual.

E: Fase de excitación-meseta de la respuesta sexual.

O: Fase de orgasmo de la respuesta sexual.

+: Puede ocasionar alteración de dicha fase de la respuesta sexual.

-: No se conoce que pueda ocasionar alteración de dicha fase de la respuesta sexual.

Estos datos han sido recogidos de la publicación “Vademecun sexual: Fármacos y disfunción sexual”, resultado de la revisión y análisis de los datos publicados y evidenciados por las publicaciones científicas sobre fármacos que pueden alterar la función sexual. (Hurtado et al.,2002).

En el primer recuadro se puede observar como los ATC e ISRS, utilizados por su eficacia en el tratamiento del dolor, pueden ocasionar alteración en las tres fases de la respuesta sexual humana estudiadas.

En cuanto al síntoma principal de la FM, es decir, el dolor (síntoma presente en el 100% de las afectadas) nos da pie a recordar a H.S.Kaplan en “La nueva terapia sexual” y su mención a los cuadros clínicos dolorosos: *“Cualquier condición que cause dolor en el acto sexual o interfiera la intromisión o la estimulación, puede afectar de una manera adversa la respuesta sexual”*. También hizo mención a la depresión y cómo ésta actuaba en la respuesta sexual diciendo que *“la depresión, el estrés y la fatiga pueden dañar de una manera profunda la sexualidad, aparte de que ciertos estados de depresión y tensión enmascarados se hallan envueltos con frecuencia en la etiología de las disfunciones sexuales. Cuando un paciente se halla intensamente deprimido, el sexo es lo último que le viene a la mente”*.

2. OBJETIVOS.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVOS GENERALES:

El principal objetivo de este proyecto de investigación es describir y caracterizar la vivencia sexual, así como satisfacción sexual de las mujeres con Síndrome de Fibromialgia.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluación de las relaciones sexuales de nuestra muestra, así como la presencia de alguna disfunción sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas en la penetración vagina, ansiedad anticipatoria).
2. Evaluación la satisfacción sexual e intimidad o cercanía emocional con la pareja de las mujeres con FM.
3. Evaluar aspectos relacionales de la actividad sexual a través de la iniciativa sexual y grado de comunicación sexual.
4. Establecer la caracterización de la sexualidad en nuestra población de estudio.

3. JUSTIFICACIÓN.

3. JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años se han publicado decenas de trabajos sobre diferentes aspectos de la Fibromialgia, siendo escasos los estudios dirigidos al impacto que causa la enfermedad sobre la función sexual de las pacientes.

La decisión de centrar el estudio de investigación en la mujer se justifica con los datos epidemiológicos. Como se ha mencionado en la introducción, la prevalencia de la fibromialgia en las mujeres es del 4,2%, frente a la del hombre que es del 0,2%.

Esta diferencia en la distribución de la enfermedad entre los dos sexos obliga a plantearse cuáles son los motivos que provocan ese desproporcionado número de diagnósticos en las mujeres. El aumento podría deberse a la existencia de determinadas características específicas de la mujeres que las hiciesen más susceptibles de padecer la enfermedad, a circunstancias relacionadas con su papel social que pudiesen suponer situaciones de riesgo para desarrollarla o, también, podría deberse a la forma en que se construye y diagnostica la propia enfermedad. (Tosal, 2007).

Por otra parte, y citando a Tosal, la búsqueda de las causas que expliquen esa diferencia en la distribución entre hombres y mujeres no ha sido una línea de estudio que haya interesado a los investigadores que han trabajado en fibromialgia, ni desde el punto de vista del género (de los roles sociales o las situaciones de género implicadas en el desarrollo de la enfermedad) ni desde el punto de vista biológico (Tosal, 2005).

Para evaluar los estudios previos que existen sobre la sexualidad en mujeres con este diagnóstico, se ha realizado una revisión bibliográfica, para evaluar el estado actual de conocimiento sobre la asociación entre FM y disfunción sexual en la mujer.

De los artículos encontrados, se descartan los que mencionan disfunción masculina, así como los que hablan de la sexualidad de la mujer con enfermedad reumática en general, centrándonos estrictamente en los que ciñen su investigación en la Fibromialgia. Muchas de las publicaciones revisadas, son a su vez revisiones bibliográficas del tema. Se destaca de dicha revisión los siguientes hallazgos:

-La disfunción sexual suele ser grave y puede afectar a todos los ámbitos de la sexualidad.

-Hay indicios de que la depresión puede ser el factor principal que contribuye a la aparición de ésta, relacionando muchos de ellos el estado depresivo como el responsable

de los problemas de la fase de deseo y excitación (Orellana et al., 2009) (Kalichman, 2009).

-El reconocimiento de la disfunción sexual y su inclusión en el manejo multidisciplinario son necesarios para mejorar la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia (Orellana y cols, 2009)

-Existencia de disminución del deseo y la excitación.

-Disminución de la experiencia del orgasmo.

-Aumento del dolor durante el coito. (Kalichman, 2009).

Los resultados de otra publicación recogen que, las mujeres con FM no difieren de las mujeres sanas de un grupo de edad de referencia respecto a la excitación y el orgasmo. Sin embargo, sí reportaron más problemas en el deseo y la satisfacción, más dolor en su cuerpo, y la insensibilidad (pero no dolor) en sus genitales, antes, durante o después de tener sexo. (Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R., 2006)

Las conclusiones obtenidas tras revisar las publicaciones obtenidas en la búsqueda bibliográfica, apuntan a que sí existe una disfunción sexual en las mujeres diagnosticadas de FM. La fase de la respuesta sexual humana que más se ve afectada es, principalmente, la fase del deseo. La experiencia dolorosa a posteriori, condiciona la evitación progresiva, incluso rechazo de relaciones sexuales. Los síntomas asociados con la FM (dolor, rigidez, fatiga, reducción del deseo sexual, impacto de la medicación...) tienen efectos negativos en la satisfacción sexual de la mujer.

Se menciona también la mala comunicación de la pareja.

Lo que sí apuntan prácticamente en unanimidad todas las publicaciones es que se debe seguir investigando y estudiando el impacto de la FM en la sexualidad de la mujer. Refieren que son necesarios más estudios prospectivos con muestras significativas para obtener datos concluyentes.

La disfunción sexual en mujeres con FM se presenta, por tanto, como un tema muy interesante, pero poco estudiado, lo cual nos invita a indagar sobre ello.

Los hallazgos anteriormente descritos de publicaciones anteriores y, la última propuesta (la necesidad de seguir investigando), es lo que anima a realizar el estudio sobre evaluación y satisfacción sexual en mujeres con fibromialgia de nuestra zona.

4. PERSONAS Y MÉTODOS.

4. PERSONAS Y METODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio epidemiológico transversal.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Mujeres con ó sin pareja sentimental estable de la comarca del Poniente almeriense y Almería ciudad, diagnosticadas de Síndrome de FM; miembro de alguna asociación de fibromialgia existente en la provincia o tratadas en la Unidad del Dolor del la Empresa Pública Hospital de Poniente.

4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Para la recogida de datos se envió el anteproyecto de investigación a la unidad de investigación de la Empresa Pública Hospital de Poniente, solicitando permiso al comité ético para contar con la colaboración de las mujeres con fibromialgia tratadas en la Unidad del Dolor de dicho hospital. También se contactó con las asociaciones de Fibromialgia existentes en la comarca del poniente almeriense, así como la que existe en la ciudad de Almería. Se puso en conocimiento de las presidentas de cada asociación, el estudio que se estaba llevando a cabo, solicitando la colaboración de las señoras que voluntariamente y de forma anónima quisieran participar. Se les envió por correo electrónico el anteproyecto realizado donde se plasmaba el tipo de estudio, los objetivos que se perseguían, así como los cuestionarios que se iban a utilizar. Las presidentas de cada asociación presentaron el anteproyecto a sus juntas directivas, aceptando participar. En dos de los casos; con las asociaciones ABDERA de Adra, y AFIPA de Roquetas de Mar (junto con su psicóloga en el caso de AFIPA) , se asistió a una convocatoria de asociadas para presentar personalmente el anteproyecto, pasar los cuestionarios a las asistentes, así como aclarar ciertos conceptos o ítems que presentaron alguna duda. Se hizo hincapié en la aclaración de que actividad sexual puede ser en pareja o mediante el autoerotismo, incluyendo la masturbación, caricias, juegos sexuales y no solo la penetración. Con la asociación de AFIAL de la ciudad de Almería, se contactó con su psicóloga, tras aceptar la junta directiva la participación. Se le presentó

los cuestionarios, así como la aclaración de los ítems que podían crear dudas en las participantes.

En el caso de AFERIVE; asociación de fibromialgia de Vúcar, aún habiendo presentado el anteproyecto a la junta directiva y aprobando su participación, no se pudo contar con ellas por imposibilidad de convocatoria de las señoras en las fechas previstas.

Por último, AFIEL, asociación de fibromialgia de El Ejido. Tras enviar el anteproyecto a su presidenta y ésta presentarlo a la junta directiva, se acordó tras convocatoria de asociadas, depositar los cuestionarios en la asociación, y las voluntarias, una vez contestados, lo entregarían en el buzón creado para ello, retirándolos en la fecha acordada.

Del comité ético de la Empresa Pública del Hospital del Poniente no se obtuvo la autorización solicitada.

4.4. INSTRUMENTALIZACIÓN.

Las variables descriptivas personales que se han estimado de interés son: edad, nº de hijos, estado civil (casada, soltera, divorciada o viuda) y profesión (haciendo la distinción entre trabajo remunerado o ama de casa).

A cada una de las participantes se le entregó dos cuestionarios validados. El primero de ellos se trata de un cuestionario evaluador de la función sexual en la mujer (FSM) (ANEXO I). Consta de 14 ítems antecedidos por la pregunta llave *¿ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas?* Si la respuesta es NO, la encuestada no cumplimentará el resto de casillas. Junto con ésta pregunta, hay una nota informativa donde se le aclara a la participante que la actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....Cada ítem del cuestionario FMS puntúa entre 1 y 5, correspondiendo 1 a la primera opción de respuesta y 5 a la última de las cinco posibles.

**Consideraciones para la interpretación de los resultados de FSM:*

- Con la interpretación de los dominios expuestos en la tabla 1, se evalúa la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual.

Tabla1. Evaluación de la respuesta sexual y presencia de disfunción sexual.

Dominios evaluadores de la actividad sexual (DEAS).	ítems	Puntuación total	interpretación
1-deseo	1,2,4	1-3	-Trastorno severo
		4-7	-Trastorno moderado
		8-15	-Sin trastorno
2-excitación	3,4,5	1-3	-Trastorno severo
		4-7	-Trastorno moderado
		8-15	-sin trastorno
3-lubricación	5	1	-Trastorno severo
		2	-Trastorno moderado
		3-5	-Sin trastorno
4-orgasmo	9	1	-Trastorno severo
		2	-Trastorno moderado
		3-5	-Sin trastorno
5-problemas con la penetración vaginal	6,7a,8	1-3	-Trastorno severo
		4-7	-Trastorno moderado
		8-15	-Sin trastorno
6-ansiedad.	8	1	-Trastorno severo
		2	-Trastorno moderado
		3-5	-Sin trastorno

-Con la interpretación de los dominios expuestos en la tabla 2, se evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual.

Tabla 2. Evaluación de aspectos relacionales de la actividad sexual.

(DEAS)	ítems	Puntuación total	interpretación
7-iniciativa sexual	10	1	-Ausencia iniciativa
		2	-Iniciativa moderada
		3-5	-Sin problemas de iniciativa.
8-grado de comunicación sexual.	11	1	-Ausencia comunicación sexual
		2	-Comunicación sexual moderada
		3-5	-Sin problemas de comunicación sexual

-En la tabla 3 se expone la interpretación de los ítems evaluadores de la satisfacción sexual.

Tabla 3. Evaluación de la satisfacción sexual.

(DEAS)	ítems	Puntuación total	interpretación
9-satisfacción de la actividad sexual	9,13	1-2	Insatisfacción
		3-5	Satisfacción moderada
		6-10	satisfactoria
10-satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción sexual general
		2	Satisfacción sexual general moderada
		3-5	Satisfacción sexual general

Por último, se expone en la tabla 4 la evaluación de los aspectos de interés sobre la actividad sexual y la interpretación de sus ítems.

Tabla 4. Evaluación de aspectos de interés sobre la actividad sexual.

Dominios descriptivos	ítems	Información complementaria.
11-actividad sexual sin penetración vaginal	7b	a)dolor b)miedo a la penetración c)falta de interés para la penetración vaginal d)no tener pareja sexual e)incapacidad por parte de su pareja
12-frecuencia de la actividad sexual.	12	a)1-2 veces b) de 3 a 4 veces c)de 5 a 8 veces d) de 9 a 12 veces e) más de 12 veces.

El segundo cuestionario (ANEXO II) es el de satisfacción sexual G.R.I.S.S para mujer (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) Validación experimental en lengua española: A.Aluja y J.M Farré. Consta de 28 ítems y se contesta mediante una escala de tipo Likert con cinco posibles respuestas: *nunca, casi nunca, ocasionalmente, habitualmente, siempre*. Para la evaluación de dicho cuestionario se ha seguido el modelo utilizado por Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Los ítems se agrupan en 7 escalas diferentes. La puntuación obtenida en cada escala se transforma en un valor que va desde el 1 al 9, indicando una puntuación igual o superior a 5, la existencia de problema en dicha escala. Las escalas que se evalúan son: No comunicación, Infrecuencia, Insatisfacción, Evitación, No sensualidad, Vaginismo y Anorgasmia.

En las siguientes tablas se exponen los ítems que componen cada escala, la forma de puntuarla, así como la transformación de la puntuación obtenida en los valores del 1 al 9.

