

**Relación entre la función sexual y el estrés en trabajadores y trabajadoras de una
empresa de telecomunicaciones de la ciudad de Bogotá en 2015**

INFORME FINAL

FERNANDO AUGUSTO ARANGO PONCE DE LEON

Universidad El Bosque

Facultad de Enfermería

Maestría Salud Sexual y Reproductiva

Bogotá

2017

Tabla de contenido

1.	Introducción.....	1
2.	Planteamiento del problema	4
3.	Marco teórico.....	13
4.	Objetivos	19
4.1.	Objetivo General	19
4.2.	Objetivos específicos	19
5.	Metodología.....	20
5.1.	Descripción general	20
5.2.	Descripción del estudio y de la muestra	20
5.3.	Instrumentos.....	22
5.3.1.	Cuestionario de estrés (Anexo 2).....	22
5.3.2.	Cuestionario de Función sexual femenino (Anexo 3).....	23
5.3.3.	Cuestionario de función sexual masculino (Anexo 4)	25
5.3.4.	Datos demográficos	26
5.4.	Procedimiento	26
5.4.1.	Calificación de la información	26
5.4.1.1.	Calificación del estrés	27
5.4.1.2.	Calificación de función sexual.....	28
5.4.1.2.1.	Calificación Función Sexual Femenina.....	28
5.4.1.2.2.	Calificación función sexual masculina.....	29
5.4.2.	Recolección	29
5.4.2.1.	Recolección de estrés	30
5.4.2.3.	Caracterización demográfica	33
5.4.3.	Cálculos.....	37
6.	Resultados.....	39
6.1.	Datos Generales.....	39
6.1.1.	Distribución por género.....	39
6.1.2.	Distribución por Estrés.....	40
6.1.3.	Distribución por función sexual.....	41
6.1.4.	Distribución por grupos de edad.....	43

6.1.5.	Distribución por estado civil	44
6.1.7.	Distribución por nivel educativo.....	47
6.2.	Frecuencias y prevalencias de estrés y de función sexual.....	49
6.2.1.	Estrés.....	49
6.2.2.	Función sexual.....	50
6.3.	Razón de Prevalencias	51
6.3.1.	Razón de Prevalencias para función sexual con exposición al estrés	52
6.3.2.	Razón de prevalencia para estrés con exposición a función sexual	53
6.4.	Chi Cuadrado	54
6.5.	Caracterización.....	56
6.5.1.	Estrés.....	57
6.5.2.	Función sexual.....	60
6.6.	PREVALENCIAS POR VARIABLES DEMOGRÁFICAS	62
7.	Discusión y conclusiones	79
7.1.	Discusión	79
7.2.	Conclusiones	88
8.	RECOMENDACIONES	92
8.1.	Recomendaciones generales.....	92
8.2.	Recomendaciones para la empresa	94
9.	Referencias bibliográficas	96
10.	Anexos	100
	Anexo 1. Consentimiento informado	100
	Anexo 2. Cuestionario de estrés.....	103
	Anexo 5. Información demográfica	108

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución por género	39
Tabla 2 Distribución por estrés.....	40
Tabla 3 Distribución por función sexual	41
Tabla 4 Distribución por grupos de edad	43
Tabla 5 Distribución por estado civil	45
Tabla 6 Distribución por estrato socio económico.....	46
Tabla 7 Distribución por nivel educativo	48
Tabla 8 Frecuencias positiva y negativa de estrés	49
Tabla 9 Frecuencias positiva y negativa de función sexual	50
Tabla 10 Frecuencias de estrés por grupos de edad.....	57
Tabla 11 Tabla de frecuencia de estrés por estrato socio económico	58
Tabla 12 Frecuencia de Estrés por Estado Civil	58
Tabla 13 Estrés por Nivel Educativo y por Sexo.....	59
Tabla 14 Frecuencia de función sexual por grupo de edad	60
Tabla 15 Frecuencia de función sexual por estrato socio económico	61
Tabla 16 Frecuencia de función sexual por estado civil	61
Tabla 17 Frecuencia de función sexual por nivel educativo	61
Tabla 18 Razón de prevalencia para estrés por género	64
Tabla 19 Razón de prevalencia para estrés por grupos de edad	65
Tabla 20 Razón de prevalencia para estrés por estrato socio económico	66
Tabla 21 Razón de prevalencia para estrés por estado civil	68
Tabla 22 Razón de prevalencia para estrés por nivel educativo	69

Tabla 23 Razón de prevalencia para función sexual por género	71
Tabla 24 Razón de prevalencia para función sexual por grupo de edad	72
Tabla 25 Razón de prevalencia de función sexual por estado civil	73
Tabla 26 Razón de prevalencia para función sexual por estrato socio económico.....	75
Tabla 27 Razón de prevalencia para función sexual por nivel educativo	76

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Distribución por género.....	39
Ilustración 2 Distribución por estrés entre positivos y negativos	40
Ilustración 3 Distribución por función sexual (Positivos y Negativos)	42
Ilustración 4 Distribución por grupos de edad.....	44
Ilustración 5 Distribución por estado civil	45
Ilustración 6 Distribución por estrato socio económico	47
Ilustración 7 Distribución por nivel educativo	49
Ilustración 8 Frecuencias de estrés por grupos de edad	57
Ilustración 9 Frecuencia de estrés por estrato socio económico	58
Ilustración 10 Frecuencia de estrés por estado civil	59
Ilustración 11 Frecuencia de estrés por nivel educativo	60
Ilustración 12 Razón de prevalencia para estrés por género.....	65
Ilustración 13 Razón de prevalencia para estrés por grupos de edad.....	66
Ilustración 14 Razón de prevalencia estrés por estrato socio económico	67
Ilustración 15 Razón de prevalencia para estrés por estado civil	69
Ilustración 16 Razón de prevalencia para estrés por nivel educativo	70
Ilustración 17 Razón de prevalencia para función sexual por género.....	71
Ilustración 18 Razón de prevalencia para función sexual por estado civil	73
Ilustración 19 Razón de prevalencia de función sexual por estado civil	74
Ilustración 20 Razón de prevalencia para función sexual por estrato socio económico	76
Ilustración 21 Razón de prevalencia para función sexual por nivel educativo	78

1. Introducción

Tal como lo refiere el profesor Joseph Ladou en su libro Occupational Medicine, el estrés laboral tiene la capacidad de afectar diversos aspectos biológicos y psicológicos de las personas. Hombres y mujeres pueden resultar afectados por el mal manejo del estrés, lo que tiene la potencialidad de impactar negativamente la calidad de vida, generar problemas sociales, económicos y de salud pública. (LaDou, 1990). (Parmeggiani, 1989)

En otros documentos como en la Psicobiología del Estrés, de la Dra. M. Florencia, se expresan de manera amplia, los mecanismos que explican de manera clara y suficiente, como el estrés tiene la capacidad de afectar de diferentes formas la naturaleza humana. Se incluye en este documento de gran importancia en el entendimiento del estrés la homeostasis. Concepto este que se refiere a la capacidad del cuerpo de recuperar su equilibrio frente a las adversidades. (Daneri, 2012). La homeostasis es compleja, intervienen el sistema nervioso autónomo, hormonas, nervios, glándulas, músculos, vasos sanguíneos, órganos y ha sido también reconocida como estrategia evolutiva al facilitar y promover la adaptación.

Según la definición de Chrousos y Gold (1992) “se puede definir al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal”. Sean ellos niveles de oxígeno, de la acidez, de la alcalinidad etc. (Daneri, 2012)

La legislación de varios países, entre ellos Colombia, ha incluido al estrés como un agente generador de enfermedades, trastornos y problemas de salud, tal como lo establece el Decreto 1477 de 2014 del Ministerio del Trabajo de la República de Colombia. (Decreto 1477 de 2014, 2014). En esta norma se han contenido afecciones genéricas relacionadas con el estrés, entre las

que se nombran el colon irritable, los infartos cardiacos, algunas afecciones endocrinológicas y también la sexualidad y la reproducción, (Daneri, 2012)

Álvarez Gayou J., afirma que la práctica del sexo incluye liberación de endorfinas, que podrían tener la capacidad de contrarrestar las catecolaminas que son liberadas por acción del estrés. Así mientras la actividad sexual entrega endorfinas del placer, el estrés libera catecolaminas del malestar. Como quiera que este fenómeno se ve afectado por múltiples variables y causas, establecer el tipo de relación entre estos aspectos abre puertas a futuras investigaciones. (Álvarez - Gayou, 2011)

Si el estrés afecta la salud de diferentes maneras, y la sexualidad ha sido considerada como elemento del bienestar de las personas, por la liberación de endorfinas, podía igualmente suponerse que una sana y adecuada sexualidad ejerce control y protección frente al estrés. (Álvarez - Gayou, 2011)

Si el estrés, de acuerdo con cifras de diferentes autores, afecta a cerca del 30 % de la población o más, (Buckley, 2015) (Perez, 2011) (Vindel, 2002), querría esto decir que fácilmente una cifra por encima de los 2000 millones de personas en el mundo podrían estar afectadas por el estrés.

De acuerdo con el Banco Mundial (2015), Colombia cuenta, con una población de 47.791.393 de habitantes, si aplicáramos el porcentaje del 30% de personas con estrés, tendríamos cerca de 14.3 millones de afectados por el estrés, lo que es una población similar a la suma de toda la población de los siguientes 3 países: Costa Rica (4.7 millones), El Salvador (6.1 millones) y la de Uruguay (3.4 millones) que suman en total 14.2 millones de personas (Banco Mundial, 2017) La magnitud del problema, representado en cifras nos muestra, que efectivamente se trata de un asunto que le concierne a la salud pública y por lo mismo que demanda su atención.

Por su parte, las alteraciones de la función sexual arrojan datos con prevalencias que también son de consideración. Las cifras de disfunción, en promedio teniendo en cuenta hombre y mujeres, podrían redondearse en el 30 o 40 % de la población. (Blümel, 2004) (Robayo, 2009) (Bravo, 2005) (Camacho, 2002). Este panorama refuerza la consideración de la salud sexual y reproductiva como un tema del campo de la salud pública, lo que justifica el estudio de estas dos variables.

Un mayor conocimiento del efecto del estrés sobre la función sexual, podría ofrecer o estimular estrategias que permitan mejorar la sexualidad, como estrategia para controlar el estrés. Del otro lado, el diseño de técnicas para el control del estrés, podrán impactar sobre la sexualidad.

Surge una justificación adicional, y es el interés del investigador por impactar positivamente la salud de los trabajadores, que es uno de los mandatos y de las expectativas de los programas de salud ocupacional, hoy denominados “*Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo*” que la empresa debe desarrollar en cumplimiento de los mandatos legales vigentes.

2. Planteamiento del problema

El mundo digital e industrializado que hoy vivimos, ha venido incluyendo en los procesos económicos y de globalización, cambios y modificaciones casi permanentes sobre los trabajos y sus formas, que obligan y generan entre otras, cambios y modificaciones de las relaciones sociales a través del denominado trabajo en equipo, inclusión de nuevas tecnologías y nuevas modalidades y relaciones contractuales que favorecen la aparición del estrés. (Peiró, 2013)

Prácticamente todos los trabajos conllevan una dosis de estrés y no es éste, en sí, el que afecta; son los malos manejos que se dan a las cargas de estrés. Es la incapacidad de las personas para afrontar y manejar las cargas de estrés, la que resulta afectando negativamente. El estrés es un término tomado de la industria de los metales y adoptado por el sector de la salud. Se refiere, en el lenguaje de los metales, a la fuerza que es capaz de aguantar o tolerar un metal antes de deformarse. De ahí que el término haya sido adoptado por el campo de la salud, que ha querido expresar con el mismo, la capacidad que las personas tienen para aguantar fuerzas, presiones, excesos, antes de afectarse en su salud – “deformarse” diríase de un metal. (Parmeggiani, 1989). El estrés es una respuesta del organismo que pone al individuo en disposición de afrontar situaciones interpretadas como amenazas.

Los avances tecnológicos, la competitividad creciente y persistente del mundo actual, entre otros, obligan a constantes cambios, nuevas adaptaciones y ajustes de tecnología, de procesos, de modos de operación, que inciden y obligan a las personas a cambios y ajustes, que aportan grandes dosis de estrés. Son los empleados en todos los niveles de las compañías, quienes sufren todos estos cambios.

Un sector como el de las telecomunicaciones que viene cambiando de tecnologías, de sistemas y de modos de operación, a la velocidad que avanzan las telecomunicaciones, ha sido reconocido dentro de los que más aportan estrés a sus trabajadores. Así se evidencia con datos de la Empresa de telecomunicaciones de Francia (Telecom France), empresa con cerca de 100.000 trabajadores, que registró en el término de pocos años un número cercano a los 50 suicidios entre sus colaboradores, de acuerdo con los informes de prensa de la época. (Quiñonero, 2011). El interés del público por estar comunicados, las ofertas de nuevos productos, los servicios convergentes (todos los servicios de telecomunicaciones en un mismo aparato), las velocidades de comunicación y las nuevas capacidades y anchos de banda de los servicios, demandan de los trabajadores, aprendizajes, interrelaciones personales, ajustes permanentes, innovaciones y nuevos sistemas, que los someten a retos, nuevas metas, cambios que generan ansiedad, aumento de los despidos y muchos otros, que en suma se convierten en niveles altos de estrés.

El estrés ha sido relacionado con deterioros de la salud física, mental y social, lo que ha llevado a diferentes Estados de Europa y América a generar políticas encaminadas al reconocimiento, evaluación y control de los riesgos psicosociales, que incluyen el estrés (Peiró, 2013). Colombia igual que España y otros países, introdujo en el año 2008, normatividad en torno a estos temas y recientemente, en el año 2014, cuando se actualizó la tabla de enfermedades atribuibles al trabajo por parte del Ministerio del Trabajo, a través del Decreto 1477 de 2014, se incluyeron los aspectos psicosociales que pueden derivar en diversos tipos de trastornos y problemas relacionados con el estrés. Dentro de los trastornos y enfermedades que han sido relacionadas con el riesgo psicosocial elevado se mencionan dentro de la legislación: “Trastornos psicóticos agudos y transitorios, Depresión, Episodios depresivos, Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno mixto ansioso – depresivo, Reacciones a estrés grave, Trastornos de adaptación, Trastornos adaptativos con humor ansioso, con humor depresivo, con

humor mixto, con alteraciones del comportamiento o mixto con alteraciones de las emociones y del comportamiento, Hipertensión arterial secundaria, Angina de pecho, Cardiopatía isquémica, Infarto agudo de miocardio, Enfermedades cerebrovasculares, Encefalopatía hipertensiva, Ataque isquémico cerebral transitorio sin especificar, Úlcera gástrica, Úlcera duodenal, Úlcera péptica, de sitio no especificado, Úlcera gastroyeyunal, Gastritis crónica, no especificada, Dispepsia, Síndrome del colon irritable con diarrea, Síndrome del colon irritable sin diarrea, Trastornos del sueño debidos a factores no orgánicos y Estrés post-traumático”. (Decreto 1477 de 2014, 2014)

Las cifras del estrés son variables, lo que se explica por su origen; una cosa es estar sometido a estrés y otra muy diferente es resultar afectado por el mismo. Mientras las cifras de exposición a estrés podrían ser prácticamente del 100 % - con diferentes grados de exposición -, las cifras de afectación, que informa la OIT, se encuentran por el orden del 18 al 30 % de manera global. (Moreno-Jiménez, 2010)

El Doctor Antonio Cano Vindel, presidente de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés, informa en su publicación – “La Naturaleza del Estrés”, cifras referentes a población europea. Las cifras de esta publicación indican que el 28 % de los trabajadores padecen estrés.

Entre los europeos, 20 % presenta síndrome de “Burnout”, 13% se quejan de dolores de cabeza, 17 % lo hacen de dolores musculares inespecíficos, el 20 % informa fatiga y 30 % atribuye como los anteriores, el dolor de espalda al estrés laboral. (Vindel, 2002)

El informe de estadísticas del Health and Safe Executive (2015) de Inglaterra, muestra que en Gran Bretaña se presentan anualmente 440.000 casos de depresión y ansiedad por estrés cada año, lo que indica una prevalencia de 1.380 casos por 100.000 habitantes. Estos problemas aportan 9.9 millones de días laborales perdidos, con 23 días perdidos al año en

promedio, aportados por cada caso. Estas manifestaciones del estrés son más frecuentes en empresas de servicios públicos, en centros educativos, en entidades destinadas a la prestación de prestación de servicios de salud y en entidades de la administración pública y de defensa.

(Buckley, 2015)

Por su lado, el American Institute of Stress, en Texas - Estados Unidos, reporta que el 44% de los estadounidenses refieren sentir hoy mayor estrés que hace 5 años. 1 de cada 5 personas con estrés sufre crisis importantes y atribuyen y relacionan como causa básica de las enfermedades, al estrés en el 60 % de las enfermedades comunes. (The American Institute for Stress).

Las estadísticas colombianas refieren cifras similares, donde se afirma que entre el 50 al 60 % de las ausencias labores están mediadas por el estrés (Perez, 2011). Otras publicaciones como la de la Revista Universidad y Salud de la Universidad de Nariño, afirma cómo la salud laboral resulta fundamental en la productividad de las empresas, datos afirmados con base en una revisión teórica. (Tulcán, 2012)

Teniendo en cuenta que la otra variable del estudio es la función sexual, es importante señalar que ésta como una de las expresiones medibles de la sexualidad, será objeto de análisis en este trabajo. Si bien la medición de la función sexual no logra una medición integral de la sexualidad, ha demostrado, tal como lo evidencian diferentes estudios, ser indicador confiable en el análisis de la sexualidad humana. (DeLamater, 2006)

Las cifras reportadas de función sexual, no se expresan en términos de la función; se expresan en términos de disfunción, que se refiere a los trastornos de la misma. Las disfunciones se describen en las diferentes fases de la sexualidad, lo que identifica diferentes tasas de incidencia y prevalencia para cada fase. Así mismo las cifras informadas de disfunción tienen variaciones para hombre y para mujeres y en cada grupo se describen adicionalmente otras

diferencias por grupos de edad. De ahí que de manera global, se publican tasas de disfunción sexual para mujeres con cifras entre el 30 y hasta el 50 %, (Blümel, 2004) mientras que las reportadas para hombres entre los 18 y los 59 años, informan cifras desde el 31 %, hasta del 56 %.

Prieto en 2010, en el estudio “epidemiología de la disfunción eréctil”, publicado en los Archivos Españoles de Urología, informa que en estudios realizados en Massachusetts, Estados Unidos, con una población de 1.290 sujetos durante los años 1.987 y 1.989, la prevalencia de disfunción eréctil para hombres entre 40 y 70 años, mostró un dato global de 52 %, distribuida así: leve en 17%, 25 % moderada y el 10 % del grupo severa. (Prieto, 2010).

Así mismo se muestra que la disfunción eréctil en relación con la edad afecta a una población de entre 1.5 – 2 millones de varones españoles y las cifras aumentan con la edad, de la siguiente manera: 8,6% en varones de 25 a 39 años, 13,7% de 40- 49 años, 24,5% entre 50 y 59 años y 49% en sujetos de 60 a 70 años. (Prieto, 2010). Cifras similares son reportadas por Camacho en su estudio publicado en la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caracas. (Camacho, 2002).

En el estudio realizado en 2009 por Robayo en la Universidad del Valle, con pacientes de un hospital de tercer nivel, encontró una prevalencia de disfunción eréctil un poco por encima de los promedios latinoamericanos para esta problemática, que hablan de una prevalencia global del 53 % (Estudio DENSA – Estudio que incluye población colombiana). Las cifras del estudio del Departamento del Valle del Cauca, mostraron cifras superiores a las identificadas para Latino América, que los investigadores atribuyen a la co - morbilidad que se presenta en los pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel de complejidad. Las

cifras del Hospital Universitario del Valle alcanzaron 66 % de disfunción eréctil. (Robayo, 2009)

En mujeres la disfunción sexual, también se reporta con prevalencias variadas y datos muy diferentes. Aparecen cifras que varían de sitio en sitio y con la edad. La mayor prevalencia se encuentra en las mujeres post menopaúsicas, tal como lo informa Figueroa en un estudio sobre la prevalencia de disfunción sexual en Chile. (Figueroa, 2009) En otros estudios, en los cuales se ha utilizado el IFSF (Índice de Función Sexual Femenino), aplicado a 217 mujeres en consulta de Ginecobstetricia, los datos arrojaron lo siguiente: el 67,7% presentaron algún grado de disfunción sexual, con la siguiente distribución: falla de deseo sexual, 52,9%; ausencia de orgasmo, 37,3%; falta de lubricación, 28,6%; dispareunia, 17,9%; falta de excitación, 24,8%. Sin embargo para ese estudio, en general la satisfacción sexual, se reportó en 78,8%. En este estudio se anota que las mujeres que participaron consideraron en un 80,6%, a la relación sexual, importante en la relación de pareja. (Kamei, 2005).

Siendo el estrés y la sexualidad influidos por diferentes elementos, como conceptos culturales, religiosos, emocionales y biológicos entre otros, la participación cerebral y neuro endocrina amerita también una revisión. Estrés y sexualidad comparten estructuras anatómicas y neuro endocrinas. También órganos de la propiocepción como la vista, el oído y su centro de integración en el cerebro. Diferentes publicaciones como la que escribe Bancroft, refieren trastornos hormonales con afectación de las hormonas sexuales y por lo mismo del comportamiento sexual asociada al estrés y los cambios del ambiente. (Bancroft, 1993) Otros autores, citan por su lado, la alteración de las hormonas como factor modificador de la función sexual. Álvarez – Gayou, J.L., (Álvarez - Gayou, 2011) describe cuatro causas principales de las disfunciones sexuales: 1) las biológicas, 2) las psicológicas, 3) las sociales y educativas y 4) los problemas en las relaciones de pareja.