1. Corrección escala No comunicación.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 2	4	3	2	1	0
Ítem 16	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
8	9
7	8
6	7
5	6
4	5
3	4
2	3
1	2
0	1

2. Corrección escala Infrecuencia.

	Nunca	Casi nunca	ocasionalmente	habitualmente	siempre
Ítem 3	0	1	2	3	4
Ítem 15	4	3	2	1	0

Puntuación	Puntuación transformada
8	9
7	8
6	7
5	6
4	5
3	4
2	3
1	2
0	1

3. Corrección escala Insatisfacción.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5	4	3	2	1	0
Ítem 10	4	3	2	1	0
Item18	0	1	2	3	4
Ítem 22	0	1	2	3	4

puntuación	Puntuación transformada
15-16	9
14	8
12-13	7
10-11	6
8-9	5
6-7	4
4-5	3
2-3	2
0-1	1

4. Corrección escala Evitación.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7	0	1	2	3	4
Ítem 13	0	1	2	3	4
Item20	0	1	2	3	4
Ítem 23	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
14-16	9
10-11	8
8-9	7
6-7	6
4-5	5
3	4
2	3
1	2
0	1

5. Corrección escala No sensualidad.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 9	4	3	2	1	0
Ítem 12	0	1	2	3	4
Ítem 19	4	3	2	1	0
Ítem 25	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
16	9
15	8
14	7
13	6
12	5
10-11	4
8-9	3
6-7	2
0-5	1

6. Corrección escala Vaginismo.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 6	0	1	2	3	4
Ítem 11	4	3	2	1	0
Ítem 17	4	3	2	1	0
Ítem 24	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
13-16	9
11-12	8
8-10	7
6-7	6
4-5	5
3	4
2	3
1	2
0	1

7. Corrección escala Anorgasmia.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 8	4	3	2	1	0
Ítem 14	0	1	2	3	4
Ítem 21	4	3	2	1	0
Ítem 28	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
16	9
15	8
14	7
12-13	6
9-11	5
6-8	4
4-5	3
1-3	2
0	1

4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Tras la recogida de datos, se elaborará la correspondiente base de datos y se aplicarán los correspondientes test estadísticos mediante el programa estadístico SPSS versión 17 y el programa Epi Info 2002.

Para las variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central: media, moda, mediana, máximo, mínimo y desviación típica. Para las variables cualitativas se calcularán las frecuencias absolutas y sus correspondientes porcentajes.

En el análisis bivariante se realizará el test de Chi-Cuadrado para variables cualitativas con un intervalo de confianza al 95% y una significación estadística de $p < 0.05$. La estimación del riesgo se determinará a través de la razón de prevalencia (PR).

Para la comparación de medias se utilizarán test paramétricos (T de Student) ó test no paramétricos (U de Mann Whitney) previa comprobación de si la población de estudio sigue una distribución normal ó no normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

4.6. SESGOS.

➤ Sesgos de muestreo:

Se trata de sesgos debidos a la falta de representatividad de la muestra, es decir, a que la muestra no es una reproducción correcta de la población.

Los sesgos de muestreo pueden deberse a que la población candidata, es decir aquella que en última instancia sirve para realizar el muestreo, es distinta del población total o general o bien a que la muestra de la que se obtiene la información no se ha tomado al azar de dicha población candidata.

➤ Sesgos durante la toma de datos:

Son los sesgos que se producen durante el proceso de la recolección de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) durante la realización del trabajo.

Sesgos debidos al encuestado: la información que éste proporciona puede ser incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión o modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros.

5. RESULTADOS.

5. RESULTADOS.

5.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE.

5.1.1. Variables de persona.

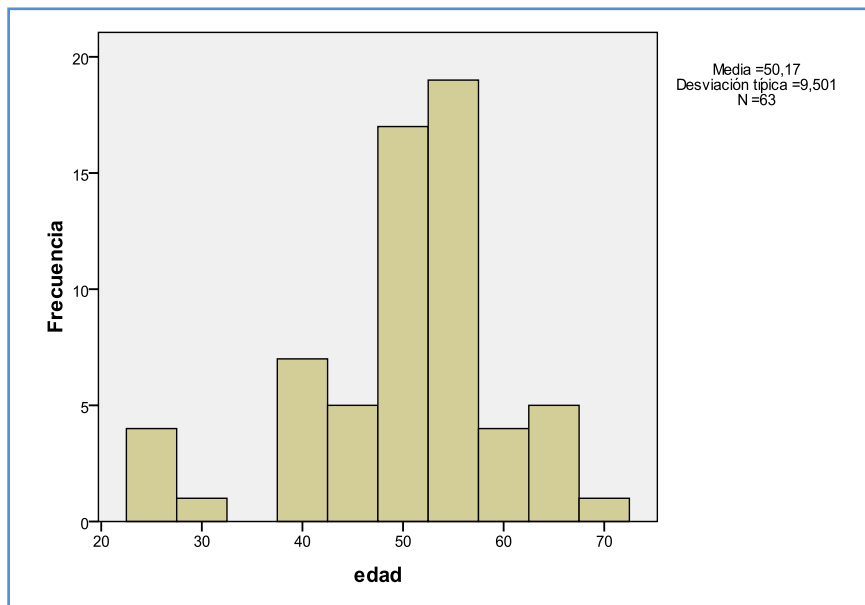
➤ *edad.*

El resultado total de mujeres participantes en el proyecto ha sido 63. La edad media de la muestra es de 50,17, siendo la edad mínima 25 años y la máxima 70 años.

Tabla 1. Distribución de la población por edad.

	N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desv.típica
edad	63	50,17	52	25	70	9,50

Gráfico 1. Distribución por edad.



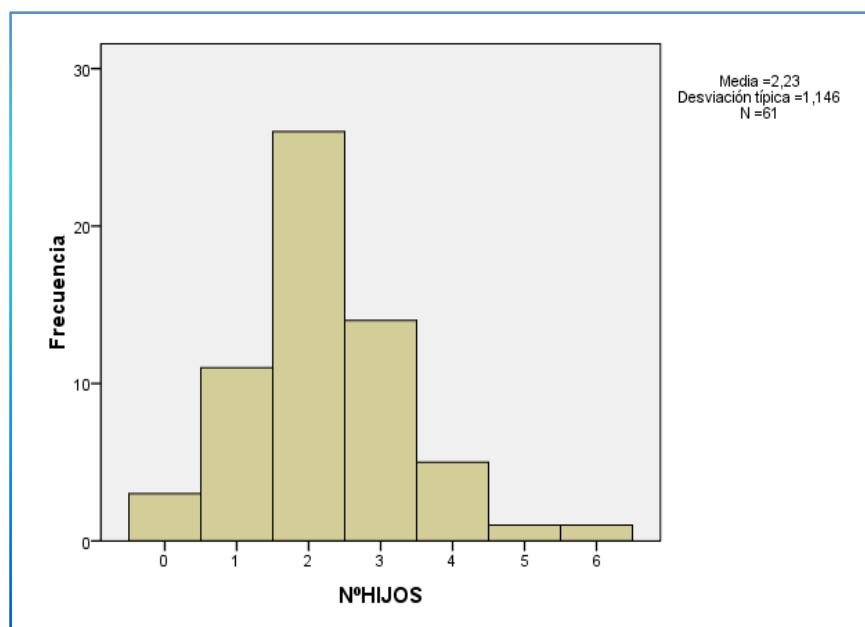
➤ **Número de hijos.**

De las 63 encuestadas, contestaron a esta pregunta 61. Se observa una media de hijos por mujer de 2,23, hallándose un máximo de 6 y un mínimo de 0, siendo la desviación típica de 1,14.

Tabla 2. Distribución de la población por nº de hijos.

	N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desv.típica
Nº hijos	61	2,23	2,00	0	6	1,14

Gráfico 2. Distribución por nº de hijos.



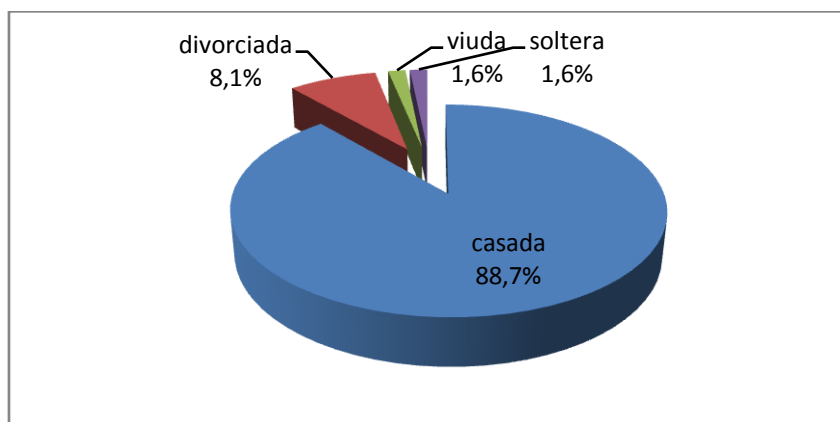
➤ **Estado civil.**

En cuanto al estado civil, se observa una mayoría de mujeres casadas con un 88,7%, frente al 8,1% de divorciadas. Se obtiene un 1,6% tanto para viudas como para solteras.

Tabla 3. Distribución de la población por estado civil.

	casada	divorciada	viuda	soltera
Frecuencia	55	5	1	1
Porcentaje	88,7	8,1	1,6	1,6

Grafico 3. Distribución por estado civil.



➤ **ocupación.**

Respecto a la ocupación, se ha evaluado si la mujer trabaja también fuera de casa, es decir, si tiene otro trabajo remunerado o no. De las 63 mujeres encuestadas, han contestado 62 a esta pregunta. Se obtiene un 48,4% de mujeres amas de casa frente a un 50% de mujeres que tienen un trabajo remunerado, encontrándose un 1,6% en situación de paro laboral.

Tabla 4. Distribución de la población por ocupación.

	Ama de casa	Trabajo remunerado	En paro
Frecuencia	30	31	1
Porcentaje	48,4%	50%	1,6%

5.1.2. Análisis del cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM).

* **Pregunta llave.**

Como se ha explicado en la instrumentalización, la pregunta 0 del cuestionario FSM, se denomina llave porque sólo contestarían el resto de ítems, las mujeres que respondan SÍ

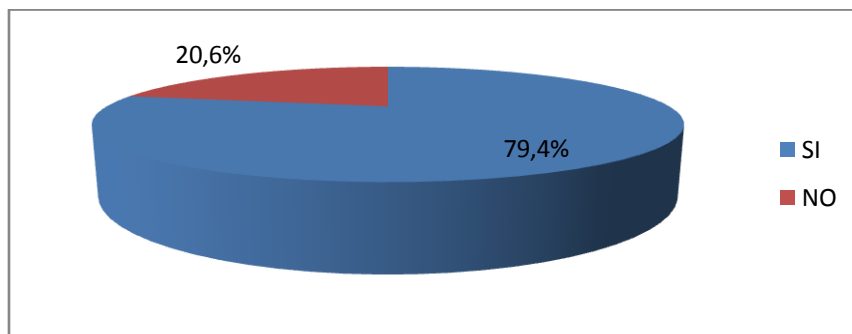
ante la pregunta **¿ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas?**

Tabla 5. Resultados ante pregunta llave.

	SI	NO
Frecuencia	50	13
Porcentaje	79,4%	20,6%

Se ha obtenido un 79,4% para el SI y un 20,6% para el NO.

Gráfico 4. Actividad sexual en las últimas 4 semanas.



5.1.2.1. Evaluación de la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en los distintos dominios que evalúan la respuesta sexual de la mujer: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal y Ansiedad anticipatoria.

➤ **Dominio Deseo.**

Este dominio se evalúa mediante las respuestas de los siguientes ítems:

-1) *Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) relacionadas con actividades sexuales?*

-2) *Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?*

-4) *En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.*

Las mujeres han elegido entre cinco posibles respuestas: Nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre, puntuando de 1 a 5 respectivamente. Los datos obtenidos son los siguientes:

Tabla 6. Porcentajes de respuesta en Deseo.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre
Item1	22%	26%	40%	6%	6%
Item2	22%	24%	46%	8%	0%
Item4	24%	14%	26%	16%	20%

➤ **Dominio excitación.**

Este dominio se ha evaluado mediante los ítems:

-3) *Durante las últimas 4 semanas ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?*

-4) *(definido en deseo).*

-5) *Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?*

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Tabla 7. Porcentajes de respuesta en Excitación.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre
Item3	22%	24%	34%	10%	10%
Item4	24%	14%	26%	16%	20%
Item5	12%	22%	24%	20%	28%

➤ **Dominio lubricación.**

Dominio evaluado mediante la pregunta 5) *Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?*

➤ **Dominio orgasmo.**

Para su evaluación se ha contestado a la siguiente pregunta:

Durante las últimas 4 semanas, 9) ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración? Posibles respuestas: Nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre, puntuando como en todos los casos desde 1 la primera opción y 5 la quinta.

Tabla 8. Porcentajes de respuesta en Orgasmo.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre
Item9	10%	12%	20%	8%	50%

➤ **Dominio problemas de penetración vaginal.**

Dominio evaluado por los ítems:

-6) *En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?*

-7a) *En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad?*

-8) *Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?*

Posibles respuesta para 6) y 8): Casi siempre-siempre, a menudo, a veces, raramente, nunca, puntuando de 1 a 5.

Posible respuesta para 7a) Nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre.

Puntuando de 1 a 5.

Tabla 9. Porcentajes de respuesta en Problemas con penetración vaginal.

	Casi S-siempre	A menudo	A veces	Raramente	Nunca
Item6	10%	14%	28%	20%	28%
Item8	18%	10%	18%	24%	30%

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre.
Item7a	0%	12,8%	31,9%	4,3%	51,1%

➤ **Evaluación de la ansiedad anticipatoria.**

Este dominio se ha evaluado con el ítem 8) *Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?*

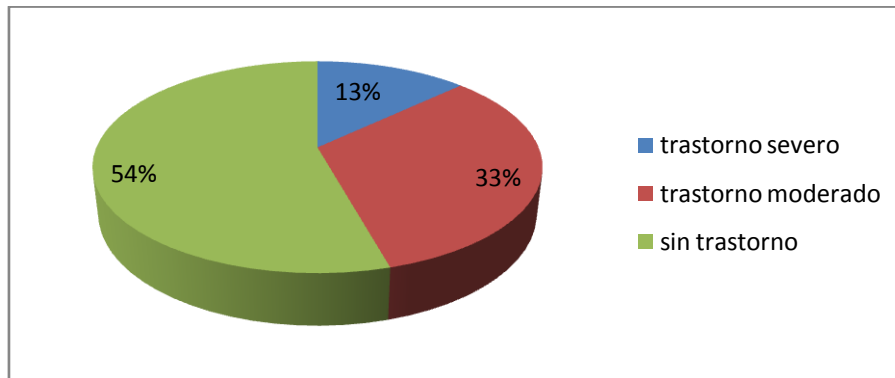
A continuación se muestra los resultados de la evaluación de la respuesta sexual y presencia de disfunción tras la interpretación de los resultados anteriores .

Tabla10. Interpretación de la respuesta sexual.

Dominio	Ítems	Puntuación total	Frecuencia	Porcentajes	Interpretación
1.Deseo	1,2,4	1-3	6	12%	Tras. severo
		4-7	15	30%	Tr. Moderado
		8-15	29	58%	Sin trastorno
2.Excitación	3,4,5	1-3	5	10%	Tras. severo
		4-7	14	28%	Tr. Moderado
		8-15	31	62%	Sin trastorno
3.Lubricación	5	1	6	12%	Tras. severo
		2	11	22%	Tr. Moderado
		3-5	33	66%	Sin trastorno
4.Orgasmo	9	1	5	10%	Tras. severo
		2	6	12%	Tr. Moderado
		3-5	39	78%	Sin trastorno
5.Problemas penetración	6,7 ^a ,8	1-3	0	0%	Tras. severo
		4-7	9	19,1%	Tr. moderado
		8-15	38	80,1%	Sin trastorno
6.Ansiedad anticipatoria	8	1	9	18%	Tras. severo
		2	5	10%	Tr. Moderado
		3-5	36	72%	Sin trastorno

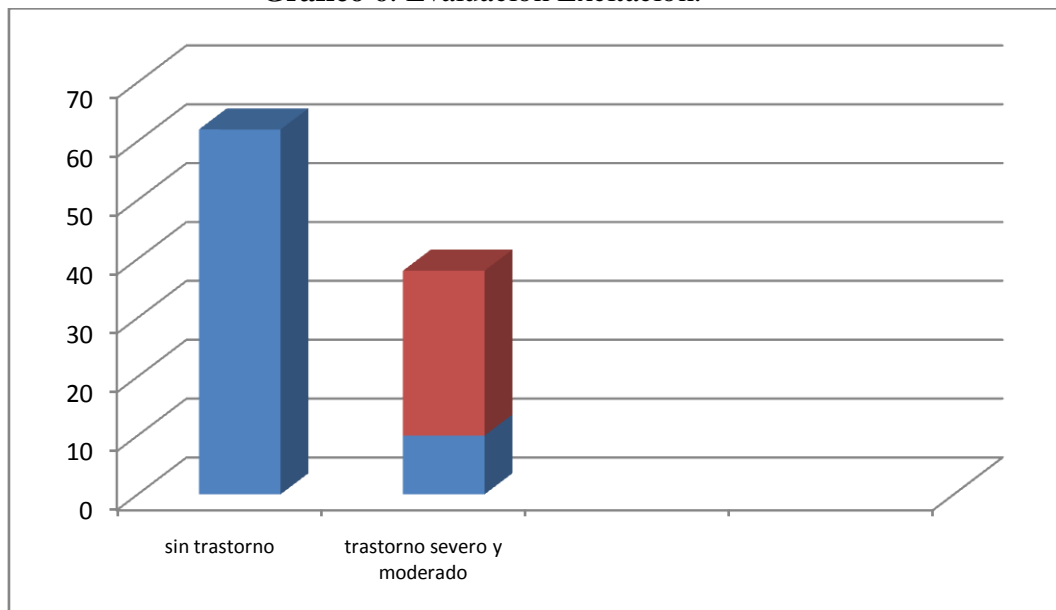
-1.En primer lugar se destaca el 58% de mujeres sin trastorno del deseo frente el 12% con trastorno severo. Resulta también destacable que el resultado de mujeres sin trastorno en el deseo sea mayor al porcentaje acumulado de trastorno severo y moderado, siendo de un 42%.

Gráfico 5. Evaluación Deseo.



-2.En cuanto a la Excitación, se obtiene un 62% de la muestra sin trastorno, frente a un 10% con trastorno severo.

Gráfico 6. Evaluación Excitación.

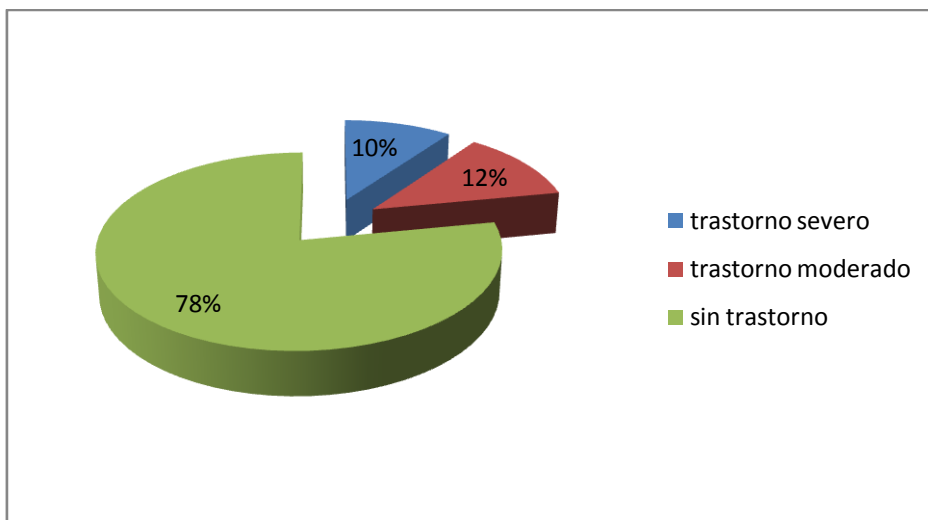


El porcentaje acumulado de trastorno severo y moderado se observa inferior al porcentaje de mujeres sin trastorno en la Excitación. 38%(valor acumulado) frente a un 62% respectivamente.

-3.Lubricación. Se ha obtenido un 66% de mujeres sin trastorno en la Lubricación frente a un 12% con trastorno severo. Con trastorno moderado se obtiene un 22%.

-4.Respecto al orgasmo, se obtiene un 78% de mujeres sin trastorno en el orgasmo frente al 10% con trastorno severo. Como trastorno moderado un 12%. La cifra de mujeres sin trastorno en este dominio es bastante superior al valor acumulado entre trastorno severo y moderado, siendo este último de un 22%.

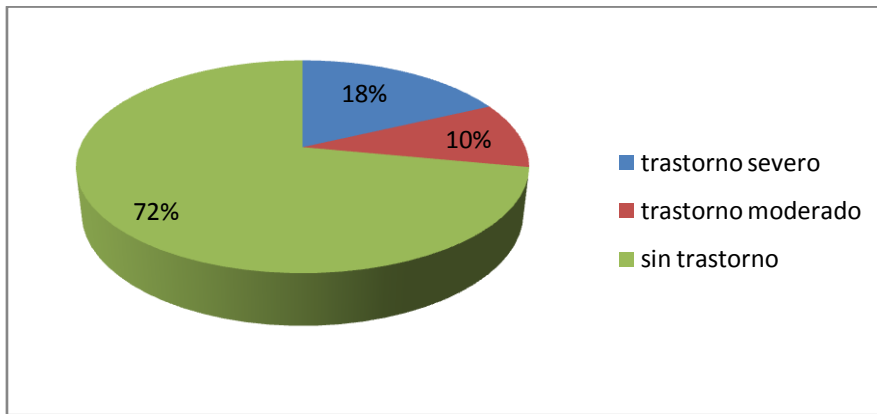
Gráfico 7. Evaluación de Orgasmo.



-5.Problemas con la penetración vaginal. En cuanto a este dominio, destaca el alto porcentaje obtenido de mujeres sin trastorno (80,9%), frente al obtenido con trastorno moderado (19,1%). No hay ningún caso que haya puntuado como trastorno severo.

-6.Ansiedad anticipatoria. Se ha obtenido un 72% de mujeres sin problemas en este dominio, frente al 18% con trastorno severo y 10% con trastorno moderado.

Gráfico 8. Ansiedad anticipatoria.



5.1.2.2. Evaluación de aspectos relacionales de la actividad sexual.

A continuación se expone los resultados obtenidos de los dominios que evalúan dichos aspectos: Iniciativa sexual y grado de comunicación sexual.

➤ **Iniciativa sexual.**

Se evalúa respondiendo al ítem 10) *En las últimas semanas ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?* Nota informativa: El término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otras personas, independientemente del sexo. Posibles respuestas Nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre. Puntúa de 1 a 5.

Tabla 11. Porcentajes de iniciativa sexual.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre
Item10	44%	34%	16%	4%	2%

Se ha obtenido un 44% de la muestra que refiere no tener nunca iniciativa en el encuentro sexual, frente al 2% que refiere siempre- casi siempre. Destaca también el 34% que contesta raramente.

➤ **Grado de comunicación.**

Dominio evaluado con el ítem 11) *Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?*

Tabla12. Porcentajes de Grado de comunicación.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi S-Siempre
Item11	30%	16%	8%	12%	34%

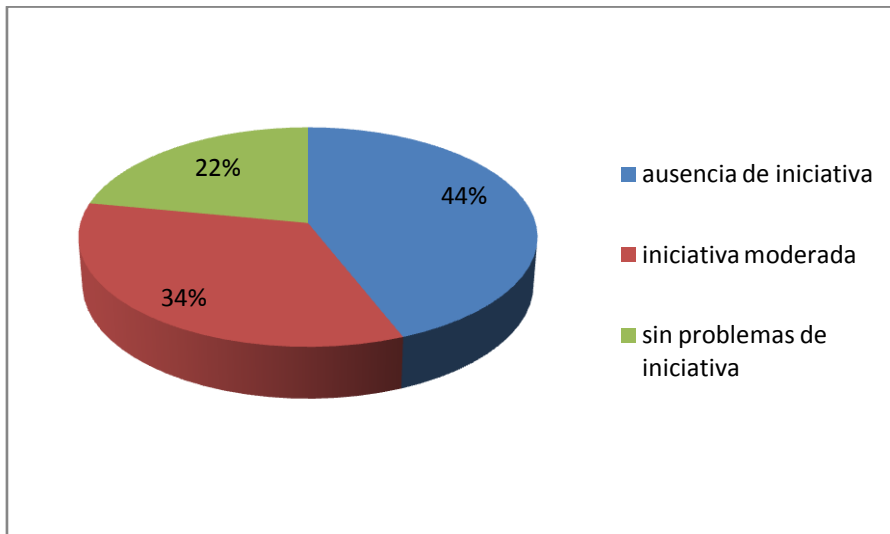
A continuación se presenta los resultados obtenidos de la interpretación de los dos dominios anteriores, evaluadores de aspectos relacionales de la actividad sexual.

Tabla13. Interpretación de los aspectos relacionales de la act. Sexual.

Dominio	Ítems	Puntuación total	Frecuencia	Porcentaje	Interpretación
Iniciativa sexual	10	1	22	44%	-Ausencia iniciativa
		2	17	34%	-Iniciativa moderada
		3-5	11	22%	-Sin problemas de iniciativa
Grado de comunicación	11	1	15	30%	-Ausencia comunicación
		2	8	16%	-Comunicación moderada
		3-5	27	54%	-Sin problemas comunicación

-Se observa como un 44% de la muestra presenta ausencia de iniciativa, frente a un 22% sin problemas en este dominio, siendo el valor acumulado entre ausencia de iniciativa e iniciativa moderada un 78%.

Gráfico 9. Resultado en Iniciativa sexual.



-Respecto al grado de comunicación, más de la mitad de la población estudiada; un 54%, refieren no tener problemas de comunicación sexual. Destaca también la proporción de la muestra que presenta ausencia de comunicación sexual (un 30%), siendo la comunicación sexual moderada de un 16%.

5.1.2.3. Evaluación de satisfacción sexual.

Para la evaluación de la satisfacción sexual se ha utilizado el análisis de los siguientes dominios:

➤ **Dominio satisfacción de la actividad sexual.**

Dominio evaluado con los ítems 9) (*definido en el dominio orgasmo*) y 13) *Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?* Posibles respuestas: Nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre. Puntuando como en todos los casos de 1 a 5.

Tabla 14. Porcentajes de satisfacción de la actividad sexual.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
Ítem9	10%	12%	20%	8%	50%
Ítem13	6%	14%	30%	18%	32%

➤ **Dominio satisfacción sexual general.**

Dominio evaluado con la respuesta al ítem 14) *En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?* Posibles respuestas: Muy insatisfecha, bastante insatisfecha, ni satisfecha ni insatisfecha, muy satisfecha.

Tabla15. Porcentajes de satisfacción sexual general.

	Muy insatisfecha	Bastante insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
Ítem14	8%	12%	42%	32%	6%

Se presenta en la siguiente tabla, el resultado de la evaluación de la satisfacción sexual de la muestra a través de la interpretación de los dos dominios anteriores.

Tabla16. Evaluación de la satisfacción sexual.

Dominio	Ítems	Puntuación total	Frecuencia	Porcentajes	Interpretación
Satisfacción de la actividad sexual	9,13	1-2	1	2%	-Insatisfacción
		3-5	12	24%	-Sat.moderada
		6-10	37	74%	-Satisfactoria
Satisfacción sexual general	14	1	4	8%	-Insatisfacción sexual general
		2	6	12%	-Satisfacción sexual moderada
		3-5	40	80%	-Satisfacción sexual general

-Destacable es el 74% de mujeres que presentan una actividad sexual satisfactoria, frente al 2% obtenido de insatisfacción.