En el trabajo “la Biología del Comportamiento”, (2012), se plantean aportes a las implicaciones del estrés sobre la función sexual, documento en el cual a través de la revisión integral por sistemas, se muestra la interacción y los efectos del estrés sobre los diferentes sistemas. Se incluye en este trabajo el sexo, y se evidencia como hay una interacción y repercusión del estrés sobre la sexualidad. (Daneri, 2012)

El análisis de este estudio de la Dra. Florencia, destaca aspectos planeados por otros autores en torno a respuestas endocrinas, neurológicas, del sistema vegetativo, entre otros, interacciones que también han incluido los textos de Alvarez Gayou y de Cuxiart. (Álvarez - Gayou, 2011) (Cuixart, 1997)

Esta interacción y las citas referidas, motivan una revisión del tema y por lo tanto que se busque una posible relación entre estos fenómenos, la función sexual y el estrés. Parece viable que las afecciones neuroendocrinas descritas en el estrés, impacten la función sexual. De la misma manera, también se ve viable, que los neurotransmisores estimulados en la función sexual, resulten afectados por el estrés, con el consiguiente impacto sobre las fases de la sexualidad.

Los agentes estresores afectan los neurotransmisores del sistema vegetativo que son primordiales para el eje hipotálamo – hipófisis, centro por excelencia de la regulación endocrina y por lo mismo, actor importante de la respuesta sexual. Otra estructura neuro endocrina impactada por el estrés, es el eje hipófisis suprarrenales, responsable de la liberación de corticoides como el cortisol, elemento de reconocida importancia en la producción hormonal del ciclo sexual. (Cuixart, 1997) (Álvarez - Gayou, 2011).

Con base en lo anteriormente expuesto, vemos un par de fenómenos presentes en la población, como son – el estrés y la disfunción sexual, - pueden ser del interés general y por lo mismo objeto de un análisis con miras a revisar si existe o no una relación. Si bien las búsquedas bibliográficas en torno de esta relación no arrojan datos de literatura científica, si existen diversos documentos y publicaciones que expresan aspectos tales como, “El impacto del estrés en la sexualidad”, “Claves para evitar que el estrés afecte su sexualidad”, “No deje que el estrés afecte su sexualidad” y similares.

Determinar si estos aspectos están o no relacionados, permitirá conocer de mejor forma los aspectos que la literatura presenta. También podrá decirse con mayor contundencia el tipo de relación que existe y el impacto que los asuntos de la biología le aportan al estrés y a la función sexual. De otro lado relacionar la sexualidad que se lastra de tabú, con un tema como el estrés que “goza” de un cierto toque de “elegancia” y de “actualidad”, podría acercar el sexo al público en general, para que de una vez por todas, la sexualidad pueda ser tratada con la libertad y transparencia que se requiere.

La información y bibliografía sobre disfunción sexual, hablan y documentan una relación de ésta con la edad como factor primordial. Otros aspectos también son referidos como generadores de disfunción, sin embargo, entre ellos el estrés no es muy común. De otro lado, al estrés se le atribuyen diferentes y variados problemas de salud, resulta por lo tanto de interés revisar la relación entre estos fenómenos, sobre todo teniendo en cuenta que existen posibles nexos bilógicos, neurológicos, endocrinológicos y otros sopores que permiten esta suposición.

La disfunción sexual puede ser también un asunto de la salud pública que amerite intervención a través de la salud sexual y reproductiva y si en ello hay factores del estrés, su conocimiento se constituye en otra punta de lanza para la mejora de la salud colectiva. Por lo tanto ahondar en el conocimiento de la sexualidad humana, nos lleva a mejores estrategias de

prevención y de la salud, lo que facilita la conservación de las familias, a evitar rupturas de los núcleos de la sociedad y por esta vía, a mejores familias, con mejores relaciones, mejores hijos, mejor sociedad y por lo tanto mejor país.

Conocer por lo tanto esta posible relación, arrojará luces de conocimiento y de la misma manera mostrará caminos para la intervención de problemas que posiblemente sean menos complejos de los que pensamos. Así, entonces surge el interrogante si: ¿Existe relación entre el estrés y la función sexual en trabajadores y trabajadoras de una empresa de telecomunicaciones de la ciudad de Bogotá?

3. Marco teórico

Entre muchas descripciones de estrés disponibles, se ha tomado una que aparece publicada en la página web de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos - Medline Plus, en la cual se refieren al estrés como: “ El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso. El estrés es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar su salud”. (Medline Plus, 2014).

El estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante estímulo inespecífico (cualquier demanda específica que se le solicite). El estrés es siempre una respuesta de carácter fisiológico, ante un agente estresor externo o interno, el cual produce una segregación de hormonas que producirán cambios a distancia en diversas partes del organismo. Estas catecolaminas (hormonas y enzimas) llegaran a afectar el comportamiento produciendo un efecto social en relación a uno o varios agentes estresores que afectan a cada persona de un modo concreto. (Technosite | Fundación ONCE, 2009).

Tal como se ha descrito, el estrés es una condición personal y para cada persona el estrés surge de diferentes maneras y se presenta igualmente con diferentes efectos. Incluso un mismo evento podría generar en la misma persona diferentes efectos aun en tiempos diferentes; en definitiva, es el desbalance de factores lo que genera el estrés unido a la mala adaptación a los factores lo que genera dificultades. (Technosite | Fundación ONCE, 2009).

Así entonces, en el campo laboral, de acuerdo con lo expresado por Antonio Rodríguez son las estructuras administrativas de las empresas y sus procesos unos de los principales generadores

de estrés, que termina por afectar a los trabajadores no solo en su condición de salud sino en su rendimiento laboral. (Rodríguez, 2009).

Son muchas y variadas las condiciones del trabajo que generan estrés. De acuerdo con el Instituto de Seguridad y Salud en el Trabajo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, en su Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo y adjuntando criterios expuestos por Joseph LaDou, existen variables subjetivas muchas de ellas difíciles de medir en la mayoría de sus circunstancias, con límites muy estrechos entre lo estresante y lo motivador, que hace que las mismas no siempre puedan ser consideradas como factores propiamente dichos como estresantes. Es sin embargo posible crear alguna lista de factores estresantes del ambiente laboral, que han sido ya reconocidos por sociedades científicas y entes reguladores del trabajo entre las que se encuentran:

- Sobrecarga cuantitativa: demasiado qué hacer
- Apremio de tiempo: mal cálculo de los tiempos para las labores

encomendadas.

- Exigencias desequilibradas: mala escogencia del trabajador para la labor
- Trabajo rutinario: poca estimulación emocional al trabajo, poco contenido del

trabajo

- Trabajo monótono: poca creatividad y aportes del trabajador al mismo
- Trabajo automatizado: rutina mecánica de la labor
- Conflictos de interés: relaciones interpersonales y multiplicidad de intereses
- Relación con superiores: tipos de dirección y de supervisión.
- Tipos de contratación: estabilidad y posibilidades de promoción

- Horarios de trabajo: turnos y dificultades con el manejo del tiempo personal y laboral
- Inducción y entrenamiento para la labor: capacidades frente a la tarea encomendada
- Remuneración: reconocimiento económico por la labor y por su responsabilidad frente a la misma.
- Ambiente laboral: riesgos propios de la labor que afectan la salud del trabajador
- Relaciones trabajador maquina: interacción del trabajador con su máquina o equipo requerido para la labor. (LaDou, 1990) (Parmeggiani, 1989).

Teniendo en cuenta que el estrés ha sido catalogado como factor de riesgo ocupacional y como tal tiene la potencialidad de generar enfermedad ocupacional, conocida como estrés ocupacional, se han diseñado diferentes estrategias para medirlo y magnificarlo, de manera que se determine en el ambiente laboral su real impacto sobre la población y que así se oriente sobre la urgencia de aplicar estrategias de control, dando así cumplimiento a los mandatos de la Salud Ocupacional. (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Dado que el estrés es de origen multicausal, en su medición se incluyen diferentes aspectos que no solo tienen que ver con el ambiente de trabajo, sino con aspectos propios del individuo en sus diferentes esferas – Biológico, psicológico, social, cultural, religiosa etc. Por lo tanto, la medición de riesgo debe englobar entre varios aspectos, algunos tales como: 1) Aspectos organizacionales, entre los que se nombran, el impacto y el conocimiento de una misión y de una visión, existencia y conocimientos de objetivos de la organización, los estilos de comunicación, las relaciones interpersonales, los estilos de mando, las metas organizacionales entre otros. 2) Desarrollo profesional al que puede aspirar el trabajador, que se refiere a: posibilidades de

promoción, opciones de capacitación, responsabilidades del cargo, autonomía en la labor, entre otros. 3) Roles: que comprende el conflicto de roles, la claridad de los mismos, la autoridad y jerarquía. 4) Tareas del cargo: Referido a cantidad de tareas para los tiempos asignados, responsabilidades frente a las mismas, complejidad de la tarea y capacidades para la ejecución de la misma y decisiones o autonomía frente a las tareas por nombrar algunas. 5) Ambiente laboral, referido a las condiciones de espacio, de iluminación, de ruido, de contaminación etc. (Sierra, 2003) (Parmeggiani, 1989).

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 2566 de 2009 en su numeral 42, determina que las patologías causadas por el estrés producidas por *trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producciones en masa, repetitivas o monótonas o combinadas con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, Infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad acido péptica severa o colon irritable*”. Recientemente en la actualización de la norma, el Decreto 1477 de 2014, valida los conceptos e incluso aumenta en las afecciones derivadas del estrés. (Decreto 1477 de 2014, 2014).

El estrés laboral afecta a los trabajadores produciendo en ellos diferentes manifestaciones de enfermedad o trastorno desde leves dolores de cabeza hasta perturbaciones importantes que incluso han llevado a generar suicidios como los descritos en Telecom Francia. (Quiñonero, 2011).

Pasando a hacer una revisión sobre los otros aspectos de relevancia en este trabajo, la función sexual se ha descrito a partir de los estudios de William Masters y Virginia Johnson, publicados en su trabajo: la Respuesta sexual humana, en 1966, donde básicamente se describe que la función sexual consta de 4 fases y a partir de tal definición se han reconocido los problemas de la función, bajo el término genérico de disfunción. Así en cada fase habrá disfunciones específicas para hombres y para mujeres. (Álvarez - Gayou, 2011).

La función sexual, es una de las expresiones medibles de la sexualidad; es una estrategia para medir la respuesta sexual. Si bien la medición de la función sexual, que se expresa en términos de disfunción, no logra una medición integral de la sexualidad, ha demostrado tal como lo evidencian diferentes estudios, ser indicador confiable en el análisis de la sexualidad humana. (Blümel, 2004) (Zegarra, 2011).

Las disfunciones por lo tanto, se ubican en las diferentes fases de la expresión sexual a saber: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Su origen ha sido descrito por diferentes causas, entre las que se describen cuatro principales: 1) las biológicas, 2) las psicológicas, 3) las sociales y educativas y 4) los problemas en las relaciones de pareja. (Álvarez - Gayou, 2011).

La disfunción sexual, también se reporta con mayores prevalencias en mujeres post menopaúsicas, y de acuerdo con los datos encontrados, pareciera que uno de los factores más constantes que afectan la función sexual, parece ser la edad. También se encuentran cifras de disfunción discriminadas por fases de la respuesta sexual, que para el caso de las mujeres, se expresan de la siguiente manera: falla de deseo sexual, ausencia de orgasmo, falta de lubricación, dispareunia, y falta de excitación. (Kamei, 2005).

Los porcentajes trasladados a cifras dan una visión sobre la magnitud que este tema puede tener. Para una población como la colombiana de aproximadamente 47 millones de habitantes, un 51 % son mujeres. (DANE, 2015), Eso equivale a cerca de 23.9 millones de mujeres en Colombia. De ellas puede asumirse que las mayores de 18 años pueden estar con sexualidad activa, según reporte de la ENDS 2010 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), la mediana de edad para la primera relación sexual a los 17.5 años para la zona rural y 18.1 años para la zona urbana. (Profamilia, 2011) Ahora bien, de ellas el 40 % pueden presentar disfunciones sexuales, estaríamos diciendo que una importante cantidad de mujeres en Colombia podrían estar presentado disfunción sexual. Si se promedia la misma situación para hombres, con un 30 % de disfunción, la cifra de disfunción alcanzaría a otra importante cantidad de hombres mayores de 18 años, asumiendo edades similares para la actividad sexual.

Por otro lado los reportes encontrados sobre estrés, muestran que un 24 % de los colombianos están afectados, es decir un promedio de 10 millones de colombianos podría estar enfrentando dificultades con el manejo del estrés.

De lo anterior se puede evidenciar que se está planteando una situación que podría estar afectando en Colombia a una población del mismo tamaño de todo un país como Suecia, (cerca de nueve (9) millones) de personas solo en Colombia, razón que permite entrar a indagar y soporta una suficiente preocupación por parte de organismos de la vigilancia de la salud pública.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

4.1.1. Establecer la relación que existe entre el nivel de estrés y la función sexual en los trabajadores y trabajadoras de una empresa de telecomunicaciones de la ciudad de Bogotá.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Determinar el nivel de estrés en la población de trabajadores y trabajadoras de una empresa de telecomunicaciones de Bogotá, medido con la batería para diagnóstico de riesgo psicosocial aportada por el Ministerio del Trabajo colombiano.

4.2.2. Determinar el índice de función eréctil, de los hombres de una empresa de telecomunicaciones de la ciudad de Bogotá, a través del índice internacional de función eréctil (IIFE), diseñado por Rosen et al.

4.2.3. Determinar el índice de función sexual femenino de las mujeres de una empresa de telecomunicaciones de la ciudad de Bogotá, mediante el instrumento diseñado por Rosen et al, denominado Índice de Función Sexual Femenino – IFSF.

4.2.4. Determinar las variaciones que pudieran existir en la población estudiada, entre el estrés y la función sexual, al considerar algunas variables demográficas como: Nivel educativo, estrato socio económico, estado civil y grupo de edad.

5. Metodología

5.1. Descripción general

La empresa tenía programado hacer encuestas de riesgo psicosocial como parte del desarrollo del sistema de seguridad y salud en el trabajo. Estas encuestas incluyen un cuestionario de factores de riesgo intra laboral, otro para factores de riesgo extra laborales y un tercer cuestionario para estrés. Esta batería de instrumentos para diagnóstico de riesgo psicosocial definida por el Ministerio del Trabajo colombiano, es de uso obligatorio y único; incluye adicionalmente alguna información demográfica. La empresa definió para el periodo de 2015 que adelantaría la encuesta de riesgos psicosociales para un máximo de 500 personas de su grupo de trabajadores y en ese sentido adelantó un contrato con una firma debidamente facultada y certificada para ese tipo de labores. Simultáneamente con este proceso se planteó hacer una encuesta de función sexual para hombres y para mujeres con los respectivos formularios, previa aceptación del consentimiento informado, que permitiera relacionar el estrés y la función sexual para los dos géneros

5.2. Descripción del estudio y de la muestra

Para adelantar los objetivos planteados se realizó un estudio transversal, tomando como población de estudio las quinientas (500) personas que podrían ser encuestadas. Con base en esta cifra, se procedió al cálculo de la muestra, para lo cual se usó la siguiente fórmula: (Sampieri, 2010)

$$n = N * Z^2 * p * q / d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q$$

Donde

n: era el tamaño de la muestra,

N: la población de estudio,

p: probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

d: precisión (error máximo admisible)

Z: Nivel de confianza

El valor de muestra que se obtuvo fue de 217 sujetos.

De las 500 personas que se querían encuestar, asistieron 365, que representaron un 73 % de la población a estudiar. Cabe aclarar que estas encuestas son obligatorias para las empresas, sin embargo los trabajadores son libres de contestarlas y para el diligenciamiento deben cumplirse algunos requisitos definidos en protocolos, que no siempre permiten el cumplimiento del 100 % de lo propuesto; por ejemplo las encuestas deben hacerse citando a los grupos funcionales (áreas), fuera del sitio habitual de trabajo, disponer de horario laboral, situación que no siempre permite la asistencia de todo el equipo de trabajo. Si bien es de carácter obligatorio, también el trabajador puede reusarse a contestar.

De los 365 sujetos, que participaron en el diagnóstico de riesgo psicosocial de la empresa, 247 (68%) personas aceptaron el consentimiento informado para la encuesta de función sexual, una vez conocieron el objetivo del estudio y así mismo recibieron el instrumento para calificación de la función sexual. De los formularios recolectados, 12 (5 %), presentaron fallas en su diligenciamiento lo que obligó a descartarlos. De esta manera, las encuestas que cumplieron los

requisitos de inclusión en el estudio fueron en total 235, que fueron analizados. Este número de sujetos de estudio sobre la población de 365, representó un 64 % y teniendo en cuenta que la cifra (235) superaba los 217 del cálculo de muestra, se llevaron a análisis. La distribución de los encuestados fue de la siguiente manera: 162 hombres (69%) y 73 Mujeres (31%).

5.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información se describen a continuación. Para este estudio se utilizaron tres instrumentos: Uno para medir el estrés. Otro para medir la función sexual en mujeres y el tercero, para medir la función sexual en hombres. Adicionalmente se recolectaron datos contenidos en la encuesta de riesgo psicosocial respecto de algunos aspectos demográficos.

5.3.1. Cuestionario de estrés (Anexo 2)

El instrumento para la medición de estrés hace parte de la batería de instrumentos definida por el Ministerio del Trabajo, para adelantar el diagnóstico de riesgo psicosocial y es el único instrumento avalado dentro del marco legal Colombiano para medir estrés a nivel laboral.

El cuestionario para la evaluación de estrés que se utilizó en este estudio corresponde a la tercera versión, actualizada por el Ministerio del Trabajo y la Universidad Javeriana, entidad que ha prestado apoyo técnico al ente gubernamental. Consta de 31 preguntas que mediante auto aplicación, permite identificar síntomas reveladores de la presencia de reacciones de estrés, distribuidos en cuatro categorías principales según el tipo de síntomas: a) fisiológicos, evaluados con 8 ítems; b) síntomas de comportamiento social, evaluados con

4 ítems. c) síntomas intelectuales y laborales, evaluados con 10 ítems y; d) síntomas pisco emocionales, evaluados con 9 ítems. (Ministerio de la Protección Social, 2010). Es un instrumento que debe aplicarse de manera completa a pesar que divide en grupos de síntomas. Recopila información de manera subjetiva en la medida que es suministrada directamente por la persona encuestada.

El instrumento, cuenta con su respectiva ficha técnica, la cual informa sobre su validación, actualización, autores, modalidad de aplicación, baremación entre otros. (Ministerio de la Protección Social, 2010). Las escalas de respuesta son: SIEMPRE, CASI SIEMPRE, A VECES Y NUNCA.

Las mediciones se traducen en cinco categorías de estrés: MUY BAJO, BAJO, MEDIO, ALTO Y MUY ALTO.

Para este estudio se tuvo en cuenta que las categorías Muy Bajo, Bajo y Medio, fueron consideradas NEGATIVAS para estrés, mientras que las categorías Alto y Muy Alto fueron consideradas POSITIVAS para estrés.

5.3.2. Cuestionario de Función sexual femenino (Anexo 3)

El instrumento para la medición de la función sexual femenina, diseñado, aprobado y validado por Rosen, R., (2.000) ha demostrado en diferentes estudios ser de fácil aplicación y contar con propiedades psicométricas adecuadas y ha demostrado también en el tiempo, que permite medir la sexualidad femenina en diferentes etapas de la vida. (Blümel, 2004).

Adicionalmente otros instrumentos como el diseñado y validado por Sánchez, F., según la publicación de la revista Atención Primaria de 2002, muestra mucha similitud de preguntas, sin

embargo éste último instrumento no cuenta con soportes de estudios en otros países ni en Latinoamérica. (Sánchez, 2004).

El formulario para el índice de función sexual femenino, corresponde al instrumento diseñado por Rosen et. al. (Rosen R. , 2000) con los aportes del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction. Consta de 19 preguntas de auto aplicación, que a través de 6 dominios indaga la función sexual femenina. Se evalúan: a) deseo, a través de 2 preguntas; b) excitación, con 4 preguntas c) lubricación, con 4 ítems; d) orgasmo, con 3 ítems; e) satisfacción, con 3 preguntas y; f) dolor, a través de 3 preguntas.

Este instrumento se ha validado para su uso en lengua castellana (Blümel, 2004), y las respuestas se enmarcan dentro en escala de seis categorías: SIEMPRE O CASI SIEMPRE, LA MAYORÍA DE LAS VECES (más de la mitad), A VECES (Alrededor de la mitad de las veces), POCAS VECES (menos de la mitad de las veces) CASI NUNCA O NUNCA.

Algunas preguntas se contestan como MUY ALTO, ALTO, MODERADO, BAJO Y MUY BAJO O NADA. Este instrumento incluye también una opción de calificación para aquellas mujeres que no han tenido actividad sexual durante el tiempo previo a la encuesta que es de cuatro semanas.

En este formulario cada respuesta tiene una asignación de puntos y la suma de puntos genera las siguientes categorías de disfunción sexual: SIN DISFUNCIÓN, LEVE DISFUNCIÓN, MODERADA DISFUNCION Y SEVERA DISFUNCIÓN. Para este estudio se consideraron NEGATIVOS para disfunción sexual, las categorías: Sin disfunción y Disfunción Leve. Las categorías Disfunción Moderada y Severa serán consideradas POSITIVOS para disfunción sexual, (Blümel, 2004) (Meston, 2003).