-Se observa también el 80% de mujeres que resultan tener satisfacción sexual general frente al 8% que declaran insatisfacción sexual general.

5.1.2.4 Dominios descriptivos.

Para terminar el análisis univariante del cuestionario FSM, evaluamos los últimos 2 dominios que describen aspectos de interés sobre la actividad sexual:

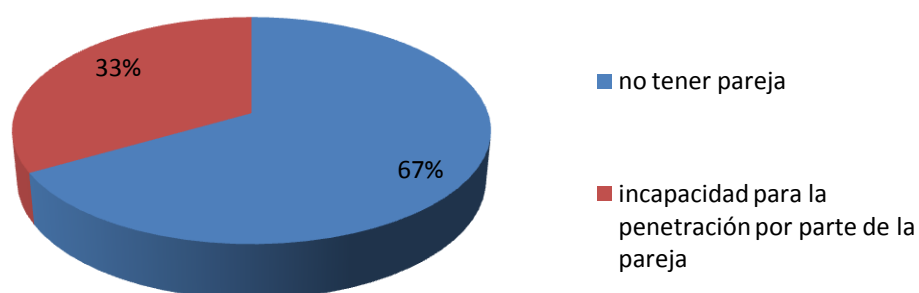
-ítem 7b) Evalúa la actividad sexual sin penetración. Se preguntaba el motivo por el que no había habido penetración vaginal durante las últimas las últimas 4 semanas: *Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas.* Las posibles respuestas expuestas en la tabla, se puntúan de 1 a 5.El número total de mujeres que han respondido esta pregunta a sido 3.

Tabla17. Porcentajes de motivo de no penetración.

	dolor	Miedo a la penetración	Falta de interés para penetración vaginal	No tener pareja sexual	Incapacidad por parte de su pareja
Ítem7b	0%	0%	0%	66,7%	33,3%

Se recoge un 66,7% por no tener pareja, frente a un 33,3% por incapacidad para la penetración por parte de su pareja. No se ha recogido ningún caso por sentir dolor, por miedo a la penetración o por falta de interés para la penetración vaginal.

Gráfico 10. Motivo de no penetración vaginal.



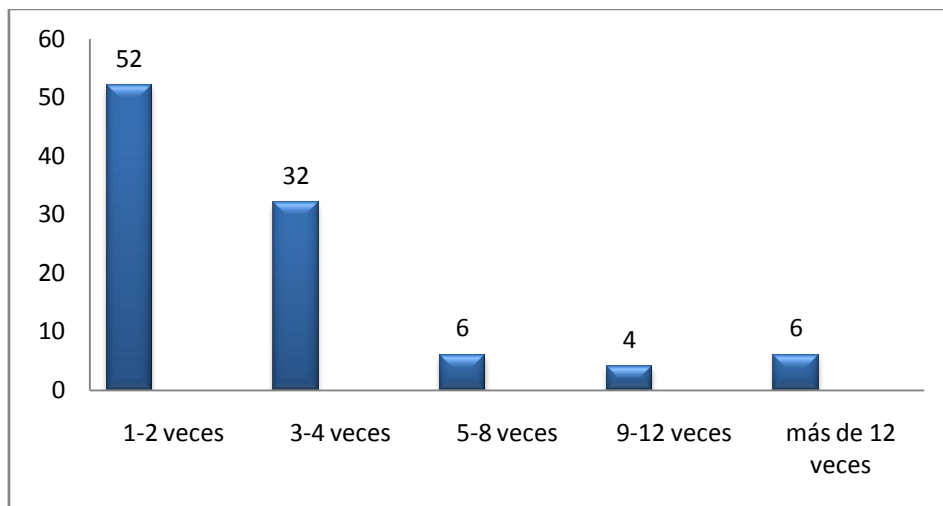
-ítem12) Frecuencia de la actividad sexual. Se pregunta sobre la frecuencia de la actividad sexual: *Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?* Posibles respuestas: 1-2 veces, de 3 a 4 veces, de 5 a 8 veces, de 9 a 12 veces, más de 12 veces.

Tabla18. Resultados de frecuencia de actividad sexual.

	1-2 veces	De 3-4 veces	De 5-8 veces	De 9-12 veces	Más de 12 veces
Ítem12	52%	32%	6%	4%	6%

Destaca en los resultados el 52% de mujeres que declaran tener de 1-2 veces relaciones sexuales al mes, frente al 6% que declaran tener más de 6 veces al mes.

Gráfico 11. Frecuencia de actividad sexual en las últimas 4 semanas.



5.1.3. Análisis del cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S.

A continuación se exponen los resultados obtenidos con el cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S, siendo los ítems de este cuestionario agrupados en las escalas: No comunicación, Infrecuencia, Insatisfacción, Evitación, No sensualidad, Vaginismo y Anorgasmia.

Los resultados obtenidos se han transformado en puntuaciones del 1 al 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problema en ese dominio evaluado.

➤ **No comunicación.**

Para la evaluación de esta escala, se han utilizado los ítems 2 y 16 del correspondiente cuestionario.

2) *¿le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?*

16) *¿le resulta difícil explicar a su pareja que es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?*

Se contesta según una escala Likert, con 5 posibles respuestas. Los resultados obtenidos ante estas dos preguntas se exponen en la siguiente tabla.

Tabla19. Porcentajes de respuestas a No comunicación.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem2	24,6%	18%	23%	19,7%	14,8%
Ítem16	41,9%	16,1%	17,7%	11,3%	12,9%

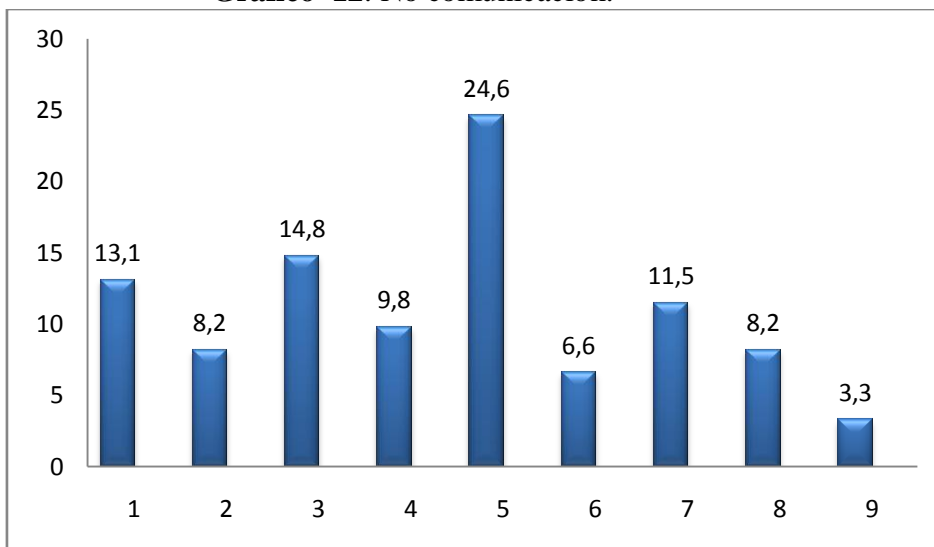
Tras la transformación de la puntuación a una escala del 1 al 9, se obtienen los siguientes resultados (Recordamos que valores iguales o superiores a 5 indican existencia de trastorno):

Tabla20. Resultados de No comunicación.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	8	5	9	6	15	4	7	5	2
porcentajes	13,1%	8,2%	14,8%	9,8%	24,6%	6,6%	11,5%	8,2%	3,3%

Se observa como un 45,8% de valor acumulado de la muestra, no presenta problema en No comunicación, frente un 54,2% que sí lo presenta en sus distintos grados, encontrando un 3,3% para el valor máximo 9.

Gráfico 12. No comunicación.



➤ **Infrecuencia.**

Valorada con los ítems 3 y 15.

3) *¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?*

15) *¿Realiza el coito más de dos veces por semana?*

Resultados de las respuestas:

Tabla 21. Porcentaje de respuestas de Infrecuencia.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem3	21%	8,1%	33,9%	22,6%	14,5%
Ítem15	49,2%	26,2%	11,5%	8,7%	4,9%

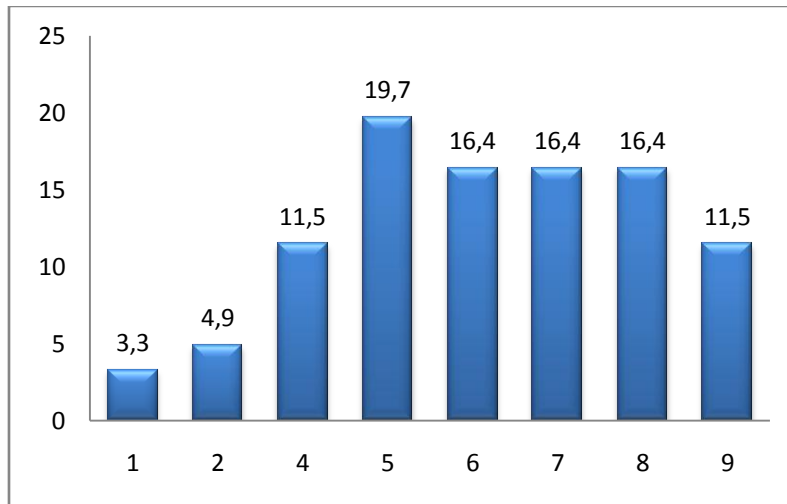
El resultado de la evaluación de la escala Infrecuencia tras la transformación de las puntuaciones obtenidas se expresa en la siguiente tabla:

Tabla 22. Resultados de Infrecuencia.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	2	3	0	7	12	10	10	10	7
Porcentajes	3,3%	4,9%	0%	11,5%	19,7%	16,4%	16,4%	16,4%	11,5%

Respecto Infrecuencia, obtenemos que un 19,7%, de encuestadas que no manifiestan tener problemas, frente a un 80,3% de porcentaje acumulado que sí la tienen en sus diferentes grados.

Gráfico 13. Resultado de Infrecuencia.



➤ **Insatisfacción.**

Los ítems utilizados para la evaluación de esta subescala son:

5)¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que usted y su pareja dedican al juego previo al coito?

10)¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?

18)¿Piensa que existe una falta de amor u efecto en sus relaciones sexuales con su pareja?

22)¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?

Resultado de las respuestas:

Tabla 23. Porcentajes de respuesta en Insatisfacción.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem5	19,7%	23%	16,4%	27,9%	13.1%
Ítem10	13,1%	13,1%	13,1%	39,3%	21,35%
Ítem18	45,9%	14,8%	18%	6,6%	14,8%
Ítem22	16,7%	21,7%	10%	36,7%	15%

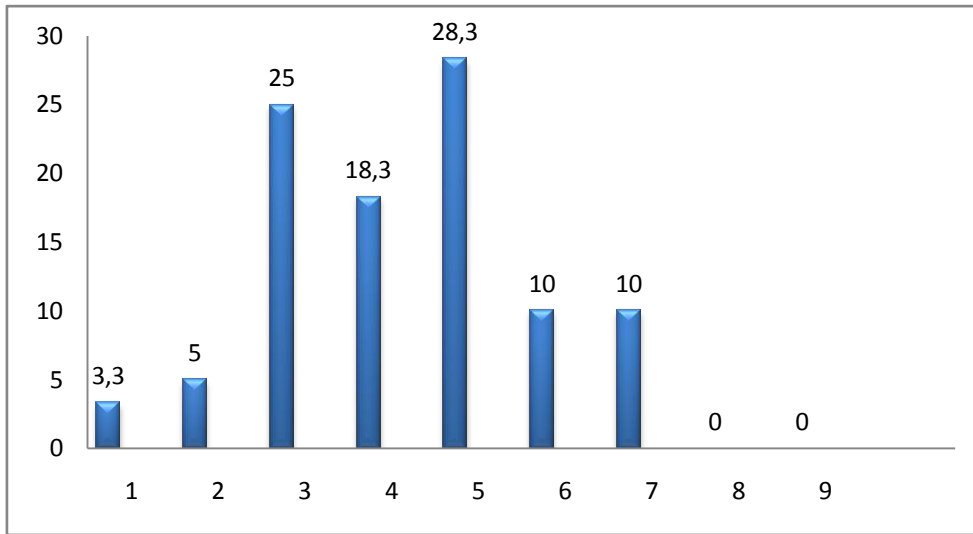
Tras la transformación de la puntuación obtenida a la escala de 1 a 9, recogemos los siguientes resultados:

Tabla 24. Resultados en Insatisfacción.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	2	13	15	11	17	6	6	0	0
Porcentajes	3,3%	5%	25%	18,3%	28,3%	10%	10%	0%	0%

El porcentaje acumulado de mujeres que no presentan insatisfacción es de 51,7%. Se observa la inexistencia de cuestionarios que hayan puntuado las dos cifras máximas de insatisfacción (el 8 y 9). Siendo el porcentaje de mujeres insatisfechas en sus 3 primeros grados de 48,3%.

Gráfico14. Resultados en insatisfacción.