5.3.3. Cuestionario de función sexual masculino (Anexo 4)

El índice internacional de función eréctil es un instrumento diseñado por Raymond Rosen y Rosen y sus colaboradores en 1997 (Rosen R. , 1997), que mediante 15 preguntas y 5 dominios evalúan la función eréctil, para así, de manera indirecta determinar las disfunciones sexuales masculinas. El instrumento que es de auto aplicación y que mide de manera subjetiva, ha sido validado en lengua castellana y ha mostrado utilidad para determinar el grado de disfunción eréctil en hombres (Zegarra, 2011). Este autor, Zegarra, adicionalmente adelantó la validación psicométrica del instrumento para la población peruana. Si bien en Colombia se usa en diferentes instituciones dedicadas al tratamiento urológico y de disfunciones sexuales (Bustamante, 2002), no se ha documentado una validación psicométrica del mismo. El cuestionario mide: a) deseo, con 2 preguntas; b) función eréctil, con 6 preguntas; c) orgasmos, con 2 preguntas; d) satisfacción sexual, para lo cual se utilizan 3 preguntas; y por último mide la d) satisfacción en general con la vida sexual, para lo cual también se utilizan 2 preguntas.

Diferentes publicaciones expresan que el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), empleado en varios estudios ha demostrado ser un buen indicador indirecto de la función sexual masculina. (Robayo, 2009) (Zegarra, 2011) (Castro, 2010). Robayo, J.A. por su parte, lo aplicó a población colombiana en Cali – Valle, datos que dan fe de facilidad de uso. Dicen además los autores de los estudios referidos, que el IIFE, por ser de auto aplicación, permite respuestas más fiables.

El cuestionario mide la función sexual con base en la experiencia sexual del individuo aplicada a las últimas cuatro semanas, razón por la cual una de las respuestas puede ser NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL. Las demás respuestas en su mayoría se contestan en los siguientes grados: 1. NUNCA O CASI NUNCA, 2. POCAS VECES (menos de la mitad de las

veces). 3. A VECES (Alrededor de la mitad de las veces), 4. LA MAYORÍA DE LAS VECES (más de la mitad), 5. SIEMPRE O CASI SIEMPRE, Algunas preguntas se contestan como 1.DIFICIL, 2.MUY DIFICIL 3. EXTREMADAMENTE DIFICIL 4. POCO DIFICIL 5. NO ES DIFICIL. También hay respuestas del mismo tipo en relación con la satisfacción; Muy Satisfecho, moderadamente satisfecho, satisfecho y descontento a la vez moderadamente descontento y muy descontento.

Cada respuesta otorga un puntaje diferente y la suma de puntos traduce diferentes grados de disfunción: 1. NO SUFRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL, 2.DISFUNCIÓN ERÉCTIL MEDIA. 3. DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA A MEDIA. 4. DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA y 5. DISFUNCIÓN ERÉCTIL SEVERA. Para este trabajo se ha definido que los grados 1, 2 y 3, se consideran NEGATIVOS para disfunción eréctil, mientras que los grados 4 y 5 son considerados POSITIVOS para disfunción eréctil.

5.3.4. Datos demográficos

Los datos demográficos recolectados hacen parte de la información que se incluye en la batería de riesgos psicosocial y se seleccionaron algunos aspectos que mostraron en la bibliografía consultada algún posible aporte de acuerdo con las variables en estudio. Son estos: Edad, Nivel educativo, Estrato socio económico, estado civil y género. (Gómez-Mercado, 2014)

5.4. Procedimiento

5.4.1. Calificación de la información

Para incluir las calificaciones de estrés y función sexual se siguieron los siguientes parámetros:

5.4.1.1. Calificación del estrés

Para la calificación del estrés se siguieron los procedimientos definidos por la ficha técnica del instrumento y las calificaciones fueron las ahí establecidas, de acuerdo con los Baremos de la tercera versión:

Nivel de síntomas de estrés	PUNTAJE TOTAL TRANSFORMADO	
	Jefes Profesionales	Auxiliares y
	Técnicos	Operarios
Muy Bajo	0,0 - 7,8	0,0 - 6,5
Bajo	7,9 - 12,6	6,6 - 11,8
Medio	12,7 - 17,7	11,9 - 17,0
Alto	17,8 - 25,0	17,1 - 23,4
Muy Alto	25,1 - 100	23,5 – 100

Los niveles Muy Bajo, Bajo y Medio serán considerados Negativos para estrés y los niveles Alto y Muy Alto nivel de estrés serán considerados positivos para estrés. Esto quiere decir que en este estudio se considera un nivel normal de estrés que equivale a los datos negativos y un nivel anormal que equivale a los datos positivos. El nivel normal comprende los niveles muy bajo, bajo y medio, que son niveles aceptables dentro de una normalidad, mientras que los niveles alto y muy alto son considerados con potencial perjudicial, toda vez que de acuerdo con las preguntas formuladas están generando sintomatología en la persona, que se reconoce como perjudicial.

Por lo tanto el estrés se calificará en escala dicotómica en: POSITIVO y NEGATIVO.

5.4.1.2. Calificación de función sexual

La función sexual se calificará en términos de disfunción, de acuerdo a como se establece en el instrumento escogido y la variable tanto para hombres como para mujeres se calificará mediante escala dicotómica en POSITIVO O NEGATIVO, tal como se describe a continuación.

La categoría POSITIVO se refiere a presencia de disfunción y en este caso se interpreta como, con función sexual alterada o lo que es lo mismo con disfunción sexual en grado suficiente para ser considerada fuera del estándar. Del otro lado la categoría NEGATIVO, se refiere a ausencia de disfunción lo que quiere decir que la función sexual se encuentra conservada o dentro de un rango estándar.

5.4.1.2.1. Calificación Función Sexual Femenina

El índice de función sexual femenina – IFSF - será calificado de acuerdo con los puntajes definidos por los instrumentos. Los sujetos con puntajes inferiores a 17 puntos, son considerados con disfunción sexual y serán entonces calificados como POSITIVOS para disfunción y los sujetos con puntajes entre 17 y 36 se consideran sin disfunción y por lo tanto serán catalogados como NEGATIVOS para disfunción.

Sin disfunción	26 a 30 puntos
Disfunción Leve	17 a 25 puntos
Disfunción Moderada	11 a 16 puntos
Disfunción Severa	6 a 10 puntos

a) Sin disfunción - NEGATIVOS

b) Con disfunción – POSITIVOS

5.4.1.2.2. Calificación función sexual masculina

El índice Internacional de Función Eréctil – IIFE-

El grado de disfunción eréctil se califica: de 0 a 30 puntos; a mayores puntos, menor disfunción así:

a) Sin disfunción	26 a 30 puntos
b) Disfunción Leve	17 a 25 puntos
c) Disfunción Moderada	11 a 16 puntos
d) Disfunción Severa	6 a 10 puntos

Los niveles a) y b) serán considerados NEGATIVO para disfunción (a partir de 17 puntos) y los niveles c) y d) serán considerados POSITIVOS para disfunción (menores de 17 puntos).

De acuerdo con lo anterior, cada sujeto de estudio será calificado con dos categorías:

Estrés: Positivo o Negativo

Función sexual : Positivo o Negativo

5.4.2. Recolección

Con el fin de facilitar el posterior análisis de la información, ésta se recolectó de la siguiente manera. Por un lado se contabilizaron los datos de Estrés y por otro los datos de función sexual. En cada variable se encontraron datos positivos y negativos. Esta primera recolección permitió

organizar los datos según cada variable en positivos y negativos. Así luego se pudieron determinar las proporciones de positivos y de negativos para cada variable.

Estas proporciones indicaron a la vez las prevalencias de positivos y negativos para cada una de las variables, lo que posteriormente permitió el cálculo de razones de prevalencias.

5.4.2.1. Recolección de estrés

Se define metodológicamente por parte del Ministerio del Trabajo, que las encuestas de riesgo psicosocial deben adelantarse de manera grupal – por dependencias o áreas, en un sitio fuera del puesto de trabajo, bajo ciertas condiciones de comodidad, que incluye mesas, sillas, iluminación y otros aspectos. De acuerdo con la metodología que define el Ministerio para el diagnóstico. Para el desarrollo del diagnóstico, los trabajadores fueron citados a un recinto, donde en grupo se les aplicó la batería de preguntas de riesgo psicosocial. Durante este proceso se invitó de manera individual a cada trabajador asistente para que leyera un consentimiento informado y tomara la decisión en ese momento si quería o no participar en la encuesta de función sexual. Aquellos que aceptaron, recibieron el respectivo instrumento y las instrucciones de su llenado. El responsable de la investigación acompañó el proceso para resolver inquietudes que se pudieran presentar, tal como lo expresaba el consentimiento informado y teniendo en cuenta los aspectos éticos, los instrumentos de función sexual solamente se ofrecieron en presencia del médico de la empresa, quien mejor pudiera resolver inquietudes o enfrentar situaciones adversas que pudieran aparecer. Con ese marco, siguiendo con el esquema establecido de diligenciamiento, los encargados de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), programaron diferentes dependencias de la empresa por grupos, para aplicar las baterías de riesgo psicosocial.

De otro lado las baterías de riesgo psicosocial fueron aplicadas por el experto contratado para ese fin, quien recolectó la información, la procesó y emitió el respectivo informe grupal, como lo establece el procedimiento definido por el Ministerio del Trabajo.

La información del estrés fue tabulada por el contratista, quien es ajeno a la empresa y no conoce a los trabajadores, mientras que la información de función sexual fue tabulada por el equipo de seguridad y salud de la empresa, según los consecutivos anotados en cada formulario.

5.4.2.1.1. Frecuencia de estrés

Una vez tabulada la información de determinaron las frecuencia para negativos y positivo y se hizo la tabulación de los datos también teniendo en cuenta si se trataba de hombres o mujeres.

5.4.2.1.2. Prevalencia de estrés

Con base en las frecuencias de positivos y negativos se procedió a calcular las prevalencias. Prevalencia de Positivos para Estrés (personas que fueron calificadas con estrés, que se considera perjudicial). Se calcula con la siguiente formula:

= Número de casos con registro positivo para estrés / Total de personas estudiadas
analizados

Prevalencia de Negativo para Estrés (personas que se consideran sin estrés, con niveles de estrés que no se considera perjudicial): Se calcula de la siguiente manera

= Número de personas con registro negativo para Estrés / Total de personas estudiadas

5.4.2.2. Recolección de Frecuencia Función sexual

Los instrumentos para medición de disfunción sexual fueron previamente identificados; los de hombres con una letra M y los de mujeres con una letra F. Luego a cada uno se le asignó un número progresivo arrancando en el N° 1, de manera que se pudiera hacer el seguimiento a los instrumentos repartidos y también para cotejarlos y emparejarlos con los instrumentos de estrés. Cada participante escribió en el formulario de estrés la misma letra y número que le había correspondido en el formulario de función sexual.

Con esta información, que reposaba en los registros de documentos propios del Sistema de Gestión de SST, se levantó una base de datos que contenía la información de cada sujeto de estudio, sin el nombre. La base de datos contenía en las columnas los datos recolectados en las diferentes encuestas, mientras que en cada fila iban consignados los datos de cada participante.

5.4.2.2.1. Prevalencia de Función sexual.

También se hicieron los mismos cálculos para determinar la Prevalencia de disfunción sexual. Cabe recordar que si bien este estudio relaciona la función sexual con el estrés, los instrumentos de función sexual miden la DISFUNCIÓN, razón por la cual las mediciones se harán sobre disfunción, sin embargo la interpretación y el análisis se hará sobre la función sexual que es la relación planteada en el estudio.

- Disfunción Positiva, los que si presentan disfunción sexual. Por lo tanto la prevalencia de disfunción, equivale a los datos de las personas que aparecieron con función sexual positiva:

Prevalencia de Disfunción Sexual (personas con presencia de disfunción sexual según el instrumento)

= Número de personas con Disfunción sexual / Total de personas estudiadas.

- La prevalencia de personas sin disfunción sexual, son aquellas personas a quienes el instrumento las calificó como negativas en función sexual, como quien dice, personas cuyos resultados se encontraron dentro de un rango de normalidad. El cálculo se hizo de la siguiente manera:

= Número de Disfunción Negativa / Total de personas estudiadas.

5.4.2.3. Caracterización demográfica

Adicionalmente y teniendo en cuenta que la batería de instrumentos para el diagnóstico psicosocial contempla alguna información demográfica adicional, esta se recolectará, lo que permitirá elaborar caracterización de las variable estudiadas de acuerdo con ciertos aspectos que pudieran tener algún interés

Si bien el formulario incluye otros aspectos, la revisión bibliográfica hecha, hace referencia a estos aspectos que han sido seleccionados como relevantes para los temas analizados. (Blümel, 2004) (Burke, 2002) (Castro, 2010) (Figuerola, 2009) (Kamei, 2005) (Thoits, 2010).

La caracterización se recolectó con los siguientes cuadros.

5.4.2.3.1. Por sexo

Disfunción Sexual	Estrés
-------------------	--------

	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Total
Hombres					
Mujeres					
Total					

5.4.2.3.2. Por estrato socioeconómico

POR	Disfunción Sexual		Estrés		
ESTRATO	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Total
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Total					

5.4.2.3.3. Por Nivel de escolaridad

POR NIVEL DE	Disfunción Sexual		Estrés		
ESCOLARIDAD	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Total
Primaria incompleta					
Primaria Completa					

Bachillerato incompleto

Bachillerato completo

-Técnico/tecnólogo

incompleto

Técnico/Tecnólogo

completo

Profesional Incompleto

Profesional Completo

Post Grado incompleto

Post Grado completo

Carrera militar

Total

5.4.2.3.4. Por estado civil

POR					
ESTADO	Disfunción sexual		Estrés		
CIVIL	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Total
Soltero					
Casado					
Unión Libre					
Separado					
Divorciado					

Viudo

Total

5.4.2.3.5. Por grupo de edad.

La población en la empresa se distribuyó entre 18 y 62 años. En su gran mayoría al cumplir los años para acceder a pensión de vejez, cuentan con el tiempo de cotización y por lo mismo acceden a la pensión al poco tiempo de cumplir edad de pensión. Por otro lado históricamente en la empresa tanto para fines de nómina, beneficios y demás, lo mismo que para los informes de seguridad y salud en el trabajo, se emplean grupos de decenios de población, toda vez que por quinquenios la información no se considera relevante y si aumenta su cantidad. De tal manera que conservando la línea de información de la empresa, el análisis se hizo por grupos de edad partiendo de 20 años y menores hasta 60 y mayores.

POR GRUPO EDAD	Función sexual		Estrés		Total
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	
Menor de 20					
20 a 29					
30 a 39					
40 a 49					
50 a 59					
Mayor 60					
Total					

5.4.3. Cálculos

Con base en los datos de frecuencias se calcularon las prevalencias o proporciones para lo cual los datos se organizaron en tablas de 2 x 2, que permitieron organizar los datos en filas por exposición y en columnas por efecto de la exposición. Inicialmente se organizó la información con el estrés como exposición y la función sexual como efecto. Posteriormente se invirtieron las variables para que el estrés fuera el efecto y la función sexual como factor de exposición.

Con base en estas tablas de 2 x 2, se calcularon las prevalencias para los expuestos y con el efecto y las prevalencias para los no expuestos y también con el efecto, que permitieran determinar una relación entre las variables.

Posteriormente y teniendo en cuenta la información recolectada con las variables demográficas, en las cuales existía diferentes categorías de cada variable demográfica (Grupos de edad, Estado civil, estrato socio económico, género y nivel educativo), se hicieron varias y diferentes tablas 2 x 2, en las cuales se comparó el estrés y la función sexual para cada grupo de las categorías en comparación con ellos mismos, lo que permitió revisar si alguna categoría de las variables demográficas, tendría alguna relación con el estrés y/o con la función sexual.

Para estos análisis se hicieron los cálculos de prevalencias de expuestos frente a las prevalencias de no expuestos, donde los expuestos fueron cada una de las categorías y los no expuestos, el resto personas de las otras categorías, según las tablas de frecuencias de la variable demográfica estudiada. Esto tanto para estrés, como para función sexual. Para el cálculo de la prevalencia de los expuestos y de los no expuestos, se usó un cuadro de Excel con las fórmulas correspondientes para que dividieran las prevalencias de expuestos sobre las prevalencias de no expuestos. Los resultados se incluyeron en la tabla para facilitar la interpretación y la

comparación. Los datos se sometieron en el mismo Excel a aproximación para facilitar su interpretación.

6. Resultados

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio.

6.1. Datos Generales

6.1.1. Distribución por género

Tabla 1 Distribución por género

	Nº	%
Hombres	162	69%
Mujeres	73	31%
Total	235	100%



Ilustración 1 Distribución por género

Como se puede observar en la tabla 6.1.1., del total de la población de estudio (235), 69% (162) son hombres y 31% (73) mujeres. Esta proporción es similar a la encontrada en la población total de la empresa en donde el 72% son hombres y el 28% mujeres

Si bien la distribución poblacional de la empresa es mayoritariamente de hombres con un 72 % y 28 % de mujeres, vemos que la participación por géneros del estudio muestra una

distribución similar a la distribución que existe en la empresa, lo que indica que la participación, conservó la tendencia de la población.

Los datos de estrés y de función sexual son presentados en los siguientes cuadros discriminados por sexos.

6.1.2. Distribución por Estrés

El estrés mostró las siguientes cifras:

Tabla 2 Distribución por estrés

Estrés	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	90	56%	54	74%	144	61%
Negativo	72	44%	19	26%	91	39%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

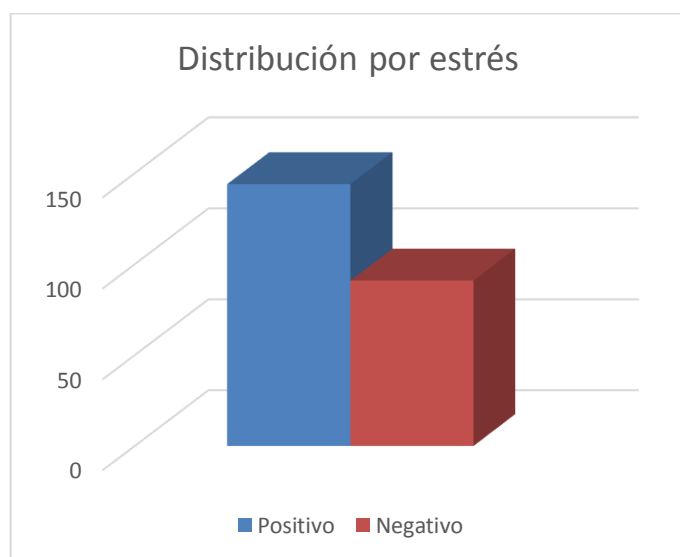


Ilustración 2 Distribución por estrés entre positivos y negativos

Los datos mostraron que el 61 % (144) de los participantes en el estudio registraron niveles de estrés elevados lo que es igual a decir que generan sintomatología asociada, siendo este fenómeno de mayor proporción entre las mujeres que entre los hombres. De las mujeres, el 74 % (54) registró niveles elevados de estrés, mientras que un 26 % (19) apareció con estrés negativo. Los hombres mostraron cifras positivas para estrés en 56 % (90), mientras que el 44 % (72) apareció con cifras negativas.

Comparadas estas cifras con las reportadas a nivel general, aparece una población con estrés elevado, toda vez que las cifras de estrés en la población hablan de niveles del 30 al 40 %. (Thoits, 2010)

6.1.3. Distribución por función sexual

Los datos de función sexual se resumen en la siguiente tabla, con los datos consignados. Los datos que se reportan como positivos, corresponden a los sujetos que están presentando disfunción sexual de una magnitud tal que los instrumentos empleados permitieron marcarlos como con disfunción, mientras que los datos negativos se considera que son personas cuya función sexual, no presenta características que permitan calificarse como con disfunción. Cabe recordar que esta función sexual se refirió a las cuatro (4) semanas previas a la realización de la encuesta.

Tabla 3 Distribución por función sexual

Función Sexual	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo						
(Disfunción)	10	6%	12	16%	22	9%

Negativo	152	94%	61	84%	213	91%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

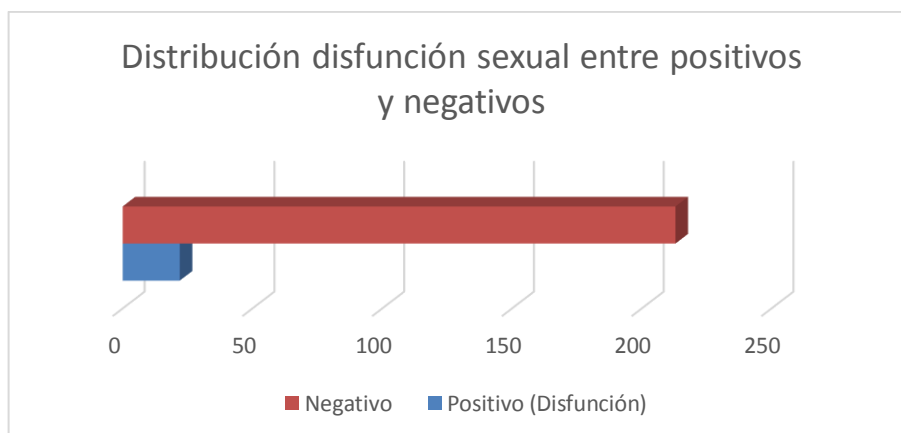


Ilustración 3 Distribución por función sexual (Positivos y Negativos)

Puede verse en las cifras que la proporción de personas con disfunción (aparecen aquí como con función sexual positiva), representan un 9 %, mientras que el 91 %, registró datos de función sexual normal o satisfactoria. Entre hombres y mujeres la disfunción apareció más frecuentemente entre mujeres con 16 % frente a un 6% de los hombres.