➤ **Evitación.**

Las preguntas a las que han contestado las participantes para la evaluación del nivel de Evitación son:

7) *¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?*

13) *¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?*

20) *¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?*

23) *¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?*

Los resultados obtenidos de las respuestas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 25. Porcentajes de respuesta en Evitación.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem7	14,5%	16,1%	22,6%	19,4%	27,4%
Ítem13	16,1%	16,1%	27,4%	12,9%	27,4%
Ítem20	14,8%	19,7%	27,9%	16,4%	21,3%
Ítem23	33,3%	25%	15%	20%	6,7%

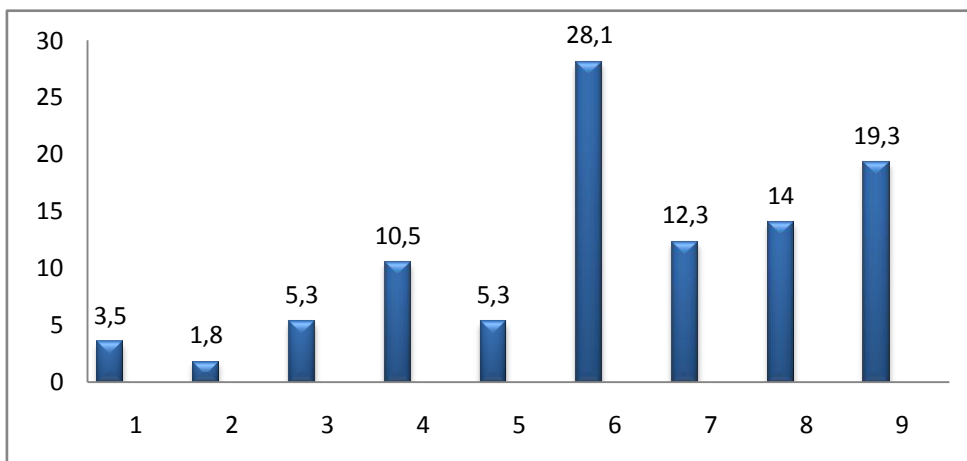
Tras la transformación de la puntuación obtenida en cada pregunta a la escala del 1 a 9, se obtienen para Evitación los siguientes resultados:

Tabla 26. Resultados en Evitación.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	2	1	3	6	3	16	7	8	11
Porcentaje	3,55	1,8%	5,3%	10,5%	5,3%	28,1%	12,3%	14%	19,3%

Tras la evaluación de esta escala, se observa un valor acumulado de 21,1% de mujeres que no manifiestan tener problemas de evitación frente 78.9% que si lo presentan en sus diferentes grados, siendo el valor 6 de la escala de evaluación el más numeroso.

Gráfico 15. Resultado de Evitación.



➤ **No sensualidad.**

Se valora con los resultados obtenidos de las preguntas:

9)¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?

12)¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja?

19)¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?

25)¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?

Los resultados de las respuestas han sido los siguientes:

Tabla 27. Porcentajes de respuesta en No sensualidad.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem9	8,2	14,8	16,4	18	42,6
Ítem12	36,1	14,8	21,3	8,2	19,7
Ítem19	13,3	16,7	25	20	25
Ítem25	44,3	18	19,7	6,6	11,5

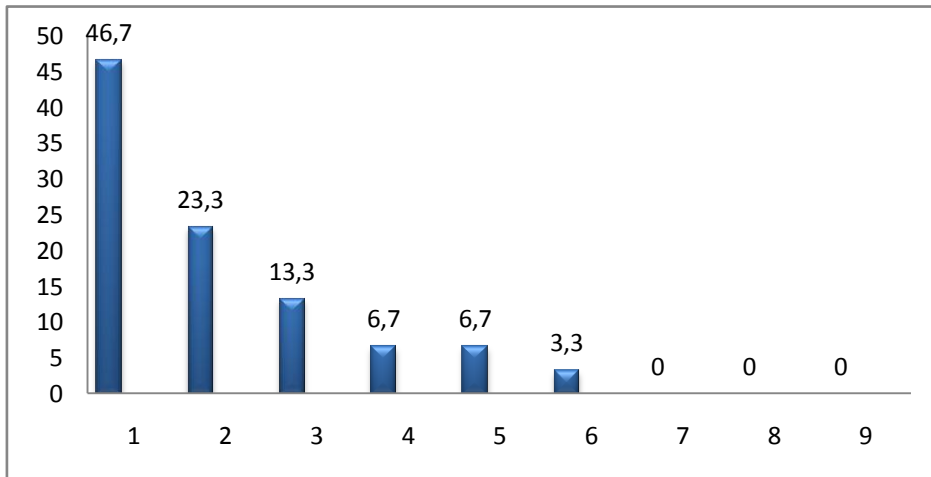
Interpretación de los resultados una vez transformados:

Tabla 28. Resultados de No sensualidad.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	28	14	8	4	4	2	0	0	0
Porcentajes	46,7%	23,3%	13,3%	6,7%	6,7%	3,3%	0%	0%	0%

Se destaca el 90% de valor acumulado de mujeres que no presentan problemas en la evaluación de ésta escala, frente al 10% que sí lo presentan. Los grados de alteración son los más leves, no habiendo ningún cuestionario que haya puntuado las tres cifras más altas (7, 8 y 9).

Gráfico 15. No sensualidad.



➤ **Vaginismo.**

Los ítems con los que se evalúa son:

6) *¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?*

11) *¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?*

17) *¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?*

24) *¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente?*

Los porcentajes de las respuestas han sido:

Tabla 29. Porcentajes de respuesta en Vaginismo.

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem6	23%	21,3%	21,3%	19,7%	14,8%
Ítem11	32,3%	12,9%	22,6%	6,5%	25,8%
Ítem17	18%	23%	26,2%	13,1%	19,7%
Ítem24	26,2%	24,6%	8,2%	21,3%	19,7%

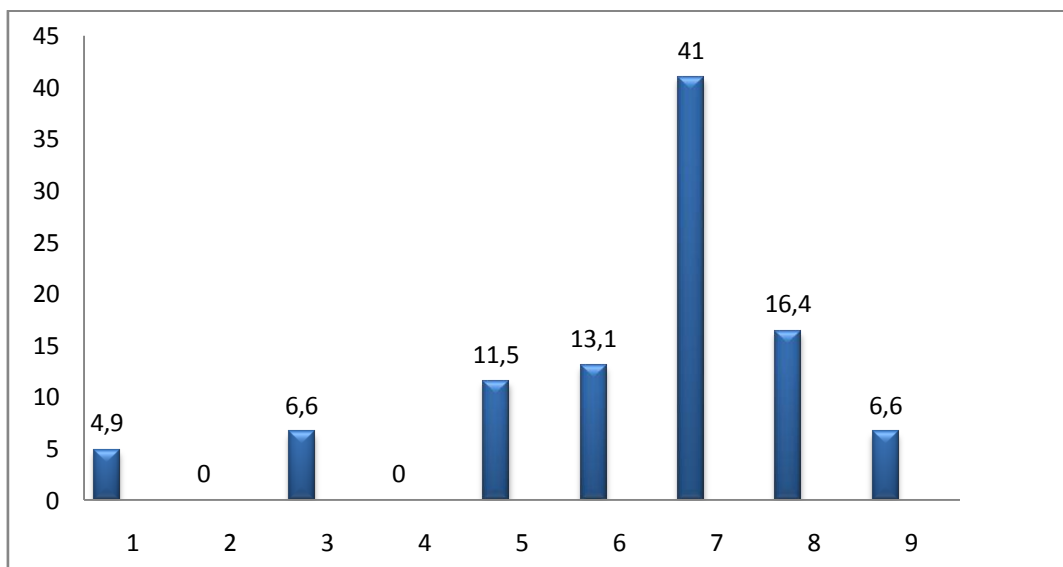
Tras la transformación de las puntuaciones a la escala de 1 a 9, estos son los resultados:

Tabla 30. Evaluación de los resultados de Vaginismo.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	3	0	4	0	7	8	25	10	4
Porcentaje	4,9%	0%	6,6%	0%	11,5%	13,1%	41%	16,4%	6,6%

Es de destacar el 88,6% en valor acumulado de mujeres que presentan problemas de vaginismo en cualquiera de sus grados. El valor 7 es el más frecuente con 25 casos (41% de las participantes que han respondido a éstas preguntas).

Gráfico 16. Resultados de Vaginismo.



➤ **Anorgasmia.**

Subescala valorada con los ítems:

8) *¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?*

14) *¿Le resulta imposible tener un orgasmo?*

21) *¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito?*

28) *¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito?*

Resultados de las respuestas:

Tabla 31. Porcentajes obtenidos en las respuestas de Anorgasmia.

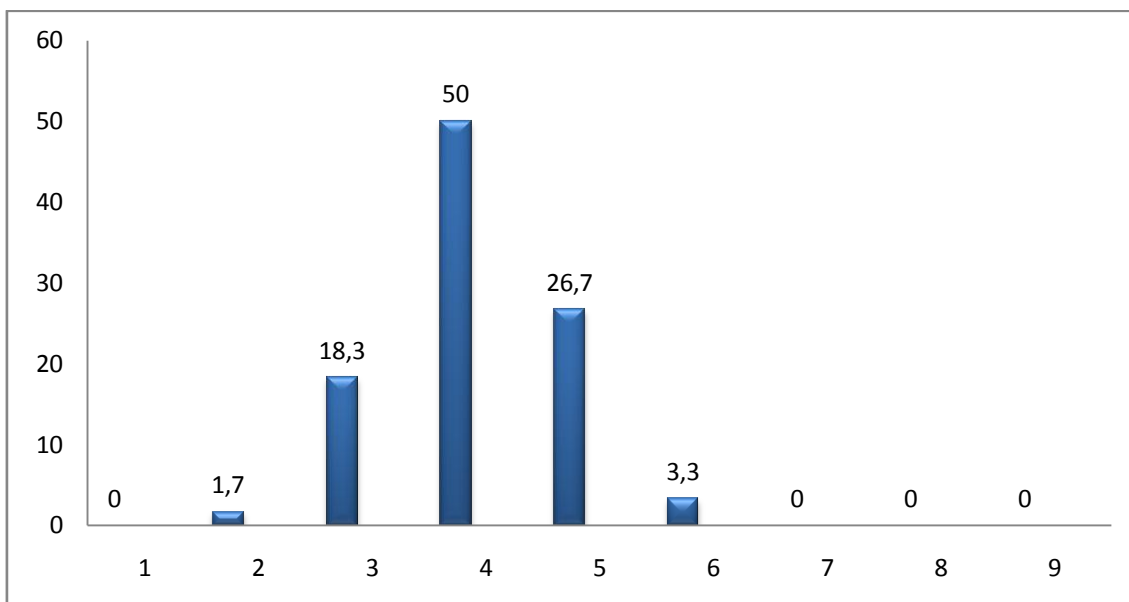
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem8	13,1%	16,4%	9,8%	36,1%	24,6%
Ítem14	18%	24,6%	24,6%	21,3%	11,5%
Ítem21	13,1%	9,8%	32,8%	23%	21,3%
Ítem28	13,1%	14,8%	14,8%	47,5%	9,8%

Resultados tras la transformación de la puntuación:

Tabla 32. Resultados en Anorgasmia.

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	0	1	11	30	16	2	0	0	0
Porcentajes	0%	1,7%	18,3%	50%	26,7%	3,3%	0%	0%	0%

Gráfico17. Resultados de Anorgasmia.



Se puede observar como el valor acumulado de mujeres que no sufren de anorgasmia es un 70%, frente al 30% que sí la presentan. Hay que mencionar también que no se ha obtenido ningún valor que se encuentren en los tres últimos grados de la escala (7, 8, 9).

El valor más puntuado ha sido el cuatro, encontrándose el 50% de la muestra.

5.2. ANALISIS BIVARIANTE.

5.2.1. COMPARACIÓN DE VARIABLES DE PERSONA POR DIFERENTES DOMINIOS Y ESCALAS.

A continuación, se compara las variables de persona con los diferentes dominios y escalas descritas en los cuestionarios, analizando en qué medida pueden o no pueden influir unas variables en otras a través de la prueba de chi-cuadrado.

-ESTADO CIVIL Y DOMINIOS QUE:

- *Evalúan la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual.*

-Al comparar el deseo en relación con el estado civil, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre mujeres casadas y divorciadas en este dominio ($p=0,66$).

		Deseo			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	6	13	28	47
		12,8%	27,7%	59,6%	100,0%
	DIVORCIADA	0	1	1	2
		,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		6	14	29	49
		12,2%	28,6%	59,2%	100,0%

-Tras relacionar el estado civil con el nivel excitación, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres casadas y divorciadas ($p=0,71$).

		Excitación			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	4	13	30	47
		8,5%	27,7%	63,8%	100,0%
	DIVORCIADA	0	1	1	2
		,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		4	14	31	49
		8,2%	28,6%	63,3%	100,0%

-No existen diferencias estadísticamente significativas entre estado civil y los diferentes trastornos en la lubricación ($p=0,44$).

Tabla 3. Trastornos relacionados con la lubricación y estado civil.

		Lubricación			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	5	11	31	47
		10,6%	23,4%	66,0%	100,0%
	DIVORCIADA	0	0	2	2
		,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		5	11	33	49
		10,2%	22,4%	67,3%	100,0%

-Al relacionar el nivel de orgasmo con el estado civil, se observa que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre mujeres casadas y divorciadas, afectando, siendo las mujeres casadas las que presentan mayores trastornos para alcanzar el orgasmo ($p<0.05$).

Tabla 4. Trastornos relacionados con el orgasmo y estado civil.

		Orgasmo			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	4	5	38	47
		8,5%	10,6%	80,9%	100,0%
	DIVORCIADA	1	1	0	2
		50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Total		5	6	38	49
		10,2%	12,2%	77,6%	100,0%

-No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre problemas con penetración vaginal y estado civil obteniéndose una $p>0.05$.

Tabla 5. Trastornos relacionados con la penetración vaginal y el estado civil.

		Problemas Penetración Vaginal		Total
		Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	9	37	46
		19,6%	80,4%	100,0%
Total		9	37	46
		19,6%	80,4%	100,0%

-Ansiedad anticipatoria y estado civil. Tras el análisis comparativo de estas dos variables, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p=0,50$).

Tabla 6. Trastornos relacionados con ansiedad anticipatoria y estado civil.

		Ansiedad Anticipatoria			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
Estado civil	CASADA	9	5	33	47
		19,1%	10,6%	70,2%	100,0%
	DIVORCIADA	0	0	2	2
		,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		9	5	35	49
		18,4%	10,2%	71,4%	100,0%

➤ *Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual.*

-Al comparar el estado civil con el dominio iniciativa sexual, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas al obtener una $p>0,05$.

Tabla7. Problemas de iniciativa y estado civil.

		Iniciativa Sexual.			Total
		Ausencia de iniciativa	Iniciativa moderada	Sin problemas de iniciativa	
Estado civil	CASADA	19	17	11	47
		40,4%	36,2%	23,4%	100,0%
	DIVORCIADA	2	0	0	2
		100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		21	17	11	49
		42,9%	34,7%	22,4%	100,0%

-Grado de comunicación sexual y estado civil. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la comparación de estas dos variables, obteniéndose una $p>0,05$.