Si bien las cifras se presentan por debajo de lo reportado en los antecedentes consultados, hay coincidencia de las cifras entre disfunción y normalidad, ya que es más común la normalidad a la disfunción. Sin embargo las cifras aquí encontradas están distantes de las encontradas en la literatura consultada. Nueve de cada diez participantes registraron normalidad en su función sexual en la suma de ambos sexos. Entre los hombres, solo el 6 % registró disfunción sexual, mientras que en las mujeres el porcentaje estuvo en 16 %, que es 10 puntos por encima del de hombres.

6.1.4. Distribución por grupos de edad

La participación por grupos de edad y por sexo se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 4 Distribución por grupos de edad

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 a 30 años	3	2%	4	5%	7	3%
31 a 40 años	41	25%	22	30%	63	27%
41 a 50 años	77	48%	34	47%	111	47%
51 a 60 años	40	25%	13	18%	53	23%
61 y más años	1	1%	0	0%	1	0%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

Los grupos de edad se presentan a partir del grupo 21 a 30 años, por cuanto entre los participantes no hubo personas con edad inferior a ese grupo. El promedio de edad de los participantes fue de 44.8 años siendo la menor edad registrada 26 años y la mayor edad de 62 años. El promedio de edad para la mujeres fue de 43.6 años (Menor 26 años – Mayor 59 años) mientras que para los hombres el promedio fue de 45.3 (Menor de 27 años y mayor de 62 años).

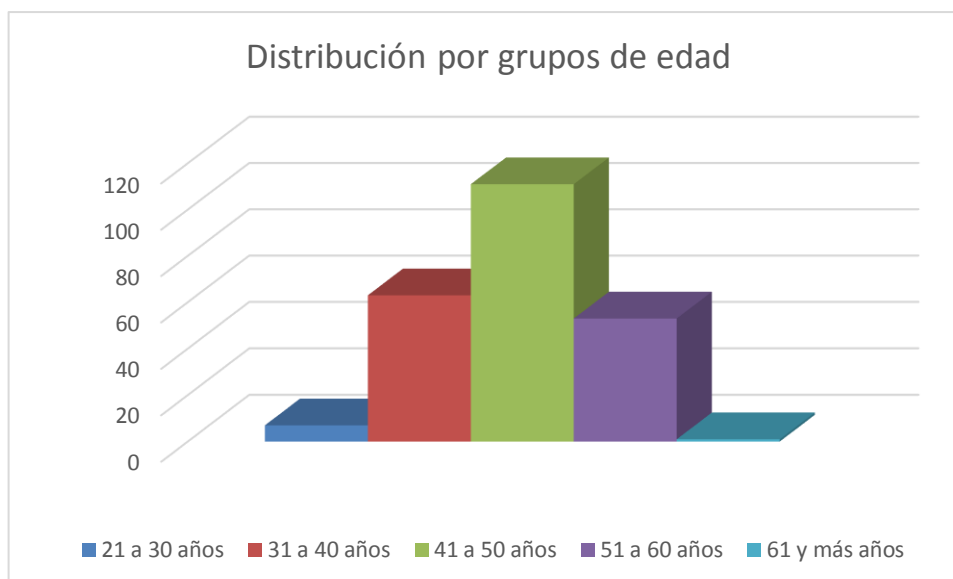


Ilustración 4 Distribución por grupos de edad

El grupo de edad de 41 a 50 años es más frecuente, con un porcentaje de participación del 47 %, lo que coincide con los promedios de edad encontrados entre los participantes. Estos datos también son similares al promedio general de la empresa que actualmente está en 46 años, según datos de la nómina – (Gerencia de Gestión del Talento Humano)

6.1.5. Distribución por estado civil

En el siguiente cuadro se muestra la distribución por estado civil, discriminada por géneros. Como se muestra en el cuadro, el estado civil más frecuente tanto en hombres como en mujeres, es el de casados con 57 %. Le sigue el estado civil, Unión Libre y el de Soltero o Soltera, con 17 y 16 %, respectivamente; casi en igual porcentaje. Estas cifras muestran que en suma el 74 % de la población estudiada, se encuentra en unión marital o en pareja, indicativo este de uniones estables.

El porcentaje de estado civil que muestra, unión en pareja, aparece mayor en la población estudiada, frente a las cifras reportadas en la encuesta de demografía y salud (ENDS 2015) del Ministerio de Salud 2015, donde las cifras sumadas de casados y unidos,

alcanzan porcentajes cercanos a los 47 – 48 % en promedio. Así mismo los porcentajes de sin unión o solteros en la ENDS 2015, se acercan al 40 % mientras que en la población estudiada de la empresa apenas llega al 16 %. (Ministerio de Salud, 2015)

Tabla 5 Distribución por estado civil

Estado Civil	Hombres		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	18	11%	19	26%	37	16%
Casado	105	65%	30	41%	135	57%
Unión Libre	29	18%	12	16%	41	17%
Separado	6	4%	7	10%	13	6%
Divorciado	3	2%	4	5%	7	3%
Viudo	1	1%	1	1%	2	1%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

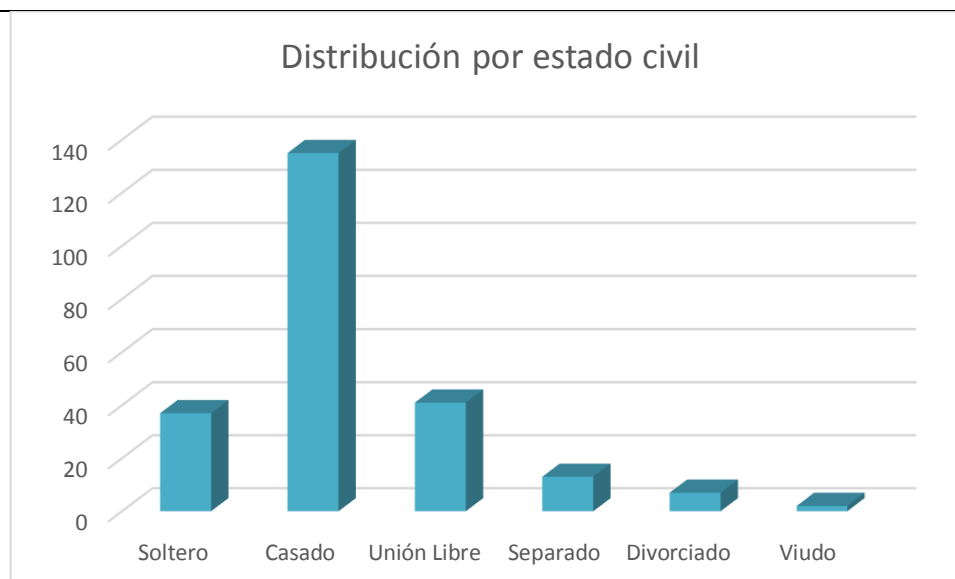


Ilustración 5 Distribución por estado civil

6.1.6. Distribución por estrato socio económico

Se presenta a continuación la distribución entre los encuestados del estrato socioeconómico al que pertenecen, con base en la declaración que ellos hicieron en el cuestionario de Riesgo psicosocial que hace parte de la encuesta de estrés de la batería del Ministerio del Trabajo.

Tabla 6 Distribución por estrato socio económico

Estrato socio económico	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	2	1%	1	1%	3	1%
2	27	17%	4	5%	31	13%
3	88	54%	35	48%	123	52%
4	35	22%	29	40%	64	27%
5	9	6%	4	5%	13	6%
6	1	1%	0	0%	1	0%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

La mayoría de los participantes pertenecen al estrato socioeconómico 3, donde está algo más de la mitad de los participantes. Le siguen el estrato 4, luego el estrato 2. En proporciones menores están el estrato 5. El estrato 1 y el 6 aparecieron con 4 sujetos entre los dos, lo que muestra una baja participación. Lo anterior nos muestra que mayoritariamente la población estudiada se ubica en los estratos intermedios de la escala socioeconómica, abarcando el 79 % de los participantes entre los estratos 3 y 4.

La distribución por estratos socioeconómicos de la población estudiada conserva las tendencias de la distribución por estratos socioeconómicos que informa la Secretaría Distrital de Planeación en su informe disponible en la Página Web para 2011, donde las mayorías mayorías tanto en población como en vivienda y estratos se encuentran en los estratos 3 y 4 para Bogotá. (Secretaría Distrital de Planeación, 2011)

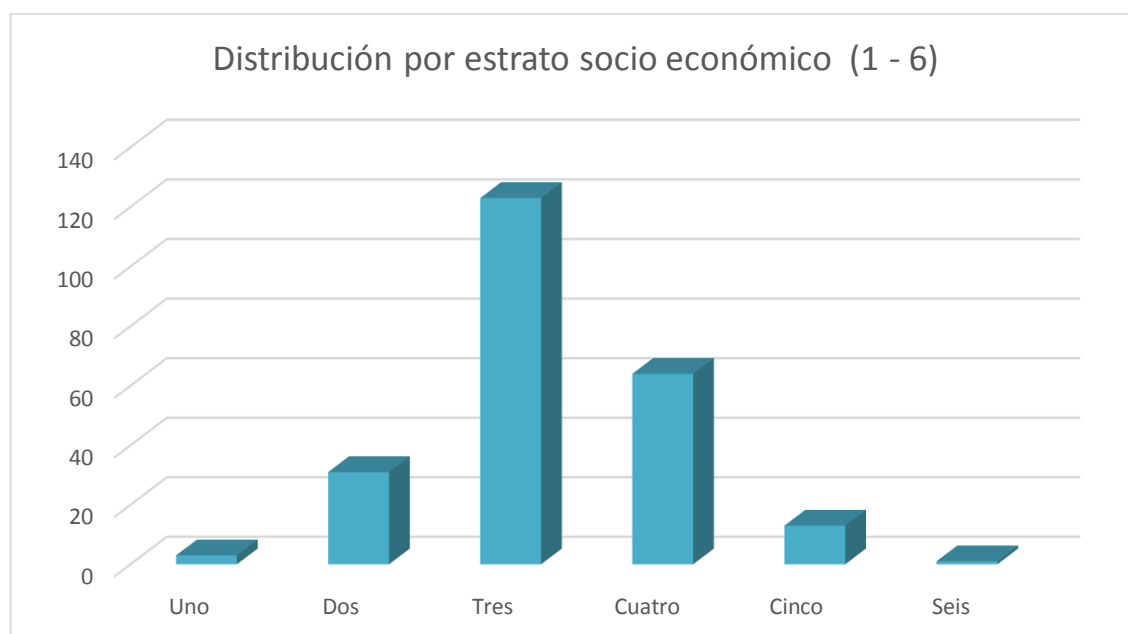


Ilustración 6 Distribución por estrato socio económico

6.1.7. Distribución por nivel educativo

Respecto del nivel educativo, se presentan los datos en el siguiente cuadro, dentro de los que se destacan los siguientes. No hubo participantes con nivel educativo inferior al bachillerato. El mayor grupo estuvo representado con un 42 %, por el nivel educativo Postgrado Completo, seguido con un 23 % de profesionales, con estudios completos. Esto demuestra que la población analizada cuenta mayoritariamente con un nivel educativo alto en general donde se ubica el 65 % de los participantes. Estas cifras se explican por la inclusión en las encuesta de un mayor

porcentaje de áreas administrativas de la empresa, que son las que han mostrado mayores dificultades de riesgo psicosociales y por ello fueron las seleccionadas para el diagnóstico de tipo.

Tabla 7 Distribución por nivel educativo

Nivel educativo		Hombres		Mujeres		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	Incompleta	0	0%	0	0%	0	0%
	Completa	0	0%	0	0%	0	0%
Secundaria	Incompleta	1	1%	1	1%	2	1%
	Completa	19	12%	5	7%	24	10%
Técnico / tecnólogo	Incompleta	13	8%	3	4%	16	7%
	Completa	20	12%	6	8%	26	11%
Profesional	Incompleta	9	6%	3	4%	12	5%
	Completa	33	20%	22	30%	55	23%
Post Grado	Incompleta	1	1%	1	1%	2	1%
	Completa	66	41%	32	44%	98	42%
Total		162	100%	73	100%	235	100%

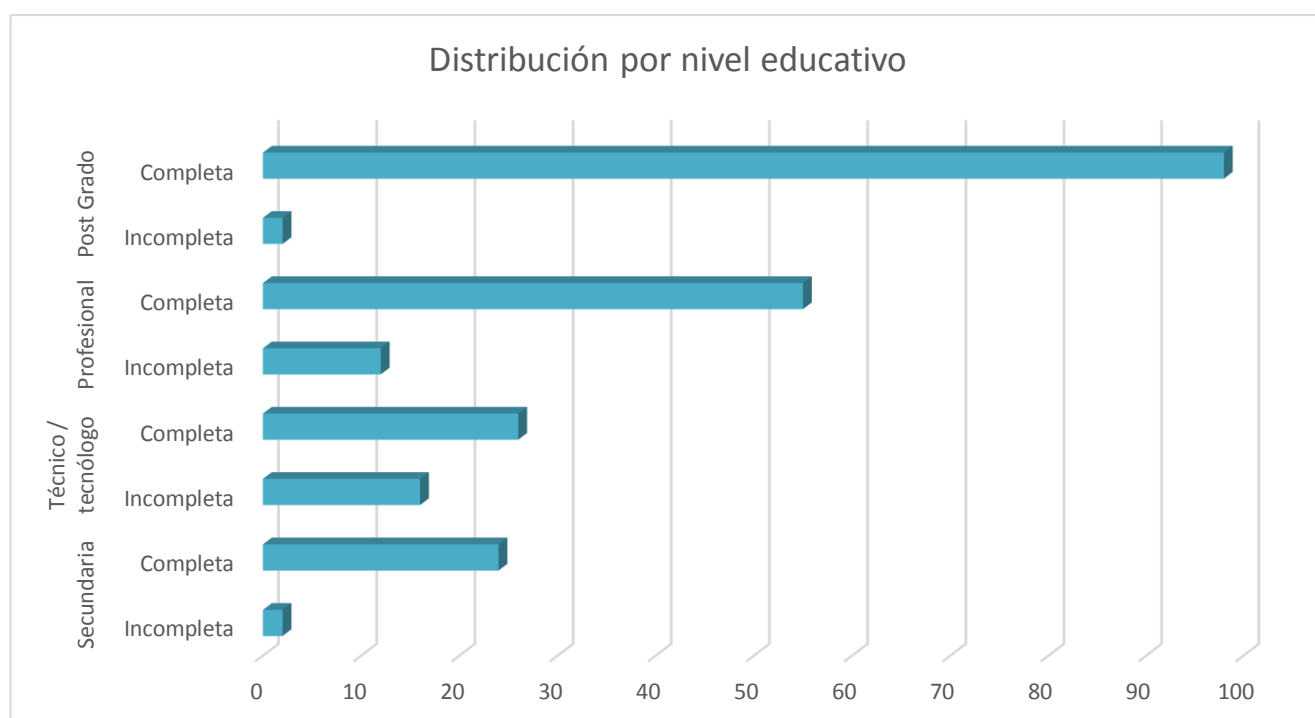


Ilustración 7 Distribución por nivel educativo

6.2. Frecuencias y prevalencias de estrés y de función sexual

6.2.1. Estrés

Se evidenció que de los 235 participantes, 144 (61%) aparecieron con estrés positivo, mientras que 91 (39 %) registraron sin niveles altos de estrés. En esta población el estrés estuvo más frecuentemente, con relación a los que no tuvieron estrés. Los datos también muestran que el porcentaje de mujeres estresadas es mayor que el de hombres. Mientras el 74 % de las mujeres estuvo estresada, entre los hombre este porcentaje fue del 56 %, cifras ambas que figuran por encima de los datos generales consultados en la bibliografía. Podemos ver que para el momento del estudio la problemática de estrés es importante.

Tabla 8 Frecuencias positiva y negativa de estrés

Estrés	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positivo	90	56%	54	74%	144	61%
Negativo	72	44%	19	26%	91	39%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

Al hacer la comparación de prevalencias, se encontró que el estrés en la población estudiada se encuentra por encima de los datos generales consultados en la bibliografía, que informan cifras generales de 30 – 40 % de la población con estrés. (Aguilar, 2007) Los datos aquí registrados están cercanos al 60 % para estrés, lo que son 20 o 30 puntos porcentuales por encima. (Vindel, 2002) (Perez, 2011).

6.2.2. Función sexual

De otro lado, para la función sexual los datos encontrados fueron los siguientes: 22 de los participantes en el estudio, registraron, tener o presentar dificultades con la función sexual porque fueron detectados como positivos para disfunción, mientras que 213 aparecen con función sexual dentro de rangos considerados para este estudio dentro de normalidad. Así, en esta población fue menos frecuente encontrar disfunción sexual frente a quienes registraron niveles normales de función sexual.

Tabla 9 Frecuencias positiva y negativa de función sexual

Función	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual						

Positivo						
(Disfunción)	10	6%	12	16%	22	9%
Negativo	152	94%	61	84%	213	91%
Total	162	100%	73	100%	235	100%

Las prevalencias de la función sexual se toman del siguiente cuadro, donde se evidencia que la prevalencia para disfunción sexual apareció en 22 de los 235 participantes, lo que corresponde a un 9 %. Las personas participantes en el estudio con disfunción sexual, 10 fueron hombres, mientras que 12 fueron mujeres, lo que ubica la prevalencia de disfunción en un 6 % para los hombres y de un 16 % para las mujeres. Estas cifras nos están diciendo de cada 10 participantes en el estudio 9 informaron adecuada función sexual y solo 1 de esos diez presenta función sexual calificada como disfunción. Desde la otra perspectiva el 91 % mostró una prevalencia de función sexual normal.

Respecto de las prevalencias de función sexual encontradas, las cifras aparecen por debajo de los datos reportados en la literatura consultada, donde se habla de cifras más altas de las aquí registradas. Los datos generales como se dijo antes informan de manera global un 30 a 40 % de población con disfunción sexual, mientras que los datos del estudio arrojan 9% de prevalencia de disfunción sexual de manera global. (Camacho, 2002) (Kamei, 2005) (Blümel, 2004).

6.3. Razón de Prevalencias

La razón de prevalencias se calculó para determinar la asociación entre las dos variables. El cálculo se hizo tomando los casos que aparecieron positivos para las dos variables (a) en

proporción con el total de los que aparecieron con estrés positivo (a + b). De otro lado se calculó la proporción de aquellos que resultaron negativos para estrés, pero que tuvieron función sexual alterada (c) en relación con el total de los que presentaron estrés negativo (c + d) . (Hernández, 2000)

		Función sexual		
		Positivo	Negativo	Total
Estrés	Positivo	14(a)	130(b)	144
	Negativo	8(c)	83(d)	91
	Total	22	213	235

6.3.1. Razón de Prevalencias para función sexual con exposición al estrés

Se parte del estrés como factor de exposición y se calcularon las prevalencias Función sexual de aquellos que se consideraron con estrés positivo (a) / (a) + (b) que tuvieron estrés positivo respecto de la función sexual. El cálculo se hizo: $14 / 144$, que arroja 0.0972 para los positivos. Posteriormente se hizo el cálculo de aquellos considerados negativos para exposición a estrés: (c) / (c) + (d). Las cifras fueron $8 / 91$, que arroja una cifra de 0.0879 para los negativos. La razón de prevalencia se calculó dividiendo la prevalencia de los positivos por la prevalencia de los negativos ($0.0972 / 0.0879$). El dato de Razón de Prevalencias fue de 1.1059.

	Prevalencias	Razón de prevalencias
POSITIVOS	0,0972	1,1059
NEGATIVOS	0,0879	

La razón de prevalencia en este análisis arroja un número de 1,1059, valor muy cercano al uno, lo que indica una muy pobre, casi nula, relación entre las variables, por estar tan cercano del número 1. La razón de prevalencia indica que por cada 1 expuesto a estrés y que desarrolló disfunción sexual, hay 1,1 no expuesto que también desarrolló la disfunción sexual. La diferencia es de 0.1, diferencia muy pequeña. La interpretación de la Razón de Prevalencia indica que a mayor diferencia del número 1, hay mayor relación entre las variables; como en este caso la diferencia es tan pequeña, se concluye que no existe relación entre estas variables para este estudio. Las variables aquí, son independientes. (Hernández, 2000)

6.3.2. Razón de prevalencia para estrés con exposición a función sexual

Para ampliar el análisis, se procedió con un análisis en el cual las variables se invirtieron de posición entre filas y columnas, al considerar que la función sexual se constituye en factor de exposición para verificar el comportamiento del estrés frente a esto. Este análisis mostró igualmente una muy pobre relación entre las variables. En este caso el valor de la razón de prevalencias fue aún más cercano al 1. El valor fue de 1.04, lo que indica que bajo este análisis tampoco hay relación entre las variables. La diferencia en este caso fue de 0.4.

Estrés		
Positivo	Negativo	Total

		N°	N°	N°
Función sexual	Positivo	14	8	22
	Negativo	130	83	213
	Total	144	91	235

	Prevalencias	Razón de prevalencias
POSITIVOS	0,6364	1,0426
NEGATIVOS	0,6103	

6.4. Chi Cuadrado

Con el fin de determinar si existía alguna asociación estadísticamente significativa entre las variables se aplicó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95 %, para determinar si las dos variables de tipo cualitativo estaban asociadas. Para ello se partió de la misma tabla y se calcularon las frecuencias observadas y las esperadas.

Frecuencias observadas

		Función sexual		
		Positivo	Negativo	Total
		N°	N°	N°
Estrés	Positivo	14	130	144

Negativo	8	83	91
Total	22	213	235

FRECUENCIAS ESPERADAS

Frecuencia Esperada		
Positivo	Negativo	Total
Nº	Nº	Nº
13,481	130,519	144
8,519	82,481	91
22	213	235

Observadas	Esperadas	Chi 2
14	13,48	0,020
8	8,52	0,032
130	130,52	0,002
83	82,48	0,003

Chi Cuadrado Calculado

0,057

Con un valor de Chi cuadrado calculado de 0,057, dato que es menor del valor del Chi cuadrado tabulado, se puede interpretar que las variables son independientes con una significancia estadística del 95%.