Tabla 8. Problemas de comunicación sexual y estado civil.					
		Grado Comunicación Sexual			
		Ausencia de comunicación sexual	Comunicación sexual moderada	Sin problemas de la comunicación sexual	Total
Estado civil	CASADA	12	8	27	47
		25,5%	17,0%	57,4%	100,0%
	DIVORCIADA	2	0	0	2
		100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		14	8	27	49
		28,6%	16,3%	55,1%	100,0%

➤ *Evalúan satisfacción sexual.*

-No se hallan diferencias estadísticamente significativas al comparar el estado civil con la satisfacción de la actividad sexual al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 9. Problemas de satisfacción en la actividad sexual y estado civil.					
		Satisfacción Actividad Sexual			
		Insatisfacción n	Satisfacción moderada	Satisfactoria	Total
Estado civil	CASADA	1	9	37	47
		2,1%	19,1%	78,7%	100,0%
	DIVORCIADA	0	2	0	2
		,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total		1	11	37	49
		2,0%	22,4%	75,5%	100,0%

-En la comparación de la variable estado civil con satisfacción sexual general, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al obtener una $p > 0,05$.

Tabla 10. Problemas de satisfacción sexual general y estado civil.					
Satisfacción Sexual General					
		Insatisfacción sexual general	Satisfacción sexual general moderada	Satisfacción sexual general	Total
Estado civil	CASADA	4	5	38	47
		8,5%	10,6%	80,9%	100,0%
	DIVORCIADA	0	1	1	2
		,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total		4	6	39	49
		8,2%	12,2%	79,6%	100,0%

➤ *Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual.*

-No se encuentran diferencias estadísticamente significativas al relacionar la variable estado civil con la actividad sexual sin penetración vaginal al obtener una $p > 0,05$.

Tabla 11. Actividad sexual sin penetración vaginal y estado civil.				
		F7b		Total
		No tener pareja sexual	Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
Estado civil	CASADA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
	DIVORCIADA	2	0	2
		100,0%	,0%	100,0%
Total		2	1	3
		66,7%	33,3%	100,0%

-No se han obtenido tampoco diferencias estadísticamente significativas en la relación entre estado civil y frecuencia de actividad sexual al hallarse una $p > 0,05$.

Tabla 12. Frecuencia de actividad sexual y estado civil.							
		F12					Total
		1-2 veces	De 3 a 4 veces	De 5 a 8 veces	De 9 a 12 veces	Más de 12 veces	
Estado civil	CASADA	24	15	3	2	3	47
		51,1%	31,9%	6,4%	4,3%	6,4%	100,0%
	DIVORCIADA	2	0	0	0	0	2
		100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		26	15	3	2	3	49
		53,1%	30,6%	6,1%	4,1%	6,1%	100,0%

-ESTADO CIVIL Y ESCALAS QUE EVALÚAN:

➤ ***No comunicación.***

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al relacionar es estado civil con la no comunicación al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 13. Estado civil y No comunicación.				
		No Comunicación		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	23	32	55
		41,8%	58,2%	100,0%
	DIVORCIADA	3	0	3
		100,0%	,0%	100,0%
	VIUDA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
	SOLTERA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
Total		27	33	60
		45,0%	55,0%	100,0%

➤ **Infrecuencia.**

No existen diferencias estadísticamente significativas entre infrecuencia y estado civil al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 14. Relación entre infrecuencia y estado civil.				
		Infrecuencia		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	9	46	55
		16,4%	83,6%	100,0%
	DIVORCIADA	2	1	3
		66,7%	33,3%	100,0%
	VIUDA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
	SOLTERA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
Total		11	49	60
		18,3%	81,7%	100,0%

➤ **Insatisfacción.**

No existen diferencias estadísticamente significativas en la relación de estado civil e insatisfacción, siendo su $p > 0,05$.

Tabla 15. Estado civil e Insatisfacción.				
		Insatisfacción		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	28	26	54
		51,9%	48,1%	100,0%
	DIVORCIADA	1	2	3
		33,3%	66,7%	100,0%
	VIUDA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
	SOLTERA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
Total		30	29	59
		50,8%	49,2%	100,0%

➤ *Evitación.*

No se encuentran tampoco diferencias estadísticamente significativas en la relación entre estado civil y evitación, siendo el resultado de la $p > 0,05$.

Tabla 16. Estado civil y Evitación.				
		Evitación		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	10	42	52
		19,2%	80,8%	100,0%
	DIVORCIADA	2	1	3
		66,7%	33,3%	100,0%
	SOLTERA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
Total		12	44	56
		21,4%	78,6%	100,0%

➤ *No sensualidad.*

Entre estado civil y no sensualidad, tampoco se han obtenido diferencias estadísticamente significativas al relacionarlas, al hallarse $p > 0,05$.

Tabla 17. Estado civil y No sensualidad.				
		No Sensualidad		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	48	6	54
		88,9%	11,1%	100,0%
	DIVORCIADA	3	0	3
		100,0%	,0%	100,0%
	VIUDA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
	SOLTERA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
Total		53	6	59
		89,8%	10,2%	100,0%

➤ **Vaginismo.**

La relación entre estado civil vaginismo nos da una $p > 0,05$, lo que nos indica que no hay diferencias significativas entre estas dos variables, lo que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables.

Tabla 18. Estado civil y Vaginismo.				
		Vaginismo		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	7	48	55
		12,7%	87,3%	100,0%
	DIVORCIADA	0	3	3
		,0%	100,0%	100,0%
	VIUDA	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
SOLTERA	0	1	1	
	,0%	100,0%	100,0%	
Total		7	53	60
		11,7%	88,3%	100,0%

➤ **Anorgasmia.**

No existen diferencias estadísticamente significativas entre estado civil y anorgasmia al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 19. Estado civil y Anorgasmia.				
		Anorgasmia		Total
		Ausencia	Presencia	
Estado civil	CASADA	38	16	54
		70,4%	29,6%	100,0%
	DIVORCIADA	2	1	3
		66,7%	33,3%	100,0%
	VIUDA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
SOLTERA	0	1	1	
	,0%	100,0%	100,0%	
Total		41	18	59
		69,5%	30,5%	100,0%

-OCUPACIÓN Y DIFERENTES DOMINIOS QUE EVALÚAN:

➤ *Evalúan la respuesta sexual y la presencia de disfunción sexual.*

-No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar la ocupación de la mujer con el dominio deseo, obteniéndose una $p=0,41$.

Tabla 20. Trastorno del deseo y ocupación.				
		Deseo		Total
		Trastorno	Sin trastorno	
ocupación	AMA DE CASA	8	15	23
		34,8%	65,2%	100,0%
	TRABAJO	12	14	26
	REMUNERADO	46,2%	53,8%	100,0%
Total		20	29	49
		40,8%	59,2%	100,0%

-No existen diferencias estadísticamente significativas entre ocupación y excitación, habiéndose obtenido una $p=0,14$

Tabla 21. Trastorno de la excitación y ocupación				
		Excitación		Total
		Trastorno	Sin trastorno	
ocupación	AMA DE CASA	6	17	23
		26,1%	73,9%	100,0%
	TRABAJO	12	14	26
	REMUNERADO	46,2%	53,8%	100,0%
Total		18	31	49
		36,7%	63,3%	100,0%

-No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la ocupación y el dominio lubricación, obteniéndose una $p=0,75$.

Tabla 22. Trastorno en la lubricación y ocupación.				
Lubricación				Total
		Trastorno	Sin trastorno	
profesión	AMA DE CASA	7	16	23
		30,4%	69,6%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	9	17	26
		34,6%	65,4%	100,0%
Total		16	33	49
		32,7%	67,3%	100,0%

-No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ocupación y orgasmo, habiéndose obtenido una $p=0,13$.

Tabla 23. Trastorno en el orgasmo y ocupación.				
Orgasmo				Total
		Trastorno	Sin trastorno	
ocupación	AMA DE CASA	3	20	23
		13,0%	87,0%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	8	18	26
		30,8%	69,2%	100,0%
Total		11	38	49
		22,4%	77,6%	100,0%

-No se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de ocupación con problemas de penetración vaginal, siendo $p=0,60$.

Tabla 24. Trastorno en la penetración vaginal y ocupación.				
Problemas Penetración Vaginal				Total
		Trastorno moderado	Sin trastorno	
ocupación	AMA DE CASA	5	17	22
		22,7%	77,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	4	20	24
		16,7%	83,3%	100,0%
Total		9	37	46
		19,6%	80,4%	100,0%

-Ansiedad anticipatoria y ocupación no presentan diferencias estadísticamente significativas al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 25. Trastornos en ansiedad anticipatoria y ocupación.

		Ansiedad Anticipatoria.			Total
		Trastorno severo	Trastorno moderado	Sin trastorno	
ocupación	AMA DE CASA	2	4	17	23
		8,7%	17,4%	73,9%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	7	1	18	26
		26,9%	3,8%	69,2%	100,0%
Total		9	5	35	49
		18,4%	10,2%	71,4%	100,0%

➤ *Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual.*

-No se observan diferencias estadísticamente significativas cuando se compara ocupación e iniciativa sexual, al obtener una $p = 0,45$.

Tabla 26. Problemas en la iniciativa sexual y ocupación.

		Iniciativa Sexual.			Total
		Ausencia de iniciativa	Iniciativa moderada	Sin problemas de iniciativa	
ocupación	AMA DE CASA	9	7	7	23
		39,1%	30,4%	30,4%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	12	10	4	26
		46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
Total		21	17	11	49
		42,9%	34,7%	22,4%	100,0%

-No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre comunicación sexual y ocupación al hallarse una $p > 0,05$.

Tabla 27. Problemas en la comunicación sexual y ocupación.					
Grado Comunicación Sexual					Total
		Ausencia de comunicación sexual	Comunicación sexual moderada	Sin problemas de la comunicación sexual	
ocupación	AMA DE CASA	6	3	14	23
		26,1%	13,0%	60,9%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	8	5	13	26
		30,8%	19,2%	50,0%	100,0%
Total		14	8	27	49
		28,6%	16,3%	55,1%	100,0%

➤ *Evalúan la satisfacción sexual.*

-La satisfacción de la actividad sexual y ocupación no obtienen diferencias estadísticamente significativas al dar $p > 0,05$.

Tabla 28. Trastorno en la satisfacción de la actividad sexual y ocupación.					
		Satisfacción Actividad Sexual			Total
		Insatisfacción	Satisfacción moderada	Satisfactoria	
ocupación	AMA DE CASA	0	4	19	23
		,0%	17,4%	82,6%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	1	7	18	26
		3,8%	26,9%	69,2%	100,0%
		2,0%	22,4%	75,5%	100,0%

-Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre satisfacción sexual general y ocupación, obteniéndose una $p>0,05$.

Tabla 29. Trastorno en satisfacción sexual general y ocupación					
Satisfacción Sexual General				Total	
		Insatisfacción sexual general	Satisfacción sexual general moderada		Satisfacción sexual general
ocupación	AMA DE CASA	1	1	21	23
		4,3%	4,3%	91,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	3	5	18	26
		11,5%	19,2%	69,2%	100,0%
Total		4	6	39	49
		8,2%	12,2%	79,6%	100,0%

➤ *Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual.*

-Actividad sexual sin penetración vaginal y ocupación no obtienen diferencias estadísticamente significativas, $p>0,05$.

Tabla 30. Trastorno en penetración vaginal y ocupación.				
F7b				Total
		No tener pareja sexual	Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
ocupación	AMA DE CASA	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	1	1	2
		50,0%	50,0%	100,0%
Total		2	1	3
		66,7%	33,3%	100,0%

-No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ocupación y frecuencia de actividad sexual, obteniéndose una $p=0,19$

Tabla 31. Trastorno en frecuencia de relaciones sexuales y ocupación.							
F12						Total	
		1-2 veces	De 3 a 4 veces	De 5 a 8 veces	De 9 a 12 veces	Más de 12 veces	
ocupación	AMA DE CASA	13	5	3	1	1	23
		56,5%	21,7%	13,0%	4,3%	4,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	13	10	0	1	2	26
		50,0%	38,5%	,0%	3,8%	7,7%	100,0%
Total		26	15	3	2	3	49
		53,1%	30,6%	6,1%	4,1%	6,1%	100,0%

-OCUPACIÓN Y ESCALAS QUE EVALÚAN:

➤ **No comunicación.**

-Al comparar la variable ocupación con la escala No comunicación, obtenemos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos, siendo las mujeres amas de casa las que no presentan problemas en la comunicación con su pareja ($p=0,04$).

Tabla 32. Problemas en comunicación y ocupación				
No Comunicación				Total
		Ausencia	Presencia	
ocupación	AMA DE CASA	17	13	30
		56,7%	43,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	9	20	29
		31,0%	69,0%	100,0%
Total		26	33	59
		44,1%	55,9%	100,0%

➤ **Infrecuencia.**

No se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de ocupación e infrecuencia, hallándose una $p=0,95$.

Tabla 33. Problemas en infrecuencia y ocupación.				
		Infrecuencia		Total
		Ausencia	Presencia	
ocupación	AMA DE CASA	5	25	30
		16,7%	83,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	5	24	29
		17,2%	82,8%	100,0%
Total		10	49	59
		16,9%	83,1%	100,0%

➤ **Insatisfacción.**

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la ocupación con la escala insatisfacción ($p=0,03$), siendo las mujeres amas de casa las que mas problemas de insatisfacción sexual presentan.

Tabla 34. Problemas en insatisfacción y ocupación.				
		Insatisfacción		Total
		Ausencia	Presencia	
ocupación	AMA DE CASA	11	18	29
		37,9%	62,1%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	19	10	29
		65,5%	34,5%	100,0%
Total		30	28	58
		51,7%	48,3%	100,0%

➤ **Evitación.**

-No se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la variables evitación y ocupación, al obtenerse una $p=0,07$.