Se hizo también el cálculo del Chi cuadrado para la tabla en la cual la función sexual fue el factor de exposición y el estrés el efecto. Los datos resultaron los mismos, lo cual se explica por ser esa una operación de sumatoria.

6.5. Caracterización

A continuación se presenta la información de la población estudiada con base en las dos variables estudiadas; por un lado el Estrés y en segundo lugar la función sexual. Se han elaborado tablas para presentar las variables demográficas: Grupos de Edad, Estrato Socioeconómico, Estado Civil y Nivel educativo, discriminados por sexo, donde se segmenta la frecuencia de positivos y negativos en cada uno de los grupos.

Estas tablas y gráficas permiten una visión general sobre la población estudiada con base en las diferentes variables analizadas. Esta forma de presentación adicionalmente permite verificar frente a las dos variables de estudio si se presenta alguna tendencia en cualquiera de las categorías. La información recolectada por variables demográficas permitió hacer un posterior análisis de prevalencias para determinar si alguna o alguna de las categorías de esas variables demográficas, pudo tener alguna relación mayor o menor con el estrés o con la función sexual.

Se presentan por lo tanto los cuadros de frecuencias de estrés y posteriormente la de función sexual. En aparte posterior se presentan los cuadros de razón de prevalencias que se

hicieron para revisar si alguna categoría mostró alguna relación mayor o menor con las variables de estudio.

6.5.1. Estrés

6.5.1.1. Frecuencias de estrés por grupos de edad

Se presentan a continuación las frecuencias de estrés positivo y negativo por género y por grupos de edad.

Tabla 10 Frecuencias de estrés por grupos de edad

Grupos de Edad	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Estrés		Estrés		Estrés		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
21 a 30 años	0	4	1	2	1	6	7
31 a 40 años	9	13	14	27	23	40	63
41 a 50 años	8	26	39	38	47	64	111
51 a 60 años	2	11	18	22	20	33	53
61 y más años	0	0	0	1	0	1	1
Total general	19	54	72	90	91	144	235

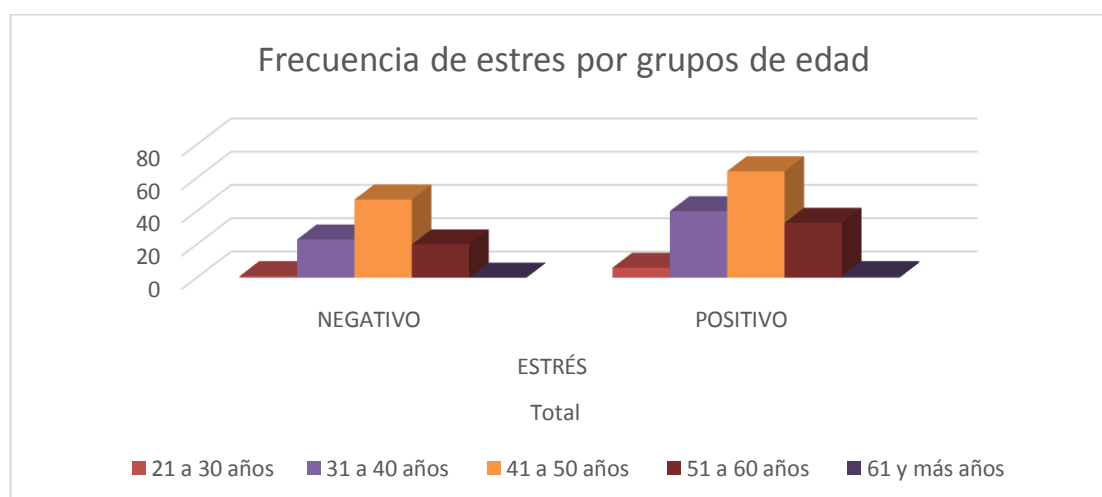


Ilustración 8 Frecuencias de estrés por grupos de edad

Frecuencia de estrés por estrato socio económico

Tabla 11 Tabla de frecuencia de estrés por estrato socio económico

Estrato Socioeconómico	Femenino Estrés		Masculino Estrés		Total Estrés		Total general
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Uno	1	0	1	1	2	1	3
Dos	2	2	15	12	17	14	31
Tres	6	29	37	51	43	80	123
Cuatro	10	19	17	18	27	37	64
Cinco	0	4	2	7	2	11	13
Seis	0	0	0	1	0	1	1
Total general	19	54	72	90	91	144	235

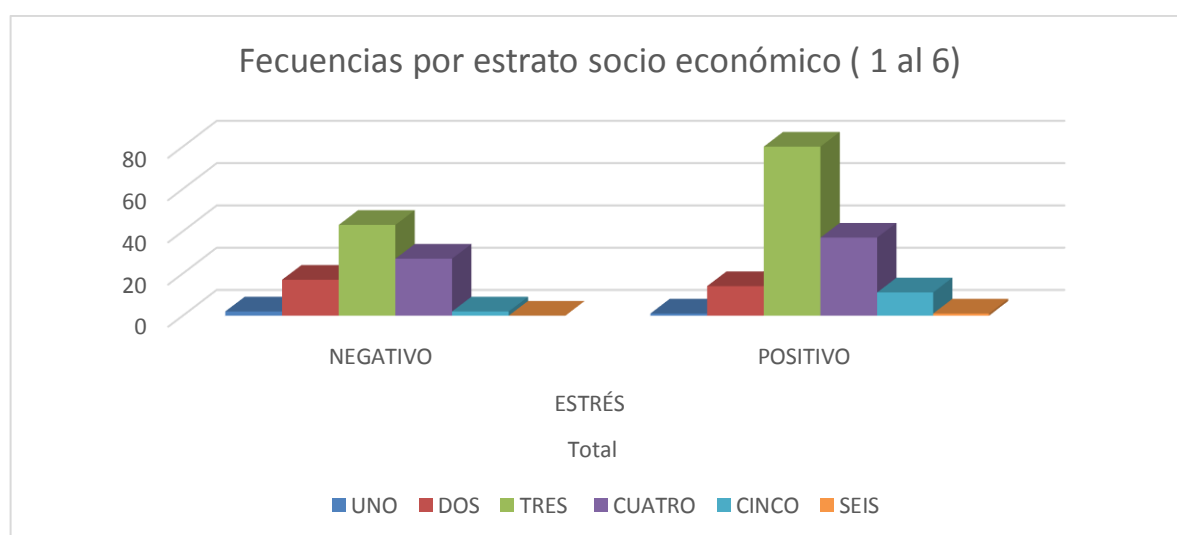


Ilustración 9 Frecuencia de estrés por estrato socio económico

6.5.1.2. Frecuencia de estrés por Estado civil

Tabla 12 Frecuencia de Estrés por Estado Civil

Estado civil	Femenino Estrés		Masculino Estrés		Total Estrés		Total general
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Casado/a	8	22	49	56	57	78	135
Divorciado/a	1	3	1	2	2	5	7

Separado/a	3	4	2	4	5	8	13
Soltero/a	5	14	8	10	13	24	37
Unión Libre	2	10	11	18	13	28	41
Viudo		1	1	0	1	1	2
Total general	19	54	72	90	91	144	235

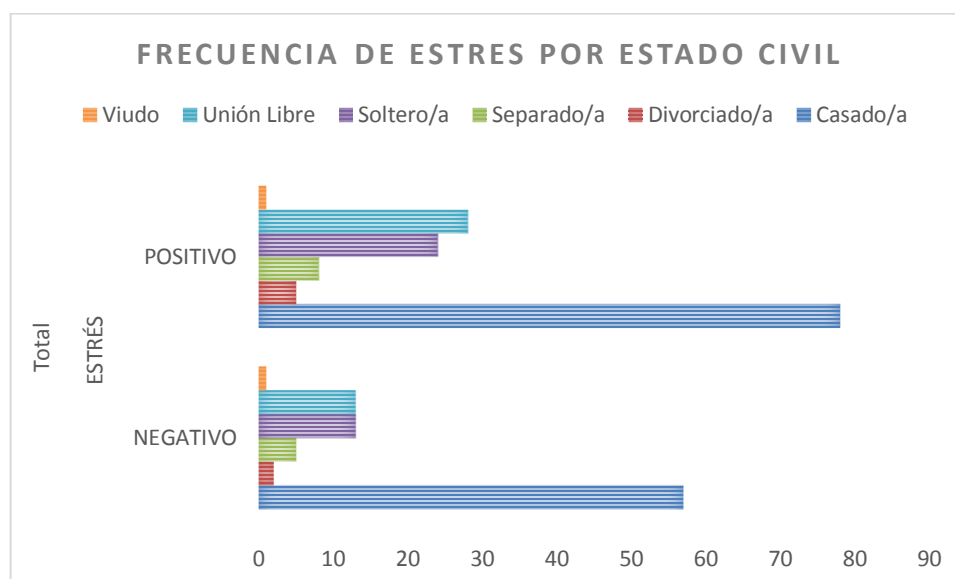


Ilustración 10 Frecuencia de estrés por estado civil

6.5.1.3. Frecuencia de estrés por nivel educativo

Tabla 13 Estrés por Nivel Educativo y por Sexo

Nivel educativo	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Estrés		Estrés		Estrés		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Bachillerato completo	0	5	11	8	11	13	24
Bachillerato incompleto	0	1	0	1	0	2	2
Postgrado completo	9	23	23	43	32	66	98
Postgrado incompleto	0	1	1	0	1	1	2
Profesional completo	6	16	16	17	22	33	55
Profesional incompleto	1	2	3	6	4	8	12
Técnico/Tecnológico completo	1	5	10	10	11	15	26

Técnico/Tecnológico incompleto	2	1	8	5	10	6	16
Total general	19	54	72	90	91	144	235

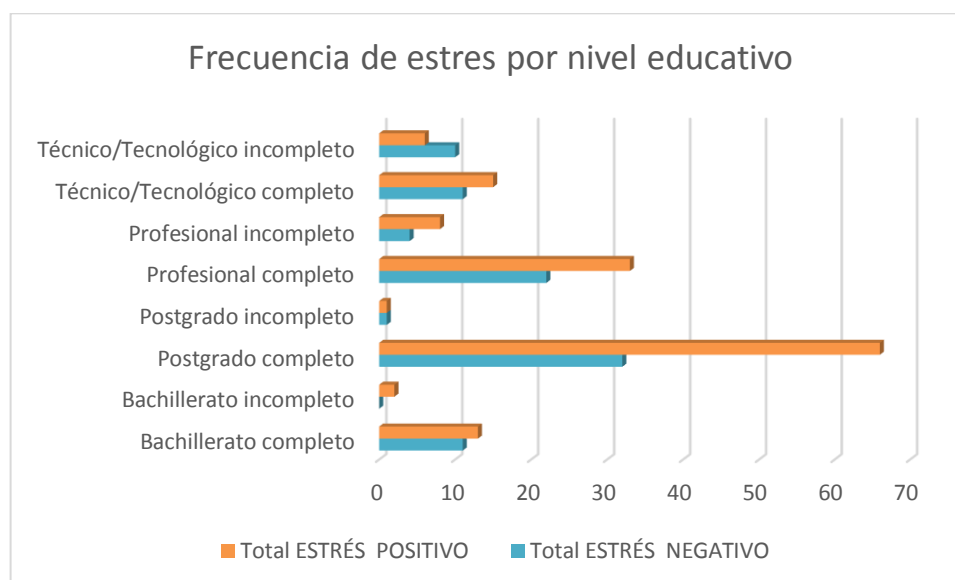


Ilustración 11 Frecuencia de estrés por nivel educativo

6.5.2. Función sexual

Se presentan a continuación los datos de la función sexual discriminados por las diferentes variables demográficas capturadas y de acuerdo con sus frecuencias.

6.5.2.1. Función sexual por grupo de edad

Tabla 14 Frecuencia de función sexual por grupo de edad

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Función sexual		Función sexual		Función sexual		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
21 a 30 años	3	1	3	0	6	1	7
31 a 40 años	20	2	41	0	61	2	63
41 a 50 años	27	7	73	4	100	11	111
51 a 60 años	11	2	35	5	46	7	53
61 y más años	0	0	0	1	0	1	1
Total general	61	12	152	10	213	22	235

6.5.2.2. Frecuencias de función sexual por estrato socio económico

Tabla 15 Frecuencia de función sexual por estrato socio económico

Estrato socio económico	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Función sexual		Función sexual		Función sexual		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Uno	1	0	1	1	2	1	3
Dos	4	0	27	0	31	0	31
Tres	26	9	81	7	107	16	123
Cuatro	26	3	34	1	60	4	64
Cinco	4	0	8	1	12	1	13
Seis	0	0	1	0	1	0	1
Total general	61	12	152	10	213	22	235

6.5.2.3. Frecuencia de función sexual por estado civil

Tabla 16 Frecuencia de función sexual por estado civil

Estado civil	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Función sexual		Función sexual		Función sexual		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Casado/a	28	2	100	5	128	7	135
Divorciado/a	2	2	2	1	4	3	7
Separado/a	3	4	6	0	9	4	13
Soltero/a	15	4	18	0	33	4	37
Unión Libre	12	0	25	4	37	4	41
Viudo	1	0	1	0	2	0	2
Total general	61	12	152	10	213	22	235

6.5.2.4. Frecuencia de función sexual por nivel educativo

Tabla 17 Frecuencia de función sexual por nivel educativo

Nivel educativo	Femenino		Masculino		Total		Total general
	Función sexual		Función sexual		Función sexual		
	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	
Bachillerato completo	4	1	16	3	20	4	24

Bachillerato incompleto	1	0	0	1	1	1	2
Postgrado completo	28	4	64	2	92	6	98
Postgrado incompleto	1	0	1	0	2	0	2
Profesional completo	18	4	31	2	49	6	55
Profesional incompleto	2	1	9	0	11	1	12
Técnico/Tecnológico completo	5	1	18	2	23	3	26
Técnico/Tecnológico incompleto	2	1	13	0	15	1	16
Total general	61	12	152	10	213	22	235

6.6. PREVALENCIAS POR VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Con base en la información recolectada, la misma se organizó con miras a revisar el comportamiento de las variables demográficas en relación con la función sexual y con el estrés. Como quiera que cada variable demográfica recolectada tiene diferentes categorías y que en cada categoría apareció un número diferente de sujetos con registro positivo y negativo para cada variable, la información se organizó de manera que cada categoría se pudiera evaluar frente a todas las demás categorías de la misma variable, para mirar si alguna de estas categorías podría tener alguna relación, tanto con el estrés como con la función sexual.

Se buscó por ejemplo determinar si algún estado civil, un estrato socio económico, un nivel educativo o un grupo de edad, tiene alguna relación con la generación de estrés o con la función sexual. De esta manera se elaboraron cuadros que contienen las frecuencias positivas y negativas de cada variable. Con esos datos se consideró cada categoría frente a todo el grupo, para determinar la razón de prevalencia y con ello establecer los valores de la razón de prevalencia.

Se presenta a continuación la metodología de cálculo, mediante la cual determinaron las prevalencias positivas y negativas para cada una de las categorías. Se presenta aquí un ejemplo del procedimiento adelantado y que explica cada cuadro.

Ejemplo

Grupo de edad		Estrés			Prevalencias		Razón de prevalencias
		Pos.	Neg.	Total	Pos.	Neg.	
21 a 30 años	Pos.	6	1	7	0,8571	0,6053	1,4161
	Neg.	138	90	228			
	Total	144	91	235			

Tal como se explicó los datos se organizaron para que cada categoría, en este caso, el grupo de edad de 21 a 30 años, quedara en una tabla de 2 x 2. En las filas se ubicó la categoría de análisis, como si esto se considerara el factor de exposición y en las columnas el resultado de la variable estrés en positivo y negativo, como si se tratara del efecto verificado. En el ejemplo presentado, en la casilla (a) aparecen 6 sujetos que son los que tienen el grupo de edad y además tuvieron estrés positivo. En la casilla (b), aparece un sujeto, que también pertenece al grupo de edad, pero registró negativo en estrés. El total del grupo de edad fue de 7. En las columnas se registraron los resultados frente al estrés; positivos y negativos. En la casilla (c) se ubicaron aquellos que tuvieron estrés, pero que no pertenecían al grupo de análisis, (en este ejemplo los que no eran del grupo de 21 a 30 años - La suma de todos los otros grupos). Finalmente en la casilla (d) se registraron todos aquellos que no tuvieron estrés y que tampoco son del grupo de análisis.

Las razones de prevalencia se analizaron sobre la base de su cálculo, en el cual las cifras que se aproximaron al 1 indican una pobre relación entre las variables. De igual manera en la medida

que el número se apartó del uno (1), da un indicativo de relación entre variables. Los valores que están por debajo del número 1 indican relación negativa

6.6.1. Razón de Prevalencia para estrés por género

Tabla 18 Razón de prevalencia para estrés por género

Género	Estrés		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Hombre	90	72	162	0,5556	0,7397	0,751	1
Mujer	54	19	73	0,1644	0,8148	0,2017	0
Total general	144	91	235				

Los valores de razón de prevalencia nos indican valores para ambos géneros por debajo del uno, 0.7 para los hombres y 0.2 para las mujeres, lo cual nos está indicando que no solo no hay relación entre el género y el estrés, sino que para las dos grupos (géneros) podemos decir que ninguno tiene que ver la generación del estrés. Esto nos dice que el estrés aparece independientemente del género en esta población. Para los hombres el dato es nulo, mientras para las mujeres es cero.

La gráfica muestra las diferencias entre las razones de prevalencia para hombres y mujeres, donde la razón de prevalencia para hombres apareció mayor que la de mujeres.

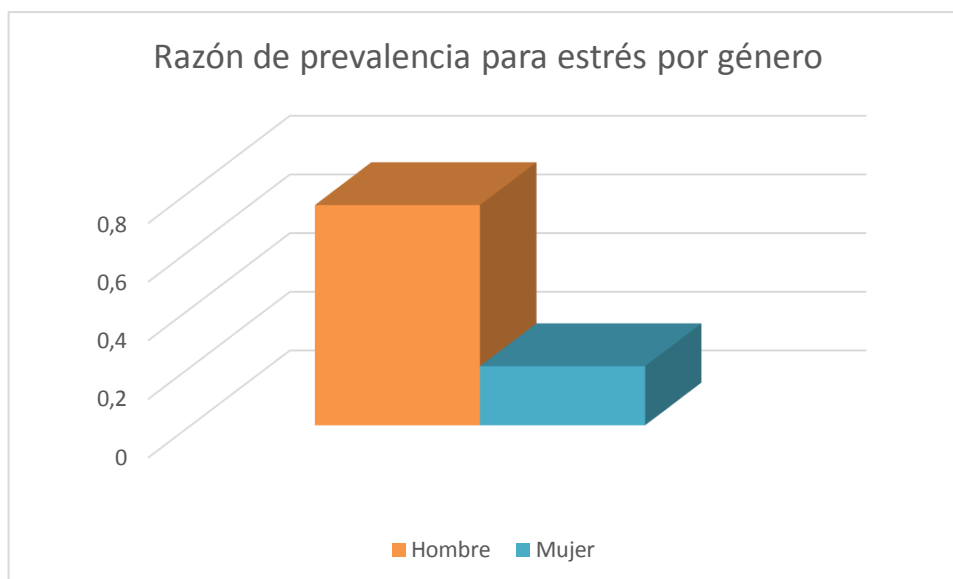


Ilustración 12 Razón de prevalencia para estrés por género

6.6.2. Razón de prevalencia para estrés por grupos de edad

Tabla 19 Razón de prevalencia para estrés por grupos de edad

Grupo de Edad	Estrés		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
21 a 30 años	6	1	7	0,8571	0,6053	1,4161	1
31 a 40 años	40	23	63	0,6349	1,0501	0,6047	1
41 a 50 años	64	47	111	0,5766	0,6452	0,8937	1
51 a 60 años	33	20	53	0,6226	0,6099	1,0209	1
61 y más años	1	0	1	1	0,6111	1,6364	2
Total general	144	91	235				

Los valores de razón de prevalencia para los diferentes grupos de edad, no permiten hacer conclusiones importantes toda vez que las cifras están muy cerca del uno (1). En los grupos donde hubo mayor diferencia fue en los grupos de 21 a 30 años y en los grupos de edad mayor de 61 años, sin embargo este último grupo solamente contaba con un sujeto de estudio, lo cual no permite hacer análisis. Para los otros grupos, 31 a 40 años y 41 a 50 años, el dato aparece por

debajo de uno, lo que indicaría relación negativa, mientras que para el grupo de 51 a 60 años, el valor es prácticamente un valor nulo.

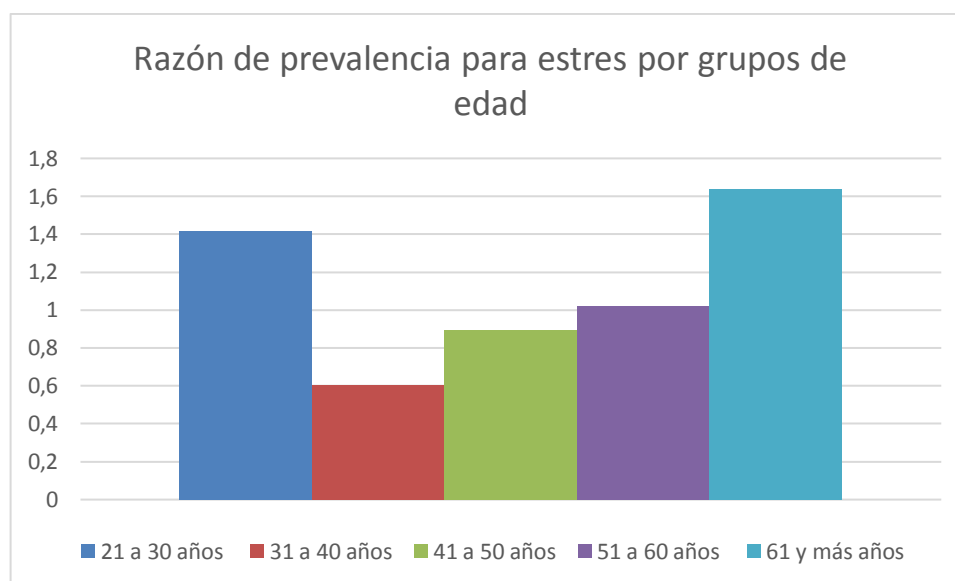


Ilustración 13 Razón de prevalencia para estrés por grupos de edad

La gráfica de las razones de prevalencia para estrés por grupos de edad, muestra unos valores en progresivo ascenso desde los 31 años hasta los mayores de 61, grupo de población donde se encuentran la mayoría de los sujetos de estudio. Con esta información amerita revisar de manera detallada los elementos que generan estrés de manera progresiva con la edad, sin dejar de lado el estrés que aparece en los de 21 a 30 años, que es la población más joven y posiblemente los más inexpertos. Vale la pena revisar en términos de experiencia, responsabilidades laborales y del hogar, roles en el trabajo y otros, los aspectos que generan el salto entre el grupo de 21 a 30 años y el de 31 a 40 años.

6.6.3. Razón de prevalencia para estrés por estrato socio económico

Tabla 20 Razón de prevalencia para estrés por estrato socio económico

Estrato socio económico	Estrés		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia a	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Uno	1	2	3	0,3333	0,6164	0,5408	1
Dos	14	17	31	0,4516	0,6373	0,7087	1
Tres	80	43	123	0,6504	0,5714	1,1382	1
Cuatro	37	27	64	0,5781	0,6257	0,9239	1
Cinco	11	2	13	0,8462	0,5991	1,4124	1
Seis	1	0	1	1	0,6111	1,6364	2
Total general	144	91	235				

Los valores de razón de prevalencia por estrato socio económico se encuentran en su gran mayoría muy cerca del uno, lo que hace concluir que la aparición de estrés no tiene relación con el estrato socioeconómico.

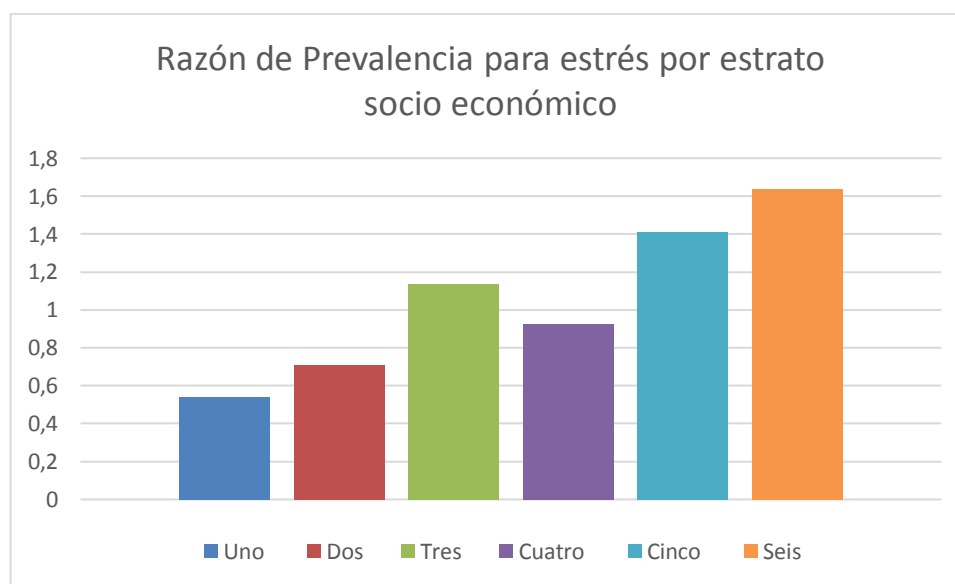


Ilustración 14 Razón de prevalencia estrés por estrato socio económico

Sin embargo llama la atención en la gráfica, una tendencia creciente en el estrés, a medida que aumenta el estrato socioeconómico. Podría aparecer en este estudio, una mayor probabilidad

de estar estresado a medida que aumenta el estrato socio económico, sin embargo con números redondeados no hay mayores diferencias excepto con el estrato seis, sin embargo se analiza solamente un sujeto.

6.6.4. Razón de prevalencia para estrés por estado civil

Tabla 21 Razón de prevalencia para estrés por estado civil

Estado civil	Estrés		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Casado/a	78	57	135	0,5778	0,66	0,8754	1
Divorciado/a	5	2	7	0,7143	1,1716	0,6096	1
Separado/a	8	5	13	0,6154	0,6126	1,0045	1
Soltero/a	24	13	37	0,6486	0,6061	1,0703	1
Unión Libre	28	13	41	0,6829	0,5979	1,1421	1
Viudo	1	1	2	0,5	0,6137	0,8147	1
Total general	144	91	235				

Las variaciones de las razones de prevalencia para el grupo de estrés por estado civil oscilan entre 0,6 y 1,1, cifras éstas que también están muy cerca del uno, lo que permite decir que en esta población el estado civil no se relaciona la aparición de estrés.

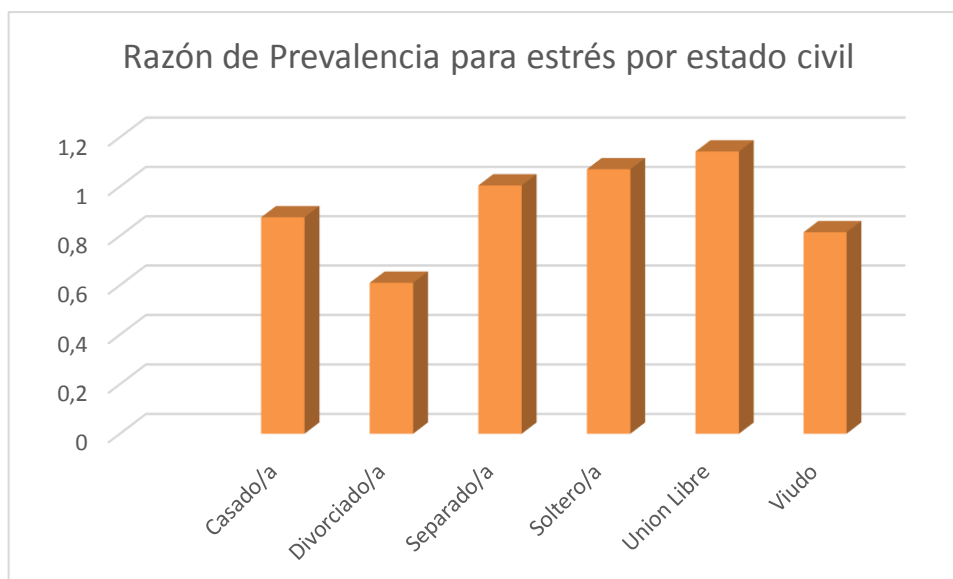


Ilustración 15 Razón de prevalencia para estrés por estado civil

La gráfica, no muestra ninguna tendencia, aunque podría resaltarse que el estado más frecuente encontrado, fue casado, que aparece aquí, para estrés, con relación inversa. En esta población la condición de casado se relacionó inversamente con la aparición de estrés. La condición de divorciado mostró la menor razón de prevalencia y en contraste con los datos de casados, la unión libre tuvo el mayor registro.

6.6.5. Razón de Prevalencia para estrés por nivel educativo

Tabla 22 Razón de prevalencia para estrés por nivel educativo

Nivel educativo	Estrés		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Bachillerato completo	13	11	24	0,5417	0,6209	0,8725	1
Bachillerato incompleto	2	0	2	1	0,6094	1,6408	2
Postgrado completo	66	32	98	0,6735	0,5693	1,1829	1
Postgrado incompleto	1	1	2	0,5	0,6137	0,8147	1
Profesional completo	33	22	55	0,6	0,6167	0,973	1
Profesional incompleto	8	4	12	0,6667	0,6099	1,0931	1
Técnico/Tecnológico completo	15	11	26	0,5769	0,6172	0,9347	1

Técnico/Tecnológico incompleto	6	10	16	0,375	0,6301	0,5951	1
Total general	144	91	235				

De las ocho categorías analizadas, en cinco de ellas la razón de prevalencia actúa como relación inversa. Por otro lado en tres de ellas, el valor es superior a uno, lo que indica relación, sin embargo en todas ellas las diferencias con respecto del uno son muy bajas lo que no permite hacer conclusiones. El mayor valor se presentó en el grupo de bachillerato incompleto, con 1,6 de valor de razón de prevalencias. Esto supone que se trata del personal de trabajo operativo, especialmente con cargos más bajos. La razón de prevalencia tiene un valor bajo, pero se interpretaría como si en este grupo, por cada uno de las otras categorías que se estresa, 1.6 de los que tienen bachillerato incompleto también se estresarían. Como puede verse los datos son muy estrechos para emitir una conclusión contundente.

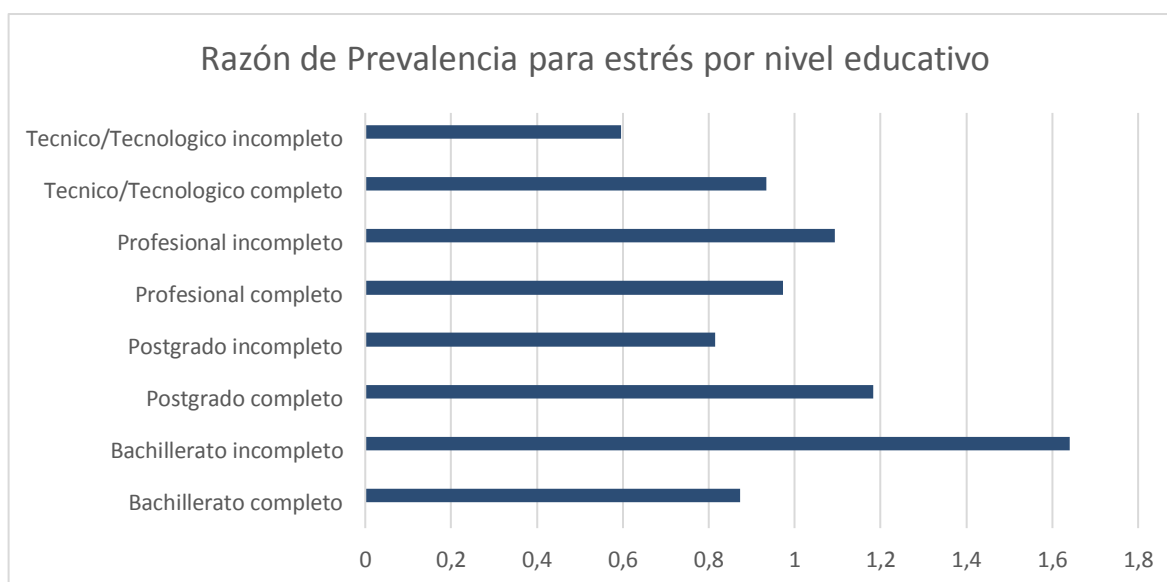


Ilustración 16 Razón de prevalencia para estrés por nivel educativo

6.6.6. Razón de Prevalencia para disfunción sexual por género

Tabla 23 Razón de prevalencia para función sexual por género

	Función sexual		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Hombre	10	152	162	0,0617	0,1644	0,3755	0
Mujer	12	61	73	0,1644	0,0617	2,663	3
Total general	22	213	235				

La razón de prevalencia para función sexual por género muestra para esta población que los hombres aparecieron con relación inversa para disfunción (0.3). Valor inferior a 1. De otro lado para las mujeres la razón de prevalencias mostró un dato de 2.6, lo que indicaría una posible relación entre ser mujer y presentar disfunción. La interpretación del dato de 2.6, dice que mientras 1 hombre presentaría disfunción sexual, 2.6 mujeres la presentarían.

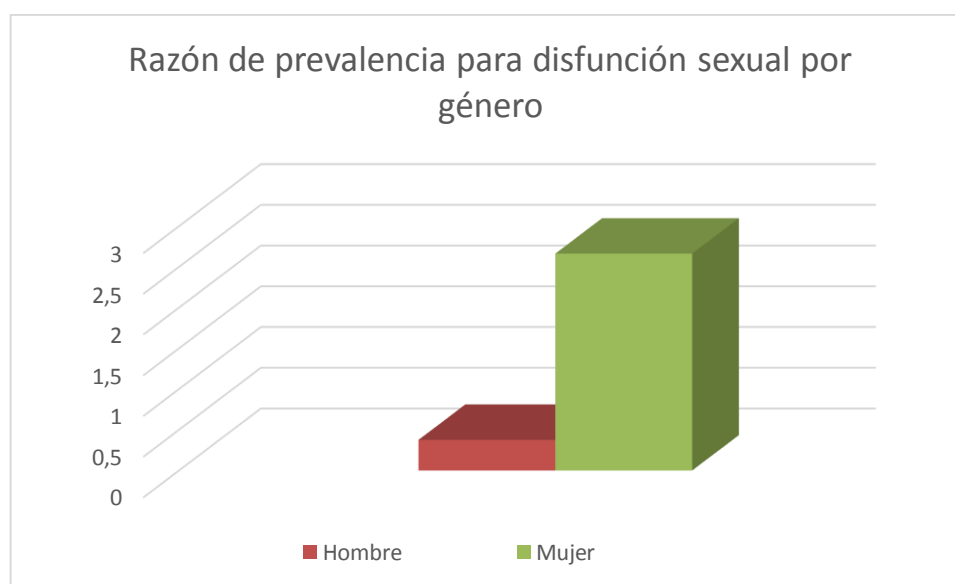


Ilustración 17 Razón de prevalencia para disfunción sexual por género

Este hallazgo evidenciable también en la gráfica guarda relación con la literatura consultada, donde se expresa que la disfunción sexual es mayor en las mujeres que en los hombres. (Bravo, 2005) (Blümel, 2004) (Álvarez - Gayou, 2011)

6.6.7. Razón de prevalencia para función sexual por grupos de edad

La razón de prevalencia para función sexual por grupos de edad, si bien no muestra cifras que permitan conclusiones como las aportadas por la literatura en el sentido que va en aumento con la edad, si muestran una leve tendencia en ese sentido, toda vez que a partir del grupo de 31 a 40 años hay cifras en leve aumento. Aparece una razón de prevalencia con cifras de 11.1 para mayor de 61 años, sin embargo el registro corresponde solamente a un sujeto de estudio, lo que no permite hacer análisis.

Tabla 24 Razón de prevalencia para función sexual por grupo de edad

Grupo de edad	Función sexual		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
21 a 30 años	1	6	7	0,1429	0,0921	1,551	2
31 a 40 años	2	61	63	0,0317	0,273	0,1163	0
41 a 50 años	11	100	111	0,0991	0,0887	1,1171	1
51 a 60 años	7	46	53	0,1321	0,0824	1,6025	2
61 y más años	1	0	1	1	0,0897	11,1429	11
Total general	22	213	235				

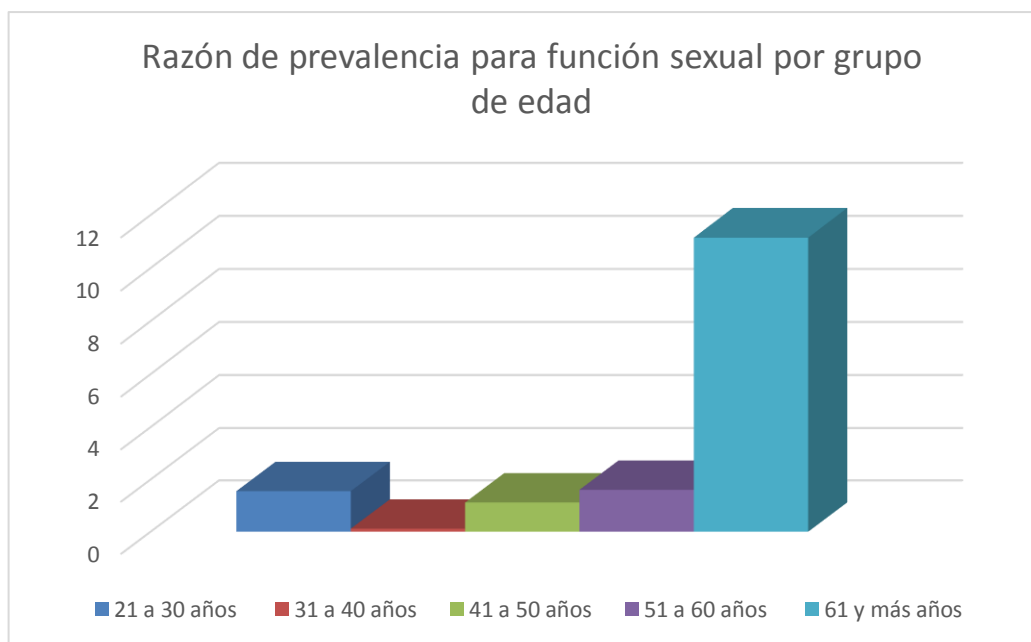


Ilustración 18 Razón de prevalencia para función sexual por estado civil

De otro lado, para el grupo de 31 a 40 años, la razón de prevalencia aparece con cifras de relación inversa (0,11) y en el grupo de 41 a 50 años, la relación es nula con 1.11 de razón de prevalencia. Esta tendencia como se dijo corresponde con la bibliografía analizada, aunque las cifras no parecen coincidir. (Blümel, 2004) (Camacho, 2002). El grupo de 21 a 30 años, aparece por encima de los demás grupos excepto el de los mayores, posiblemente por la poca cantidad de personas de ese grupo. Una revisión a estas frecuencias determina que se trata de una mujer de 21 a 30 años con disfunción, situación que estadísticamente no es descartable, pero que si se considera un caso que podría ameritar algún seguimiento, de no haber sido anónima la encuesta.

6.6.8. Razón de prevalencia de función sexual por estado civil

Tabla 25 Razón de prevalencia de función sexual por estado civil

Estado civil	Función sexual		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Casado/a	7	128	135	0,0519	0,15	0,3457	0
Divorciado/a	3	4	7	0,4286	0,0833	5,1429	5
Separado/a	4	9	13	0,3077	0,0811	3,7949	4
Soltero/a	4	33	37	0,1081	0,0909	1,1892	1
Unión Libre	4	37	41	0,0976	0,0928	1,0515	1
Viudo	0	2	2	0	0,0944	0	0
Total general	22	213	235				

Con los datos de razón de prevalencia del grupo de estado civil, se puede evidenciar que los dos grupos que suponen una ruptura conyugal (Divorciado/a y separado/a) mostraron cifras donde se puede estar prestando una relación entre estado civil y disfunción sexual. En los divorciados la razón de prevalencia fue de 5.1 y en los separados la razón de prevalencia marcó 3.79, cifras que muestran alguna relación. En contraste, los casados aparecen con la menor relación, al punto que la misma es inversa. Los grupos de unión libre y solteros, mostraron cifras que se pueden considerar con relación nula.

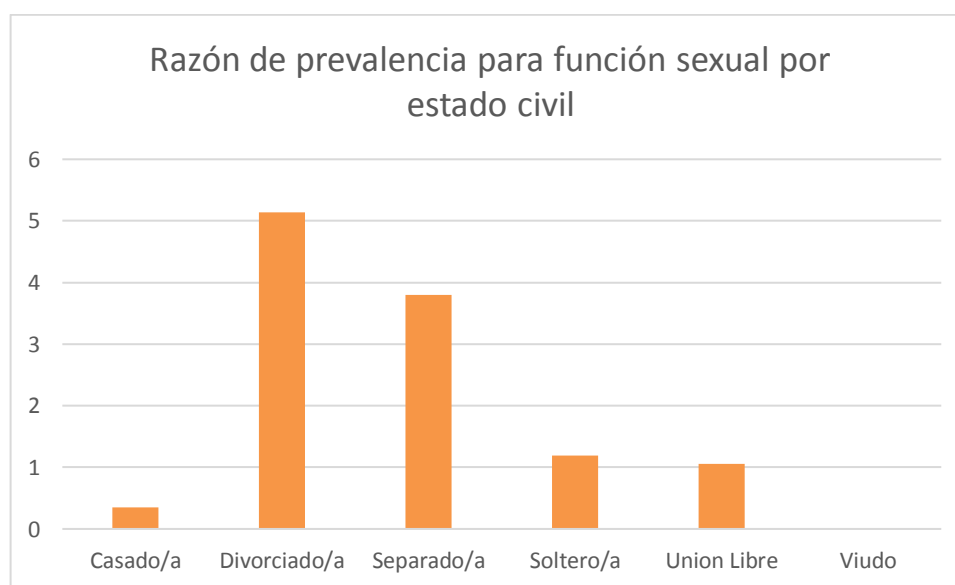


Ilustración 19 Razón de prevalencia de función sexual por estado civil

6.6.9. Razón de prevalencia para función sexual por estrato socio económico

Tabla 26 Razón de prevalencia para función sexual por estrato socio económico

Estado civil	Función sexual		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Uno	1	2	3	0,3333	0,0905	3,6825	4
Dos	0	31	31	0	0	0	0
Tres	16	107	123	0,1301	0,0536	2,4282	2
Cuatro	4	60	64	0,0625	0,1053	0,5938	1
Cinco	1	12	13	0,0769	0,0946	0,8132	1
Seis	0	1	1	0	0,094	0	0
Total general	22	213	235				

Los datos de la tabla y la gráfica de razones de prevalencia por estrato socio económico no permiten conclusiones contundentes. Por un lado en el estrato 1, aparece una razón de prevalencia de 3.6, que hace suponer una relación entre la función sexual y el estrato 1. Se diría que hay relación entre presentar disfunción sexual y pertenecer al estrato 1, sin embargo este dato surge del análisis de 3 sujetos, lo que no permite un claro análisis por tan poca cantidad de casos.