Tabla 35. Problemas en evitación y ocupación.				
Evitación				Total
		Ausencia	Presencia	
	AMA DE CASA	9	20	29
		31,0%	69,0%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	3	23	26
		11,5%	88,5%	100,0%
Total		12	43	55
		21,8%	78,2%	100,0%

➤ *No sensualidad.*

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las variables ocupación y no sensualidad al obtenerse una $p > 0,05$.

Tabla 36. Problemas en no sensualidad y ocupación.				
No Sensualidad				Total
		Ausencia	Presencia	
		a		
ocupación	AMA DE CASA	27	3	30
		90,0%	10,0%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	25	3	28
		89,3%	10,7%	100,0%
Total		52	6	58
		89,7%	10,3%	100,0%

➤ *Vaginismo.*

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación de vaginismo y ocupación, hallándose una $p = 0,23$.

Tabla 37. Problemas en vaginismo y ocupación.				
Vaginismo				Total
		Ausencia	Presencia	
ocupación	AMA DE CASA	5	25	30
		16,7%	83,3%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	2	27	29
		6,9%	93,1%	100,0%
Total		7	52	59
		11,9%	88,1%	100,0%

➤ **Anorgasmia.**

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la comparación de anorgasmia con ocupación siendo $p=0,56$.

Tabla38.Problemas en ocupación y anorgasmia.				
Anorgasmia				Total
		Ausencia	Presencia	
ocupación	AMA DE CASA	22	7	29
		75,9%	24,1%	100,0%
	TRABAJO REMUNERADO	19	10	29
		65,5%	34,5%	100,0%
Total		41	17	58
		70,7%	29,3%	100,0%

5.2.2. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS.

**Mediante el test de Kolmogorof-Smirnov, se comprobará si las variables siguen o no una distribución normal, aplicándose así, pruebas paramétricas o no paramétricas para la comparación de las medias (T de Student y Anova para distribuciones normales y U de Mann- Witney y Kruska. Wally para distribuciones no normales).*

-NÚMERO DE HIJOS:

➤ **Comparación de medias de las escalas según n° de hijos.**

Para poder aplicar los test estadísticos correspondientes al análisis bivalente, en primer lugar se ha realizado el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la población de estudio sigue una distribución normal. Los resultados mostraron que dicha población

seguía una distribución no normal con la variable nº de hijos ($p=0.002$), por lo que se han utilizado pruebas no paramétricas en la comparación de medias, exactamente la U Mann-Whitney en comparación de medias entre nº de hijos y las diferentes escalas que evalúan la satisfacción sexual de la mujer.

Tabla 39. Comparación de puntuación media entre el nº de hijos y las distintas escalas.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
NO COMUNICACIÓN	Ausencia	2,15	26	1,15	0,92
	presencia	2,21	33	1,13	
INFRECUENCIA	Ausencia	1,50	10	0,85	0,04
	presencia	2,33	49	1,14	
INSATISFACCIÓN	Ausencia	1,97	29	1,14	0,16
	presencia	2,41	29	1,14	
EVITACIÓN	Ausencia	2,08	12	1,37	0,40
	presencia	2,16	43	1,11	
NO SENSUALIDAD	Ausencia	2,25	52	1,16	0,17
	presencia	1,67	6	0,81	
VAGINISMO	Ausencia	2,43	7	0,53	0,31
	presencia	2,15	52	1,19	
ANORGASMIA	ausencia	2,15	40	1,16	0,62
	presencia	2,28	18	1,12	

-No existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de no comunicación y nº de hijos, al igual que ocurre para el grado de insatisfacción, la evitación, la no sensualidad y el vaginismo.

Sí se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar las variables infrecuencia con el nº de hijos, afectando ésta última de forma negativa sobre la primera.

➤ **Comparación de medias de los distintos dominios según nº de hijos.**

Para la comparación de medias de nº de hijos y los distintos dominios evaluadores de la función sexual de la mujer se han utilizado las prueba de kruskall-Wallis en los casos de deseo, ansiedad anticipatoria, grado de comunicación, iniciativa sexual y grado de comunicación sexual. Se ha utilizado ANOVA en los dominios de excitación y lubricación. En la comparación con el orgasmo, se ha utilizado la U de Mann, y por último se ha utilizado la T de Student en la comparación con problemas en la penetración vaginal

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 40. Comparación de medias entre el nº de hijos y dominios de la respuesta sexual.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
DESEO	Trastorno severo	2,33	6	1,21	0,06
	Trastor.moderado	2,96	13	0,95	
	Sin trastorno	1,83	29	0,92	
EXCITACIÓN	Trastorno severo	3	4	0,81	0,06
	Trastor.moderado	2,54	13	1,19	
	Sin trastorno	1,94	31	0,96	
LUBRICACIÓN	Trastorno severo	3,20	5	0,83	0,01
	Trastorno moderado	2,70	10	1,33	
	Sin trastorno	1,88	33	0,85	
ORGASMO	Trastorno severo	2,80	5	0,83	0,29
	Trastorno moderado	2,17	6	1,16	
	Sin trastorno	2,11	37	1,07	
PROBLEMAS CON LA PENETRACIÓN VAGINAL	Trastorno moderado	2,56	9	1,23	0,18
	Sin trastorno	2,03	36	1	
ANSIEDAD ANTICIPATORIA	Trastorno severo	2,44	9	1,13	0,28
	Trastorno moderado	2,80	5	1,09	
	Sin trastorno	2,03	34	1,02	

-No existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las puntuaciones medias de los dominios trastornos en el deseo, trastornos en la excitación, trastornos en el orgasmo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria, y el número de hijos.

Al comparar el nº de hijos con el dominio trastornos en la lubricación encontramos hay diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables, afectando el nº de hijos positivamente en la lubricación de la mujer de la muestra.

-En la comparación del nº de hijos y los dominios que evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual, se han utilizado la prueba de Kruskall- Wallis en el caso de iniciativa sexual y ANOVA en el caso de grado de comunicación sexual, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 41. Relación de medias de nº de hijos y aspectos relacionales de actividad sexual.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
INICIATIVA SEXUAL	Ausencia iniciativa	2,57	21	1,07	0,50
	Iniciativa moderada	2,13	16	0,95	
	Sin problemas	1,55	11	0,93	
GRADO DE COMUNICACIÓN SEXUAL	Ausencia comunica	2,64	14	0,84	0,06
	Comunica.moderada	2,25	8	1,28	
	Sin problemas	1,92	26	1,05	

Como aparece reflejado en la tabla, no hay diferencias estadísticamente significativas al comparar el nº de hijos con la iniciativa sexual ($p=0,50$), como tampoco se han encontrado diferencias significativas en la relación entre nº de hijos y grado de comunicación sexual ($p=0,06$).

-Por último, en cuanto a la comparación de medias entre nº de hijos y dominios que evalúan la satisfacción sexual, mencionamos que se han utilizado la prueba de Kruskall-

Wallis en la comparación con la satisfacción de la actividad sexual y ANOVA en el caso de satisfacción sexual general, siendo éstos los resultados:

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al relacionar nº de hijos con la satisfacción de la actividad sexual ($p=0,18$); como tampoco se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la comparación del nº de hijos con la variable satisfacción sexual general ($p=0,67$).

Tabla 42. Relación de medias de nº de hijos y evaluación de la actividad sexual.

		MEDIAS	N	DESVIACIÓN TIPICA	P
SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	Insatisfacción	4	1	.	0,18
	Satisfac.moderada	2,36	11	0,92	
	Satisfactoria	2,08	36	1,07	
SATISFACCIÓN SEXUAL GENERAL	Insatisfacción gene.	1,75	4	0,95	0,67
	Satisfacción Modera	2,33	6	1,50	
	Satisfacción general	2,21	38	1,01	

-EDAD:

➤ **Comparación de las medias de las escalas según edad.**

En el caso de la variable edad, también se ha realizado el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la población de estudio sigue una distribución normal. Los resultados mostraron que dicha población seguía una distribución normal con la variable edad ($p=0,65$), por lo que se han utilizado pruebas paramétricas en la comparación de medias, exactamente la prueba T de Student en la comparación con las escalas de satisfacción sexual.

Tabla 43. Prueba de T en la relación de medias por escalas según edad.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
NO COMUNICACIÓN	Ausencia	49,57	28	10,09	0,71
	Presencia	50,48	33	9,32	
INFRECUENCIA	Ausencia	46,08	12	11,61	0,11
	Presencia	51,04	49	8,93	
INSATISFACCIÓN	Ausencia	47,90	31	10,86	0,08
	Presencia	52,28	29	7,82	
EVITACIÓN	Ausencia	49,42	12	8,39	0,94
	Presencia	49,20	45	9,43	
NO SENSUALIDAD	Ausencia	49,80	54	9,70	0,33
	Presencia	59,83	6	9,04	
VAGINISMO	Ausencia	52	7	8,34	0,57
	Presencia	49,81	54	9,81	
ANORGASMIA	Ausencia	49,26	42	10,21	0,36
	presencia	51,78	18	8,35	

Para ninguna de las escalas estudiadas no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas para cada una de ellas con la edad.

➤ **Comparación de medias por dominios según edad.**

-Dominios que evalúan la respuesta sexual.

Tabla 44. Relación de medias de edad y dominios de la respuesta sexual.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
DESEO	Trast. Severo	53,33	6	4,22	0,15
	Trast.moderado	51,67	15	6,67	
	Sin trastorno	46,97	29	11,04	
ORGASMO	Trast.severo	55,60	5	8,84	0,58
	Trast.moderado	52,83	6	7,52	
	Sin trastorno.	42,74	39	9,59	

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas para los dominios que evalúan la respuesta sexual, presencia de trastornos en el deseo sexual y trastornos para alcanzar el orgasmo, con la edad de las mujeres encuestadas.

-Dominios que evalúan los aspectos relacionales de la actividad sexual.

Al comparar la iniciativa sexual con la edad, se obtiene una $p=0,031$, lo que nos muestra que sí existen diferencias estadísticamente significativas, siendo las mujeres de mayor edad las que más dificultades presentan para tomar la iniciativa en cuanto a la actividad sexual.

Tabla 45. Relación de medias de edad y dominio de la actividad sexual.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
INICIATIVA SEXUAL	-Ausencia iniciativa	52,77	22	6,54	0,03
	-Iniciativa moderada	47,76	17	9,86	
	-Sin problemas	44	11	11,80	

-Dominios que evalúan la satisfacción sexual.

No existen diferencias estadísticamente significativas cuando comparamos las medias de edad con la del dominio de satisfacción de la actividad sexual, obteniéndose una $p=0,11$.

Tabla 46. Relación de medias de edad y dominio evaluador de satisfacción sexual.

		MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	P
SATISFACCIÓN ACTIVIDAD SEXUAL	Insatisfacción	58	1	.	0,11
	Satisfac.moderada	53,42	12	7,42	
	Sin problemas	47,51	37	9,80	

6. DISCUSIÓN.

6. DISCUSIÓN.

Según el estudio de Orellana “Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia” en 2009, todos los informes revisados por él y sus colaboradores, apuntan a que la función sexual de la mujer con fibromialgia aparece frecuentemente afectada, afectando incluso a todos los ámbitos de la sexualidad. Resultados similares obtuvo Kalichman L, en su estudio de 2009 “ Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women”, donde sus principales hallazgos fueron que las mujeres diagnosticadas de fibromialgia sufrían de disminución de deseo sexual y excitación, así como disminución de la experiencia del orgasmo.

Sin embargo, según los resultados obtenidos en nuestra muestra, se observa que en todos los dominios evaluadores de la respuesta sexual, más del 50% de la muestra han puntuado **sin trastorno** (en deseo el 58%, excitación el 62%, orgasmo el 78%, problemas en la penetración vaginal un 80,9% y ansiedad anticipatoria un 72%).

Respecto a los aspectos relacionales de la actividad sexual, por el contrario, se observa que un 44% de la muestra presenta ausencia de iniciativa sexual.

También se observa que el porcentaje de mujeres que con ausencia de comunicación sexual es alto con un 30% de la muestra, aunque más de la mitad de esta (54%), no manifiesta tener problemas de comunicación.

Nuestros resultados respecto a los dominios anteriormente citados, se encuentran más en sintonía con los obtenidos por Prins y colaboradores en “Sexual functioning of women with fibromyalgia” en 2006, donde los autores obtienen en sus resultados que las mujeres estudiadas, entre 21 y 54 años con fibromialgia, no difieren de las mujeres sanas de un grupo de edad de referencia respecto a la excitación y el orgasmo. Ellos obtuvieron datos negativos en cuanto al deseo y la satisfacción.

Los resultados obtenidos en nuestra muestra en cuanto a la satisfacción sí difieren con los arrojados en la investigación de Prins, ya que sólo un 2% de la muestra presenta insatisfacción frente al 74% que presenta actividad sexual satisfactoria y un 80% satisfacción sexual general, en el cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer.

Respecto al cuestionario G.R.I.S.S un 51,7% de la muestra presentan ausencia de insatisfacción, no habiendo ningún caso, como recordamos, que puntuaran los dos niveles más altos de insatisfacción. El resultado, en cuanto a satisfacción sexual se refiere, también discrepa del estudio cualitativo realizado por García y Alba, “La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo”, donde los datos obtenidos mostraban que las mujeres con fibromialgia de su estudio, manifestaban tener unas relaciones sexuales escasas y poco satisfactorias. Según García y Alba, las mujeres participantes en su investigación se definían “no muy activas sexualmente” definiendo más del 90% de su muestra, sus relaciones como “escasas” o muy “escasas”. La mediana de la frecuencia de relaciones sexuales, del citado estudio, se encuentra en una vez cada dos meses, siendo excepcional el número de participantes que presenta una frecuencia superior a un coito al mes.