Por otro lado, en el grupo de los pertenecientes al estrato dos (2), no pudieron ser analizados, toda vez que no hubo casos positivos para función sexual en ese estrato. Lo mismo ocurrió para el estrato seis, en este último caso se trataba de 1 solo sujeto.

Para los estratos cuatro y cinco con razones de prevalencia similares, ambos grupos se ubican por debajo del 1, lo que les otorga relación inversa. Por lo tanto se tendría que decir que los estratos 4 y 5 se relacionan inversamente con la disfunción sexual.

Finalmente el estrato tres (3), que es además el estrato más frecuente en la población de estudio, registró una razón de prevalencia que relaciona el estrato 3 con la aparición de disfunción sexual.

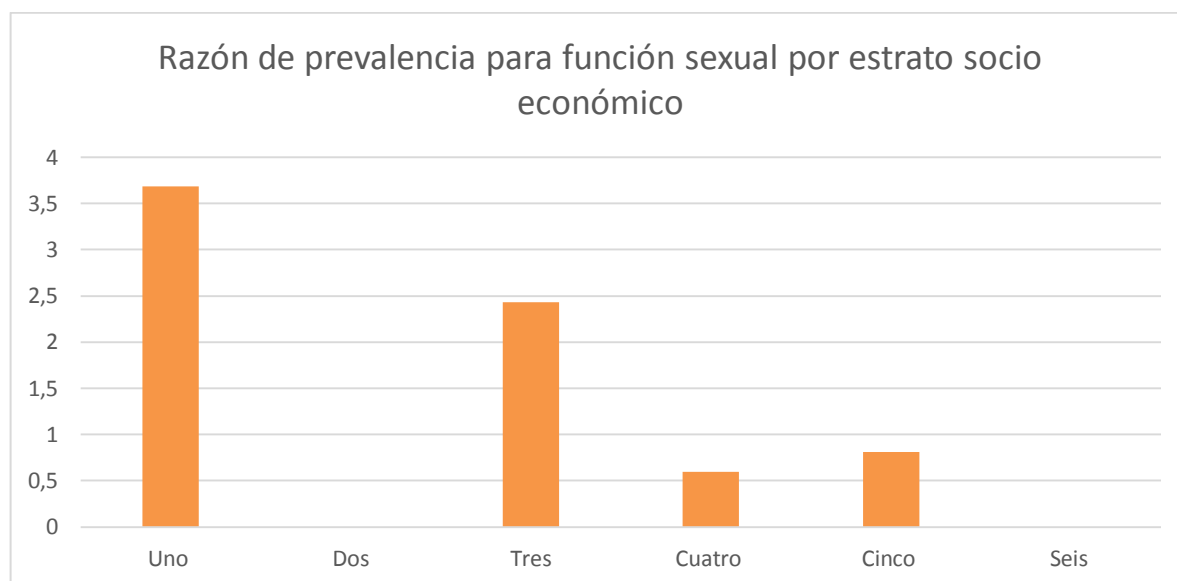


Ilustración 20 Razón de prevalencia para función sexual por estrato socio económico

6.6.10. Razón de prevalencia para función sexual por nivel educativo

Tabla 27 Razón de prevalencia para función sexual por nivel educativo

Nivel educativo	Función sexual		Total	Prevalencias		Razón de Prevalencia	Razón de Prevalencia redondeado
	Pos.	Neg.		Pos.	Neg.		
Bachillerato completo	4	20	24	0,1667	0,0853	1,9537	2
Bachillerato incompleto	1	1	2	0,5	0,0901	5,5476	6
Postgrado completo	6	92	98	0,0612	0,1168	0,5242	1
Postgrado incompleto	0	2	2	0	0,0944	0	0
Profesional completo	6	49	55	0,1091	0,0889	1,2273	1
Profesional incompleto	1	11	12	0,0833	0,0942	0,8849	1
Técnico/Tecnológico completo	3	23	26	0,1154	0,0909	1,2692	1
Técnico/Tecnológico incompleto	1	15	16	0,0625	0,0959	0,6518	1

Para el análisis de las razones de prevalencia que permitan determinar si hay relación entre el nivel educativo y la disfunción sexual, el análisis global muestra que las razones de prevalencia no son distantes del número 1, lo que indica en general que no existe relación entre estas variables. Aparece en el grupo de bachillerato incompleto una razón de prevalencia con cifra de 5.5, sin embargo se trata de dos sujetos, lo que no permite un claro análisis. En el grupo de bachillerato completo la razón de prevalencia es de 1,92, lo que es cercano al dos (2). Con esta cifra y la del bachillerato incompleto llama la atención que el grupo de menor estudio, aparece con la mayor relación entre disfunción sexual y nivel de estudios. Adicionalmente se puede ver con estas cifras, que aquellos que tienen nivel de postgrado, son también los que menos disfunción presentan, lo que permitiría intuir que hay una posible inclinación hacia el hecho que a mayor nivel educativo menor disfunción sexual. Cifras similares o situaciones semejantes han sido descritas en la encuesta de demografía y salud adelantada por Profamilia, para el Ministerio de Salud.

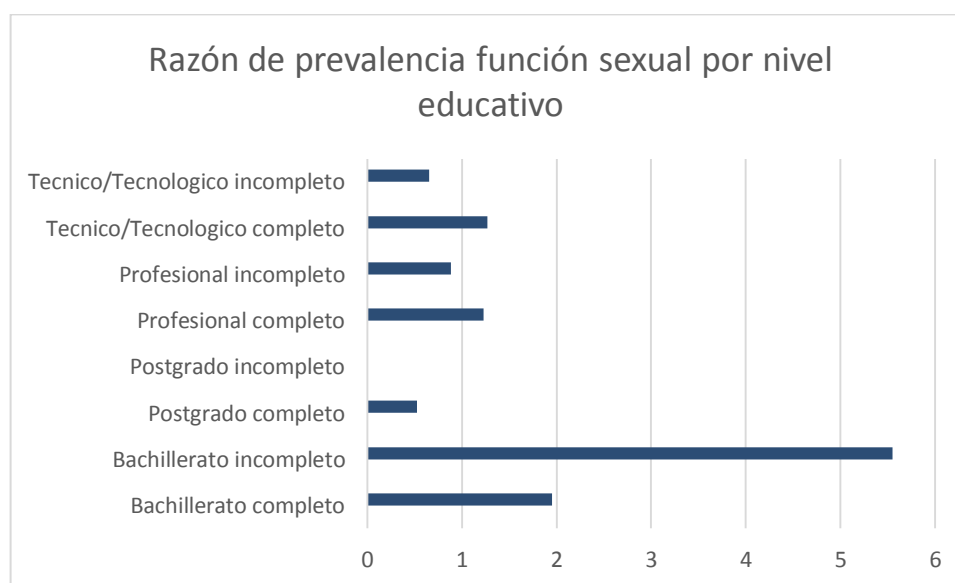


Ilustración 21 Razón de prevalencia para función sexual por nivel educativo

7. Discusión y conclusiones

7.1. Discusión

7.1.1. Sobre los datos generales

La distribución entre hombres y mujeres de la población del estudio, guardó una distribución similar a la que hay al interior de la empresa. En los grupos de edad hubo participantes desde los 26 años hasta los 62, no hubo participante de menos de 20 años y el promedio de edad de del estudio fue similar al promedio de edad de la empresa. En el estudio el promedio fue de 44.8 años y en la empresa el promedio general es de 46 años. Con la edad promedio se define que la población de estudio es población madura con predominio de hombres, como es en la empresa y mayoritariamente constituida por persona con formación educativa especialmente profesionales con postgrado. Cabe resaltar que la empresa patrocina a sus trabajadores estudios profesionales, de acuerdo con lo pactado en la convención colectiva de trabajo. El estudio incluyo participantes de todos los estratos socioeconómicos, con predominio de los estratos 3 y 4, que son también los más frecuentes en la ciudad de Bogotá, sede de la población de estudio. (Secretaria Distrital de Planeación, 2011). La empresa no tiene registros propios sobre la distribución por estratos, lo que no permite otras comparaciones. El grupo de estudio estuvo conformado mayoritariamente por personas con estado civil casados y en unión libre, lo que demuestra estabilidad de pareja, sin embargo hubo también personas de los otros diferentes estados civiles (Separados, divorciados, solteros, y viudos). En contraste con los datos poblacionales de la Encuesta de Demografía y Salud del 2015, elaborada por Profamilia para el Ministerio de Salud colombiano, este grupo muestra cifras de uniones conyugales por encima de los datos para Bogotá. (Ministerio de Salud, 2015).

7.1.2. Consentimiento informado

Para la realización de este estudio, las consideraciones éticas tuvieron un factor a destacar. Por un lado se trataba de una población cerrada, donde el investigador tiene un conocimiento médico y personal de algunos de los participantes, lo que obligaba a un procedimiento confiable y claro respecto de la privacidad de la información. Se indagaba información confidencial respecto de la sexualidad de las personas, lo que podría generar incomodidad y rechazo frente a la participación en el estudio. Por lo mismo la participación debía ser voluntaria, lo que no permitió definir poblaciones o muestras aleatorias. Primó la libertad de participación, hecho que éticamente se considera importante y relevante, sin embargo como se verá en otro aparte, las consideraciones éticas pudieron ejercer algún impacto sobre los resultados.

La privacidad de la información es al final del estudio plena, el investigador no sabe a quién corresponden las respuestas, toda vez que la información fue manejada por un tercero y el investigador tuvo acceso al bloque de datos en forma de listados anónimos y el análisis se produjo sobre datos sin ninguna referencia de nombres o personas. Puede decirse con plena tranquilidad que los compromisos éticos se conservaron.

En general la percepción que hubo respecto del consentimiento informado fue de aceptación y la gran mayoría de las personas que lo recibieron estuvieron dispuestos al diligenciamiento. Durante todas las encuestas estuvo presente el investigador, a fin de resolver inquietudes a situaciones que pudieran tornarse fuera de lo normal. Ninguno de los encuestados manifestó alguna situación anormal con las preguntas o pidió algún tipo de

apoyo. Hubo en muchos de ellos un interés y curiosidad por las preguntas de los formularios de función sexual.

7.1.3. Instrumentos

Los instrumentos fueron en general de fácil aplicación y fácil diligenciamiento por parte de los encuestados, la metodología resulto sencilla para los encuestados. A pesar que al recibo de los formularios diligenciados se hizo una revisión de los mismos, hubo 12 formularios (0.05%) con respuestas incompletas o con marcaciones múltiples que no permitían su tabulación y por lo mismo debieron ser descartados. La información contenida en estos formularios no se revisó ni se tabuló.

7.1.4. Estrés

La población estudiada mostró estar para el momento del estudio con niveles de estrés elevados en una proporción cercana de 3 a 2. El 61 % de los sujetos de estudio marcaron niveles compatibles para este estudio con estrés, mientras que el 39 % no registro con los datos de este estudio niveles de estrés. Esto quiere decir que para el momento del estudio se vivía al interior de la empresa un ambiente de estrés. Se adelantaba para la época un proceso de cambio de administración y una información clara frente a una posible venta de acciones de la empresa, o proceso de enajenación de acciones de la compañía, llamado la privatización o venta de la empresa, para que pasara de capital mayoritariamente público (a manos de la alcaldía de Bogotá) a manos de capital privado. Se ha atribuido a este proceso de venta, como se vivió en Francia (Telecom France) una importante dosis del estrés mediado, por la incertidumbre laboral que estos procesos conllevan. (Quiñonero, 2011)

En términos de prevalencia las mujeres aparecieron con mayor estrés que los hombres 74 % (Mujeres) frente a 56 % de los hombres, sin embargo el análisis de razón de prevalencia no mostró de manera contundente que el género fuera un factor que se relaciona con el estrés. El dato de razón de prevalencia para hombre fue de 0.7 y el de mujeres registró, 0.2., datos que al redondearlos indican para hombre 1 y para mujeres 0. Estos datos no permiten hacer afirmaciones o negaciones respecto de género y estrés.

El análisis de razón de prevalencia para estrés por grupos de edad, por estrato socio económico, por estado civil y por nivel educativo, no mostró ninguna relación entre ellos. Sin embargo de estos datos llamaron la atención que a medida que aumenta el estrato, así mismo va aumentado el estrés, aunque los valores no resultan de suficiente magnitud. También llamó la atención por lo datos registrados, que aquellos con nivel educativo más bajo (bachillerato incompleto), mostraron la mayor razón de prevalencia (1.64) con lo cual podría hablarse de una posible relación entre esta condición educativa y el estrés.

7.1.5. Función sexual

La población del estudio registró con los datos generales un prevalencia de disfunción sexual del 9 %, representada por 22 sujetos, diez de ellos hombres y doce mujeres. Por su lado los otros 91 %, se registraron sin disfunción sexual. Estos datos para una población que en promedio es de casi 45 años resultan bajos en disfunción sexual al contrastarlos con los datos aportados por la bibliografía y referencias consultadas. En primera instancia debe aceptarse este resultado como tal y se puede decir que esta población presenta cifras de disfunción sexual más bajas que otras registradas en la población general de acuerdo con los datos consultados. Sin embargo la desviación de datos obliga a hacer cuestionamientos al

respecto sobre posibles orígenes de esta desviación. En este punto se hacen los siguientes análisis:

La primera posibilidad que debe considerarse, es que se presentó un sesgo en la selección. Por un lado se buscaba un muestreo probabilístico, aleatorio e independiente, pero la metodología para incluir sujetos de estudio, también requería de una invitación a leer y firmar el consentimiento informado, esto como estrategia para respetar las consideraciones éticas; proceso que implicaba que el investigador diera algunas explicaciones sobre el objetivo del estudio y sobre la importancia para él del mismo. Ello no permitió una muestra aleatoria, porque los participantes no fueron escogidos aleatoriamente, sino con base en un interés particular. Bien fuera, conocer del estudio, hacer un autodiagnóstico, ayudar al investigador (médico de la empresa – compañero de trabajo) o cualquiera otro motivo. El hecho es que no hubo aleatoriedad. Esta condición pudo influir en la objetividad de las respuestas y es posible que no hayan sido suficientemente objetivas. Entre las personas que dejaron voluntariamente de contestar, es posible que estuvieran aquellos que ya conocían una condición de dificultades en su sexualidad, que quisieron guardar la intimidad y posiblemente no quisieron dejarlo consignado; hubo voluntad de pertenecer al grupo de estudio o no. Esto pudo generar una pérdida de información importante y pudo generar una desviación de los datos.

La forma como se seleccionó la muestra, limitó también la representatividad de la misma, porque los participantes pudieran escoger estar o no presentes en el estudio y como se dijo, los que pudieron tener disfunción, tuvieron la oportunidad de ausentarse del estudio, generando así un sub registro en la disfunción. Los datos nos hacen también sospechar que pudo haber una afectación a la independencia de los resultados, porque es posible que los participantes en su “deseo de colaborar” con el investigador por ser éste un compañero de trabajo, pudieron contestar

con las “mejores respuestas”, generando así un sesgo en la información y afectando de esta manera la independencia de la muestra.

Hubo una pérdida de información que hubiera podido aportar en el análisis, que corresponde a los formularios descartados, donde posiblemente pudo irse información relacionada con las desviaciones encontradas.

Al analizar la función sexual frente al género, los datos mostraron que apareció una relación entre ser mujer y presentar disfunción con una razón de prevalencia de dos punto seis (2.6) para las mujeres, mientras que la razón de prevalencia para los hombre fue de cero punto tres (0.3). Estos datos guardan similitud con los datos de las referencias consultadas, en cuanto que aparecen más mujeres con disfunción sexual que hombres. (Blümel, 2004) (Bravo, 2005) (Zegarra, 2011). Estamos frente a una población de mujeres con promedio de 44 años (43.6), lo que permite suponer una buena cantidad de mujeres en fase menopáusica o peri menopáusica, época de la vida en la cual se ha descrito la mayor disfunción sexual en mujeres. (Blümel, 2004) (Hamilton, 2013).

Por grupos de edad, la disfunción sexual mostró una tendencia similar a la consultada en las referencias indagadas; a medida que aumenta la edad también aumenta la disfunción. Si bien los datos de razón de prevalencia son muy débiles para emitir conceptos contundentes, las cifras muestran la tendencia referida.

La función sexual en relación con el estado civil, mostró que los grupos que han tenido una ruptura conyugal, (divorciado/a y separado/a), presentan las razones de prevalencia más altas, lo que permite decir que existe relación entre la ruptura de relación de pareja y la

disfunción, tal como pudo verificarse en referencias bibliográficas. (Kamei, 2005) (Bravo, 2005) (Fajewonyomi BA, 2007).

Respecto del estrato socio económico y su relación con la función sexual, las cifras fueron muy dispersas en todos los estratos, incluso para los estratos dos (2) y seis (6) no fue posible el cálculo por ausencia de datos. Sin embargo para el estrato tres (3), el más frecuente del estudio, las cifras de razón de prevalencia muestran datos que sugieren una relación entre este estrato tres (3) y la disfunción sexual. No se encontraron referencias al respecto que permitan una correlación, sin embargo se considera este dato como un hallazgo que podría merecer una revisión posterior.

Para la revisión de nivel educativo frente a la función sexual, los datos de razón de prevalencia no son concluyentes. El dato registrado para nivel educativo bachillerato incompleto, relacionado con disfunción sexual, se considera de poca consideración por tratarse de solo dos sujetos. Por lo tanto aquí se afirma que no hubo relación entre disfunción sexual y nivel educativo.

Basados en los datos de disfunción, se procedió con un análisis que permitiera revisar a la luz de las fases de la función sexual, el comportamiento de las mismas y su aporte general en la disfunción registrada. La disfunción en los hombres esta medida a través de a) la función eréctil, b) la satisfacción sexual, c) el orgasmo, d) el deseo y e) la satisfacción general con la sexualidad en el instrumento utilizado y para cada dominio, el IIFE define unas preguntas. Se buscó entonces un análisis por dominios tomando las preguntas de cada fase (dominio) y haciendo una revisión independiente, que permitiera determinar la participación de cada dominio en la generación de la disfunción.

Para este análisis se tomaron los puntos máximos posibles de cada respuesta, se sumaron estos puntos para cada domino y a este total de puntos se compararon con la misma sumatoria de preguntas por dominio aportadas por los sujetos de estudio que resultaron calificados con disfunción sexual. Se buscó entonces verificar el porcentaje de puntos conseguido o aportados por cada domino, comparados o en proporción con todos los puntos que cada domino pudiera haber aportado.

Los resultados mostraron que para los hombres, la fase de la función sexual que mayor aportó en la disfunción fue la disfunción eréctil. En esta fase, los hombres disfuncionales, lograron el 44 % del total de puntos posibles. En segundo lugar estuvo como factor generador de disfunción, el orgasmo, fase en la cual los hombres lograron el 54 % del total posible de puntos en las respuestas evaluadoras de esta fase. En su orden siguieron, el deseo con 61 % de los puntos posibles; la satisfacción general con 64 % y la satisfacción con la sexualidad con 65% de los puntos.

Tabla 28. Porcentaje de puntos alcanzados en cada fase de la función sexual en hombres

Hombres	Porcentaje de puntos alcanzados sobre el máximo de puntos posibles por domino o fase de la función sexual
Deseo	51%
Disfunción eréctil	44%
Satisfacción sexual	65%
Orgasmo	54%
Satisfacción general con sexualidad	64%

De esta información podemos deducir que la fase principalmente afectada de la función sexual corresponde a la disfunción eréctil, o dicho de otra manera en esta población, la disfunción eréctil fue la que más aportó a generar disfunción entre los hombre estudiados.

Al hacer la comparación mediante la misma metodología, en las mujeres los datos mostraron que el mayor aportante para calificar a las mujeres en disfunción fue la fase de orgasmo, donde las mujeres con disfunción solamente alcanzaron un 4% de los puntos máximos que las preguntas sobre orgasmo aportaban. El siguiente aspecto que otorgó disfunción estuvo representado por el dolor (5 %). La siguiente fase, fue la lubricación con un 11% de los posibles puntos; excitación tuvo 12 % de los puntos, el deseo logró el 38 % de los puntos y finalmente la satisfacción marcó con 52 % de los puntos.

Tabla 29. Porcentaje de puntos alcanzados en cada fase de la función sexual en mujeres

Mujeres	Porcentaje de puntos alcanzados sobre el máximo de puntos posibles por dominio o fase de la función sexual
Deseo	38%
Excitación	12%
Lubricación	11%
Orgasmo	4%
Dolor	5%
Satisfacción	52%

Contrasta de estos datos que en las mujeres que quedaron registradas con el instrumento en calidad de disfuncionales sexuales, el nivel de satisfacción con la sexualidad es del 52 %. También es destacable como el orgasmo solo aportó un 4% de los puntos posibles y con un 5 % el dolor marca también en forma destacable como generadores de disfunción. Este análisis discriminado por dominios o fases de la función sexual abre también nuevos campos para profundizar en la investigación. Se evidencia con estos datos que el análisis de la función sexual tiene aún muchos tópicos por ser evaluados y se evidencia un campo de investigación abierto.

7.1.6. Relación entre estrés y función sexual

El dato de razón de prevalencia para la función sexual en relación con el estrés en la población estudiada, demostró que no existe relación entre estas variables. Una razón de prevalencia de 1.1059, se interpreta como que por cada uno de los sujetos expuestos a estrés y que tuvieron disfunción sexual, 1.1 sujetos no expuestos a estrés también desarrollaron disfunción sexual. Estos datos dicen que por cada 1 de un grupo también hay 1 del otro grupo. La prueba de Chi cuadrado adicionalmente permitió afirmar con un 95 % de confianza que estos datos tienen significancia estadística.