En cuanto a la frecuencia, observamos diferencias cualitativas respecto a nuestros resultados. La primera observación va dirigida a la aclaración que se les hizo a las participantes sobre la descoitolización de la actividad sexual, incluyendo además en ésta la autoerótica. Cuantitativamente, también se observan diferencias. Nuestros resultados muestran un 52% de la muestra que manifiestan tener de 1-2 veces relaciones sexuales al mes, un 32% que manifiestan tener 3-4 veces al mes, frente al 6% que tienen más de 12 veces/mes. También hay que destacar que de nuestra muestra de 63 mujeres, 13 de ellas; un 20,6%, manifestaron no haber tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas, por lo que dejaron de contestar el resto de ítems, lo cuál se puede traducir en un problema de frecuencia, según el cuestionario FSM. Según el cuestionario G.R.I.S.S, donde sí contestaron todas las participantes, observamos que el trastorno en frecuencia es más manifiesto, obteniéndose un 80,3% de mujeres que presentan problemas de frecuencia en sus diferentes niveles.

Estos resultados se interpretan, como consecuencia de los datos obtenidos en la escala evitación del cuestionario G.R.I.S.S., donde el 78,9% presentan problemas de evitación frente al 21,1% que no lo tienen.

Según el estudio de García y Alba, el motivo por el que sus participantes disminuyeron la frecuencia de sus relaciones sexuales coitales fue el dolor que iban a tener los días posteriores al acto sexual, lo cuál incentivaba su desmotivación hacia el sexo.

En nuestra muestra, los datos obtenidos en la escala que relaciona el dolor con coito; vaginismo en la encuesta G.R.I.S.S, da un valor de 88,6% para mujeres que sufren éste problema en sus diferentes grados.

Recordamos un dato que también se considera de interés en relación al dolor que manifiestan las mujeres en los estudios revisados. En nuestro estudio, los motivos por los que las participantes que han contestado no haber tenido relaciones con penetración vaginal en las últimas 4 semanas son, 66,7% por no tener pareja y un 33,3% por incapacidad por parte de su pareja, habiéndose obtenido un 0% por motivo de dolor o miedo a la penetración.

Por último, en la comparación de los diferentes dominios y escalas evaluadoras con variables como edad, nº de hijos ocupación y estado civil, observamos que hay diferencias significativas entre casadas y divorciadas respecto al orgasmo.

Las mujeres con trabajo remunerado ven afectada también la comunicación sexual con su pareja, así como el nº de hijos afecta negativamente sobre la frecuencia de la actividad sexual. Estos resultados se pueden interpretar como que, parece afectar más por la falta de conciliación familiar y laboral y sobrecarga de trabajo, que por la propia fibromialgia. La edad también influye en nuestra muestra de forma negativa en la frecuencia de la actividad sexual, debiendo también tener en cuenta que la media de edad es de 50,1 años en nuestro estudio. Son mujeres que además están pasando o han pasado por cambios fisiológicos en cuanto a su ciclo vital, como es la menopausia, con todos los cambios que ello puede conllevar en la sexualidad de la mujer, no por ello negativos.

Todos los estudios revisados sobre la disfunción sexual en mujer con fibromialgia, son transversales, por lo que no nos aportan resultados concluyentes sobre la causalidad de dicha disfunción en esta enfermedad.

Como se ha podido comprobar, hay ciertas discordancias entre los resultados de los pocos estudios encontrados sobre el tema y los resultados obtenidos en nuestra investigación. Uno de los motivos es que, en los estudios revisados, las relaciones

sexuales en las que se centran son coitales, siendo nuestra visión de la actividad sexual no coitocéntrica y mucho más amplia.

Este motivo debe considerarse para valorar la necesidad de la intervención de profesionales de la sexología en el complejo tratamiento de mujeres con Fibromialgia.

Estudiar a la población con Fibromialgia desde un punto de vista más amplio en su sexualidad, pueden arrojar nuevos hallazgos interesantes.

Según los resultados obtenidos, se hace necesario seguir investigando sobre la sexualidad en pacientes con Fibromialgia, con muestras que sean lo suficientemente representativas, en estudios longitudinales para intentar obtener resultados concluyentes de la disfunción sexual que pudiera aparecer en esta mujer con Fibromialgia.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES.

Después de haber aplicado los métodos estadísticos necesarios para evaluar nuestros datos y dar respuesta a los objetivos propuestos, y tras la discusión de los resultados obtenidos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El perfil de las mujeres diagnosticadas de fibromialgia participantes son mujeres con una media de edad de 50 años, casadas y con trabajo remunerado con una media de 2 hijos.
2. Las mujeres casadas presentan mayor dificultad para alcanzar el orgasmo que las mujeres divorciadas.
3. Las mujeres con fibromialgia que tienen trabajo remunerado presentan problemas en cuanto a la comunicación con su pareja respecto a las amas de casa. Sin embargo, son las amas de casa las que presentan más problemas de insatisfacción sexual que las mujeres que trabajan fuera de casa.
4. Cuanto mayor es el número de hijos, mayor es el grado de infrecuencia y de lubricación que tienen las mujeres con fibromialgia participantes en el estudio.
5. A medida que aumenta la edad de las mujeres con fibromialgia encuestadas, mayor es la dificultad que presentan para ser ellas quien tomen la iniciativa a la hora de mantener relaciones sexuales.

8. BIBLIOGRAFÍA.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Alcántara,AG.(1999).A posible dopaminergic mechanism in the serotonergic antidepressant-induced sexual dysfunctions.*J.Sex.Marital Ther*,25(2),125-129.
- Amaro,T.,Martín,M:J.,Antón,P. y Granados,J.(2006).Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*.(79/80),47-52.
- Anónimo(1992). Fibromyalgia: the Copenhage Declaration.Lancet. 340,663-4.
- Arnol,L.,Keccd,P. y Welg,J.(2000).Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review.*Psychosomatics*.(41),104-113.
- Burckhard,C et al.(1994).A randomized controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia.*J Rheumatol*.21(4),714-720.
- Buskila D.(2001). Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 13,117-27.
- Cabello,F.(2010). *Manual de sexología y terapia sexual(1ªed)*.Madrid: Síntesis.
- Collado,A.,Muñoz,J.,Pérez,J.,Maroto,P.,Gómez,E.,Alfonso,L.,Torres,X.,Peri,J.,Arias,A. y Farres,M.(2007).*Protocolos de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia*.Madrid:Ergon.
- Consejería de Salud. (2005). *Fibromialgia: Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Crofford,L.(2005). The relationship of fibromyalgia to neuropathic pain syndromes. *J Rheumatol Suppl*.(75),41-45.
- García,J. y Alda,M.(2004). La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo. *Archivos de psiquiatría*,63(3),157-168.
- Goldenberg,DL,Mayskiy,M y Crofford,L.(2004).Management of fibromyalgia syndrome.*Jama*,292(19),2388-95.
- Gómez,E.,Godás,T. y Fernández-Solá.(2005). Revisión temática: Disfunción sexual y sus causas en el síndrome de fatiga crónica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*.(73),42-47.

- González,M.,Ladero,R. y García-Campayo,J.(2010).Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*.(93/94),16-21.
- Hannond,A.(2004).What is the role of the occupational therapists?*Pract Res Clin Rheumatol*.
- Hurtado,F.,Escrivá,P.,Catalán,A. y Mir,J.(2002).Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*.(62/63),51-82.
- Kivimäki,M.,Leino-Arjas,P.,Virtanen,M.,Elovaino, M.,Keltikangas-Järvinen,L., Puttonen,S.,Vartia,M.,Burnner, E. y Vahtera,J.(2004).Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia.Prospective cohort study.*J Psychosom Res*.(57),417-422.
- Kalichman L.(2009). Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women.*Clin Rheumatol*.28(4):365-9
- Martínez,E.,González,O. y Crespo,J.M.(2003).Fibromialgia:Definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos.*Salud Global .Salud mental. Atención primaria*,(4),2-7.
- Merskey H, Bogduck N (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: Internacional Association for Study of Pain (IASP Press).
- Moioli,B y Merayo,L.A.(2005).Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia.*Rev.Soc.Esp del Dolor*,12(8),476-484.
- Nicassio y cols.(2002). The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue en fibromyalgia. *Pain*(100),271-279.
- Orellana C, Gratacós J, Galisteo C, Larrosa M.(2009).Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. ,*Curr Rheumatol Rep*. Dec;11(6):437-42.
- Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R(2006). Sexual functioning of women with fibromyalgia.*Clin Exp Rheumatol*. Sep-Oct;24(5):555-61.
- Rivera,J.,Alegre.C.,Ballina,F.J.,Carbonell,J.,Carmona,L.,Castel,B.,Collado,A.,Esteve,J.J., Martínez,F.G.,Tornero,J.,Vallejo,M.A. y Vidal,J.(2006).Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia.*Reumatol Clin*(1),55-66.

- Rossy, L.A., Buckelew, S.P., Dorr, N., Hagglund, K.J., Thayer, J.F., McIntosh, M.J., Hewett, J.E. y Johnson, J.C. (1999). A metaanalysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*, 21(2), 180-191.
- Rothschild, A.J. (2006). Sexual side effects of antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*, 61(Suppl.11)28-36.
- Segraves, R.T. (1998). Antidepressant-Induced Sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*, 59(suppl 4), 48-54.
- Sousace, B., Monsalve, V., Soriano, J.F y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev. Soc. Esp del Dolor*, 11(6), 353-359.
- Tofferi, J., Jackson, J. y O'Malley, P. (2004). Treatment of fibromyalgia with Cyclobenzaprine. A meta-analysis. *Arthritis Rheum.* (51), 9-13.
- Tosal, B. (2007). Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia. *Feminismo/s*. (10), 79-91.
- Ubago, M.C., Ruiz, I., Bermejo, M.J., Orly de Labry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*, 79(6), 683-695.
- Valverde, M. (2000) Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 27, 157.
- Viana, C. (2009). Fibromialgia. *Guías Clínicas*, 9(9). Recuperado el 6 de diciembre de 2100 de <http://www.fisterra.com/guias2/fibromialgia.asp>.
- Villanueva, V.L., Valia, J.C., Cerda, G., Monsalve, M. J., Bayona y J. de Andrés (2004). Fibromialgia: Diagnóstico y tratamiento. El estado en cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 430-443.
- Waldinger, M.D. (1999). Sexual side effects of antidepressants. *Ned. Tijdschr. geneeskd*, 143(37), 1853-1857.
- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneva: WHO, 1992
- Williams, D. (2003) Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheum.* (17), 649-665.
- Yousefi, P., Coffey, J. (2005). For fibromyalgia, which treatments are the most effective?. *Clinical Inquireies*, 54(12), 1094-1095.
- http://www.ser.es/actualidad/Informes_Estadisticos.php.

9. ANEXOS.

ANEXO I.

MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA.



**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S.
(Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction)**

Validación experimental en lengua española: A. Aluja y J.M. Farré

Nombre.....

Apellidos.....

Edad.....

Fecha de Nacimiento.....Código*.....

(* A rellenar por el/la profesional)

INSTRUCCIONES.-

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:

Nunca 0

Casi nunca 1

Ocasionalmente 2

Habitualmente 3

Siempre 4

Lea cada pregunta con atención y decida la respuesta que describe mejor la forma en como le han ido las cosas en sus relaciones sexuales **RECIENTEMENTE**, luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente a la numeración.

Las respuestas son **TOTALMENTE** individuales y no pueden ser consultadas con su pareja.

¡POR FAVOR, NO OLVIDE CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS ;

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S.

Nunca 0
Casi nunca 1
Ocasionalmente 2
Habitualmente 3
Siempre 4 Código.....

1. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?

0 1 2 3 4

2. ¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?

0 1 2 3 4

3. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?

0 1 2 3 4

4. ¿Se excita sexualmente con facilidad?

0 1 2 3 4

5. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. y su pareja dedican al juego previo al coito?

0 1 2 3 4

6. ¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?

0 1 2 3 4

7. ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?

0 1 2 3 4

8. ¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?

0 1 2 3 4

Nunca 0
Casi nunca 1
Ocasionalmente 2
Habitualmente 3
Siempre 4 Código.....

9. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?

0 1 2 3 4

10. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?

0 1 2 3 4

11. ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?

0 1 2 3 4

12. ¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja?

0 1 2 3 4

13. ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?

0 1 2 3 4

14. ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?

0 1 2 3 4

15. Realiza el coito más de dos veces por semana?

0 1 2 3 4

16. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja que es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?

0 1 2 3 4

Nunca 0
Casi nunca 1
Ocasionalmente 2
Habitualmente 3
Siempre 4 Código.....

17. ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?

0 1 2 3 4

18. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?

0 1 2 3 4

19. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?

0 1 2 3 4

20. ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?

0 1 2 3 4

21. ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito?

0 1 2 3 4

22. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?

0 1 2 3 4

23. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?

0 1 2 3 4

Nunca 0
Casi nunca 1
Ocasionalmente 2
Habitualmente 3
Siempre 4 Código.....

24. ¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente?

0 1 2 3 4

25. ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?

0 1 2 3 4

26. ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor?

0 1 2 3 4

27. ¿Disfruta cuando realiza el coito con su pareja?

0 1 2 3 4

28. ¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito?

0 1 2 3 4

ANEXO II.

MÁSTER OFICIAL DE SEXOLOGÍA.



CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER – FSM

Se trata de una escala auto-administrada que consta de 15 ítems.

Pregunta llave

0 ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

SI NO

Si la respuesta es “SI” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

1 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

2 Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

3 Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

4 En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

5 Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

6 En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?

Casi siempre -Siempre
A menudo
A veces
Raramente
Nunca

7ª En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad?

Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

7b ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas?

Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).

Por sentir dolor
Por miedo a la penetración
Por falta de interés para la penetración vaginal
No tener pareja sexual
Incapacidad para la penetración por parte de su pareja

8 Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?

Casi siempre -Siempre
A menudo
A veces
Raramente
Nunca

9 Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

10 En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?

Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

11 Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

12 Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

1-2 veces
De 3 a 4 veces
De 5 a 8 veces
De 9 a 12 veces
Más de 12 veces

13 Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Casi siempre -Siempre

14 En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

Muy insatisfecha
Bastante insatisfecha
Ni satisfecha ni insatisfecha
Bastante satisfecha
Muy satisfecha