De otro lado, se calculó otra razón de prevalencia, esta vez invirtiendo el factor de exposición y el efecto. Se tomó la función sexual para determinar su relación como generador de estrés. En este caso la razón de prevalencia fue de 1.04, que merece la misma interpretación del caso anterior. En este caso también por cada 1 que desarrollé estrés por la disfunción sexual, 1.04 también desarrollo estrés sin tener disfunción sexual.

Por lo anterior se concluye que para este estudio con esta población, las variables son independientes y no hay relación entre ellas.

Debe destacarse de todos modos que se presentaron sesgos de muestreo, tanto por la independencia, como por la aleatoriedad de la muestra y por ende su representatividad, que en mucho pueden estar incidiendo sobre los resultados, sin embargo algo de la información recolectada y aportada por el estudio amerita indagaciones específicas que permitan aumentar el conocimiento de estos fenómenos.

7.2. Conclusiones

A manera de conclusiones de este estudio se establecen las siguientes, que tienen como fin aportar al conocimiento de la salud sexual y reproductiva, disciplina que debe seguir su

fomento en los habitantes de Colombia con miras a una mejora de la sociedad y por lo tanto del País.

1. En la población estudiada no hay relación entre las variables estrés y función sexual. Ambas variables son independientes para esta población.
2. Algunas de las variaciones de la función sexual, descritas en las referencias fueron evidentes en este estudio y para esta población. Los rangos de disfunción sexual aparecieron más bajos en este estudio, lo que se atribuyó a posibles sesgos en el muestreo.
3. El análisis sobre esto implica una búsqueda de una metodología, mediante la cual se pueda encontrar un suficiente equilibrio ético entre la encuesta de función sexual y las técnicas de muestreo aleatorio al momento de seleccionar la muestra.
4. La población estudiada de la empresa donde se desarrolló el estudio mostró para el momento de estudio unos niveles de estrés altos en comparación con las cifras que reportan las referencias bibliográficas. Ello le implica a la empresa una necesidad de intervención en estos asuntos.
5. El estrés es una condición que afecta la productividad y por lo mismo le urge a la empresa iniciar programas que permitan un control del estrés.
6. El estrés estuvo más frecuentemente entre las mujeres que entre los hombres, sin embargo el análisis de la información permite establecer que no hay relación entre presentar estrés y pertenecer a alguno de los dos géneros, hombres y mujeres.
7. Las variables demográficas, género, estado civil, nivel educativo, estrato socio económico y edad, no mostraron tener relación con la aparición de estrés.

8. El género mostró una relación con la disfunción sexual, donde existe una mayor relación entre ser mujer y presentar disfunción sexual, lo cual guarda concordancia con las referencias bibliográficas.

9. En la población estudiada, hubo un comportamiento respecto de la edad y la disfunción sexual, que a pesar de haber registrado nivel bajo, si muestra un leve incremento de la disfunción sexual a medida que aumenta la edad, lo cual coincide con los datos de las referencias bibliográficas.

10. El estado civil que tiene que ver con rupturas conyugales (Divorciado/a y Separado/a) mostró en la población estudiada, una posible relación con mayor disfunción sexual, dato que también ha sido descrito en las referencias revisadas.

11. Las fases de la función sexual de la población estudiada, que más aportaron a la disfunción sexual entre los hombres fueron la disfunción eréctil y en segundo lugar el orgasmo.

12. En las mujeres de la población estudiada, los dominios de la función sexual que más aportaron a la disfunción fueron el orgasmo, el dolor, la lubricación y la excitación en su orden descrito.

13. En esta población se evidenció una relación entre el estrato socio económico tres (3) con disfunción sexual. Hallazgo que amerita un mayor y más profundo análisis, seguramente desde un abordaje especial.

14. No hubo evidencias que sugirieran alguna relación entre el nivel educativo y la función sexual.

15. Con base en la información obtenida en este estudio se pueden hacer algunas recomendaciones a la empresa, para que sean aplicadas como parte del

proceso administrativo general o dentro de la administración del talento humano y también como parte del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

16. Alguna información aquí recolectada puede servir como punto de partida de nuevos y diferentes estudios que aporten a la sociedad y a la empresa en particular.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Recomendaciones generales

Como recomendación general principal de este estudio, quiere resaltarse el respeto a las consideraciones éticas en la investigación que incluya aspectos de la sexualidad y en general de la salud sexual y reproductiva. Los datos de este estudio sufrieron vicios por sesgos de selección y posiblemente también por sesgo de cortesía que se produjeron en medio de un interés por contar con el consentimiento informado. Se consideró prioritario y requerido un consentimiento informado, para poder obtener la información individual de la sexualidad. Este proceso sin embargo alteró la aleatoriedad del estudio, posiblemente descartó sujetos de estudio que podrían tener dificultades con sus sexualidad y que por ello mismo quisieron apartarse del estudio. Así mismo la invitación a participar y la consecuente firma del consentimiento informado, pudo incidir con un sesgo de cortesía, que llevó a los encuestados a “dar las mejores respuestas” sesgando la información. Quiere resaltarse sin embargo, que todo esto que podría calificarse como una falla, es producto del profundo respeto que se dio a las consideraciones éticas y los resultados así mismo lo destacan. Si bien, las cifras se apartan de las referencias bibliográficas, al mismo tiempo están reflejando el manejo ético que se le dio a la información, donde el investigador pudo hacer un análisis ciego, sin conocer de manera particular las respuestas de cada uno de los participantes. Todo esto, lleva a resaltar y a reconocer la importancia de las consideraciones éticas que deben ser primero que el deseo investigativo de obtener información. ¿De qué ha de servir la información científica, si ella se obtuvo atropellando la dignidad de las personas? Es por lo tanto, ésta, la principal conclusión y recomendación que este estudio nos ha aportado. Son éstos también los valores que la Universidad y el conocimiento científico debe fomentar, porque es al ser

humano a quien se dirige el conocimiento, porque un Ser Humano sin dignidad ni valores, pierde toda su esencia.

Una segunda recomendación y consideración que surge de este estudio y que debe entenderse como interrogante o motivación de estudios posteriores, se refiere a la disfunción medida entre las mujeres. Aparece en este estudio como en muchos consultados, que las mujeres presentan una mayor disfunción respecto de los hombres. Con esta recomendación se está invitando a la reflexión frente a los instrumentos que se usan en esta medición. ¿Son éstos realmente sensibles para medir la función sexual de las mujeres? O ¿Tendrán algún grado de sesgo?, ¿Habría en este instrumento algún grado de sesgo en la concepción de la sexualidad femenina? ¿Comparten acaso las mujeres la sexualidad de la misma manera que los hombres? Quiere dejarse aquí estos cuestionamientos que son parte de los que la investigación debe entrar a cuestionar. Ya se dijo que estos datos sufrieron un sesgo, sin embargo los resultados al menos en estos aspectos se repiten y no por ello podemos concluir de manera tajante, que las mujeres tienen una mayor probabilidad de sufrir disfunción frente a los hombres. Lo menos que este dato debe aportarnos es una buena dosis de interrogantes. Las mujeres a pesar de presentar cifras muy bajas frente al orgasmo, sienten suficiente satisfacción con su sexualidad. Estas cifras invitan y obligan a reflexión y análisis.

La tercera recomendación se refiere al hallazgo respecto de disfunción en el estrato socio económico tres (3). Interesante hallazgo que permite generación de hipótesis para nuevas investigaciones y que podría merecer múltiples indagaciones.

La cuarta y última recomendación general, se relaciona con las rupturas conyugales, donde apareció una posible relación entre la función sexual y la separación y el divorcio. ¿Quién fue

primero? ¿La disfunción es producto de la ruptura conyugal? o ¿La ruptura conyugal pudo tener origen en disfunciones sexuales que la pareja ya venía presentando? Todos estos son interrogantes que surgen de un estudio transversal como este, reconocidos éstos (los estudios transversales) como generadores de hipótesis y cuestionamientos que motivan futuras investigaciones.

8.2. Recomendaciones para la empresa

Con base en los hallazgos de este estudio, con el análisis y las conclusiones aparece la necesidad de aportar recomendaciones para la empresa, tanto desde el punto de vista ético como en agradecimiento por haber apoyado y facilitado la realización del estudio.

Se recomienda implementar medidas administrativas en torno de las problemáticas de estrés que se detectaron y de aquellas que habrán de surgir como parte de la indagación de riesgos psicosociales que se adelanten.

Teniendo en cuenta que el sistema de seguridad y salud en el trabajo aporta herramientas para mejorar y para mantener los niveles de bienestar y por ende de productividad de la empresa, se recomienda mantener y fomentar este sistema.

Teniendo en cuenta que los datos demográficos son importantes para las comparaciones, se recomienda ampliar la información respecto de éstos aspectos, para facilitar un mejor entendimiento y conocimiento de la población, lo que facilitará la implementación de los programas que se definan o se contraten.

Con base en los hallazgos de este estudio, se recomienda indagar los aspectos de función sexual en el estrato 3.

Al detectar que las personas que han sufrido rupturas conyugales parecen tener una mayor probabilidad de presentar disfunción sexual, puede ser importante brindar algún tipo de apoyo a quienes informen o se les detecte una ruptura conyugal, no solo por estos aspectos, sino porque esta es una condición que afecta sus aspectos humanos que son fundamentales para la productividad laboral.

Al ver que la población mostró una adecuada participación en el estudio, se recomienda a la empresa que promueva su participación en estudios científicos que aportan en conocimiento y seguramente en mejor bienestar a sus trabajadores.

Uno de los posibles factores de origen del estrés detectado puede ser algún grado de dificultad para enfrentar los cambios, razón que permite sugerir a la empresa hacer un trabajo frente a estos aspectos que son y serán frecuentes en este tipo de empresas.

9. Referencias bibliográficas

- Aguilar, S. M. (2007). ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE ESTRÉS LABORAL ORGANIZACIONAL PARA TRABAJADORES MEXICANOS. *Revista de salud publica y nutrición*, Vol. 8 N° 4.
- Álvarez - Gayou, J. (2011). Sexoterapia integral. Mexico: Manual Moderno.
- Banco Mundial. (2017). *GRUPO BANCO MUNDIAL*. Recuperado el 04 de Febrero de 2016, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>
- Bancroft, J. (1993). Impact of Environment, Stress, Occupational, and Other Hazards on Sexuality and Sexual Behavior. *Environmental Health Perspectives Supplements*, 101-107 .
- Blümel, J. E. (2004). ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA C; O6L9 (20):0 141; 86-91(225, 118 - 125.*
- Bravo, C. S. (2005). DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS Y MASCULINAS: COMPARACIÓN DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *Salud Mental, Vol. 28, 74 - 80.*
- Buckley, P. (Octubre de 2015). <http://www.hse.gov.uk/statistics/>. Recuperado el 27 de Noviembre de 2015, de <http://www.hse.gov.uk/statistics>
- Burke, R. J. (2002). Work stress and women's health: Occupational status effects. *Journal of Business Ethics*, 91-102.
- Bustamante, A. (2002). Tratamiento de la disfunción eréctil con sildenafil en hombres con falla renal crónica. *Acta médica Colombiana*, Vol. 27 N° 4.
- Camacho, J. (2002). Disfunción Erectil. Abordaje y Manejo. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad de Caracas*, 173 - 188.
- Castro, R. P. (2010). EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. FACTORES DE RIESGO. *Archivos Españoles de Urología*, 637-639.
- Cuixart, S. N. (1997). NTP 355: Fisiología del estrés. En I. d. España. Valencia - España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales - España.
- DANE. (27 de Noviembre de 2015). [dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). Recuperado el 27 de Noviembre de 2015, de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/series-de-poblacion>
- Daneri, M. F. (2012). Psicobiología del Estrés. *BIOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO - 090*, 1 - 26.

- Decreto 1477 de 2014. (05 de Agosto de 2014). Ministerio del Trabajo. Recuperado el 24 de Marzo de 2015, de <http://www.mintrabajo.gov.co>
- DeLamater, J. S.-J. (2006). Sexualidad Humana. En J. S.-J. DeLamater, *Sexualidad Humana* (págs. 212 - 228). Mexico: Mc Graw Hill.
- Fajewonyomi BA. (2007). Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 101 - 106.
- Figueroa, J. R. (2009). Prevalence of sexual dysfunction among climacteric women. *Revista Médica Chilena*, 345-50.
- Gómez-Mercado, C. A. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev. salud pública.* , Revista salud pública. .
- Hamilton, L. D. (2013). Chronic Stress and sexual function in women. *Journal Sexual Medicine*, 2443 - 2454.
- Hernández, B. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública Méx vol.42 n.5*.
- Kamei, L. (2005). ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES QUE ASISTEN A CONSULTORIO EXTERNO DE GINECO-OBSTETRICIA DE HOSPITAL LA SERENA. *Revista Chilena de Urología*, 231 - 235.
- LaDou, J. (1990). *Occupational Medicine*. Norwalk Conneticut USA: Apleton and Lange.
- Medline Plus. (23 de 11 de 2014). *Medline Plus*. Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm
- Meston, C. (2003). Validation of the IFSF in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex Martital Therapy*, 39 - 46.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Cuestionario para la evaluación de estrés. Manual del usuario. En *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* (págs. 368 - 384). Bogota: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud. Obtenido de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Moreno-Jiménez, M. P. (2010). Job Satisfaction and Burnout in Low-Skilled Jobs: Sex Differences on the Immigrant Population. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 255 - 265.
- Parmeggiani, L. (1989). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid - España: Organizacion Internacional del Trabajo.

- Peiró, J. J. (2013). Los desarrollos de la Evaluación de Riesgos Psicosociales en Europa:. En S. d. UGT-CEC, *ANUARIO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO* (págs. 19 - 46). Valencia España: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC.
- Perez, E. P. (2011). La relación trabajo- estrés laboral en los Colombianos. *Revista CES Salud Publica - Universidad CES*, 66 - 73.
- Prieto, R. (2010). EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. FACTORES DE RIESGO. *Archivos españoles urológicos*, 637-639.
- Profamilia, A. P. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogota: Printex Impresores Ltda.
- Quiñonero, J. P. (26 de 04 de 2011). Continúa la ola de suicidios en France Télécom. *ABC.es*.
- Robayo, J. A. (2009). Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. *Revista Urológica Colombiana*, 39-46, .
- Rodriguez, A. (29 de 07 de 2009). *Gestiopolis*. Recuperado el 06 de 12 de 2015, de <http://www.gestiopolis.com/estres-laboral-en-la-empresa-y-su-prevencion/>
- Rosen, R. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction *Urology* Volume 49, Issue 6, . *Urology*.
- Rosen, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI):A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 191 - 208.
- Sampieri, R. H. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Mexico : McGRAW HILL.
- Sánchez, F. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*, 286-94.
- Secretaria Distrital de Planeación. (2011). *SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION*. Obtenido de <http://www.sdp.gov.co/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/ProyeccionPoblacion>
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE* , 10 - 59.
- Technosite | Fundación ONCE. (2009). *discapnet*. Recuperado el 05 de 12 de 2015, de <http://salud.discapnet.es/>
- The American Institute for Stress. (s.f.). *The American Institute for Stress - AIS*. Recuperado el Noviembre de 2015, de <https://www.stress.org/daily-life/>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 – 53.

Tulcán, S. M. (2012). Salud en el trabajo. *UNIVERSIDAD Y SALUD*, 87-102.

Vindel, A. C. (2002). *ucm.es/info/seas/estres_lab/epidem_y_costes.htm*. Recuperado el 29 de Marzo de 2015, de www.ucm.es/info/seas/estres_lab

Zegarra, L. (2011). VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INSTRUMENTO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 477 - 483.

10. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJADORES DE ETB FRENTE A ENCUESTA INDICE DE FUNCION SEXUAL

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Como quiera que la Empresa adelanta el diagnóstico de riesgos psicosocial y con ello la medición de estrés, se ha buscado incluir en esta medición una encuesta VOLUNTARIA y ANONIMA, respecto de la función sexual de los trabajadores y trabajadoras que deseen participar, para con base en los datos, aportar y replicar la información hacia estudios académicos. El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta encuesta una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La encuesta de función sexual estará a cargo del médico de la empresa, FERNANDO AUGUSTO ARANGO PONCE DE LEÓN, coordinador del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de ETB, quien se compromete ética y profesionalmente a guardar la confidencialidad de la información, misma que solo podrá replicarse en estudios investigativos o académicos siempre que guarden la confidencialidad y el anonimato.

Si usted accede a participar en la encuesta, se le pedirá responder preguntas de una encuesta personal relacionada con su sexualidad, lo que le tomará aproximadamente 10 minutos.

La participación en la encuesta es absolutamente voluntaria y la información es de carácter CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. Con su firma Usted autoriza para que la información sea replicada y la misma solo sea usada con fines de investigación académica. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, se garantiza que serán **anónimas**. Los números que encuentre en el formulario son un consecutivo que permite un seguimiento estadístico y se garantiza que no hay ningún seguimiento expreso sobre esta numeración.

Si tiene alguna duda sobre el tema, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el estudio. Igualmente, puede retirarse de la encuesta en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al encuestador o de no responderlas y en caso que las preguntas generen en usted algún tipo de necesidad de consulta, podrá aproximarse a Fernando Arango, quien le podrá brindar orientación y eventualmente una remisión a expertos en diferentes temas que le puedan ayudar.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta encuesta, conducida por FERNANDO AUGUSTO ARANGO PONCE DE LEÓN del Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo de ETB. He sido informado (a) que el propósito de esta encuesta es recolectar información con fines científicos y académicos.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario y lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y autorizo que sea utilizada con fines investigativos. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el formulario en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a FERNANDO AUGUSTO ARANGO PONCE DE LEÓN al teléfono 2423521 – 2422115 – 305 7066065.

Entiendo que puedo pedir información a la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo de ETB sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a FERNANDO AUGUSTO ARANGO PONCE DE LEÓN a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante

(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2. Cuestionario de estrés



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS – TERCERA VERSIÓN

Rellene el óvalo que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1 Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular.	☐	☐	☐	☐
2 Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.	☐	☐	☐	☐
3 Problemas respiratorios.	☐	☐	☐	☐
4 Dolor de cabeza.	☐	☐	☐	☐
5 Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.	☐	☐	☐	☐
6 Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.	☐	☐	☐	☐
7 Cambios fuertes del apetito.	☐	☐	☐	☐
8 Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).	☐	☐	☐	☐
9 Dificultad en las relaciones familiares.	☐	☐	☐	☐
10 Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.	☐	☐	☐	☐
11 Dificultad en las relaciones con otras personas.	☐	☐	☐	☐
12 Sensación de aislamiento y desinterés.	☐	☐	☐	☐
13 Sentimiento de sobrecarga de trabajo.	☐	☐	☐	☐
14 Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.	☐	☐	☐	☐
15 Aumento en el número de accidentes de trabajo.	☐	☐	☐	☐
16 Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida.	☐	☐	☐	☐
17 Cansancio, tedio o desgano.	☐	☐	☐	☐
18 Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad.	☐	☐	☐	☐
19 Deseo de no asistir al trabajo.	☐	☐	☐	☐
20 Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace.	☐	☐	☐	☐
21 Dificultad para tomar decisiones.	☐	☐	☐	☐
22 Deseo de cambiar de empleo.	☐	☐	☐	☐
23 Sentimiento de soledad y miedo.	☐	☐	☐	☐
24 Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos.	☐	☐	☐	☐
25 Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza.	☐	☐	☐	☐
26 Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios.	☐	☐	☐	☐
27 Sentimientos de que "no vale nada", o "no sirve para nada".	☐	☐	☐	☐
28 Consumo de bebidas alcohólicas o café o cigarrillo.	☐	☐	☐	☐
29 Sentimiento de que está perdiendo la razón.	☐	☐	☐	☐
30 Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad.	☐	☐	☐	☐
31 Sensación de no poder manejar los problemas de la vida.	☐	☐	☐	☐

Anexo 3. Índice de Función sexual femenina

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA							
							CONSECUTIVO
Instrucciones							
Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas.							
Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible.							
Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.							
Definiciones							
Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.							
Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.							
Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.							
Advertencia: Tómese los resultados como una orientación.							
Las valoraciones resultantes se basan en unos parámetros estándar que dan unos resultados "aproximados"							
sobre la cuestión planteada.							
N°							
1	En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo sintió usted deseo o interés sexual?	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más que la mitad) ☐	La mayoría de las veces (más que la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	
2	En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?	Muy alto ☐	Alto ☐	Moderado ☐	Bajo ☐	Muy bajo o nada ☐	
3	Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
4	En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
5	En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Muy alta confianza ☐	Alta confianza ☐	Moderada confianza ☐	Baja Confianza ☐	Muy baja o nada d confianza ☐
6	En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
7	En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
8	En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Extremadamente difícil o imposible ☐	Muy difícil ☐	Difícil ☐	Pocas difícil ☐	No me es difícil ☐

9	En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre la mantengo ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
10	En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Extremadamente difícil o imposible ☐	Muy difícil ☐	Difícil ☐	Pocas veces ☐	No me es difícil ☐
11	En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
12	En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?	No tengo actividad sexual ☐	Extremadamente difícil o imposible ☐	Muy difícil ☐	Difícil ☐	Pocas veces ☐	No me es difícil ☐
13	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Muy satisfecha ☐	Moderadamente satisfecha ☐	Ni satisfecha ni insatisfecha ☐	Moderadamente insatisfecha ☐	Muy insatisfecha ☐
14	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?	No tengo actividad sexual ☐	Muy satisfecha ☐	Moderadamente satisfecha ☐	Ni satisfecha ni insatisfecha ☐	Moderadamente insatisfecha ☐	Muy insatisfecha ☐
15	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?	Muy satisfecha ☐	Moderadamente satisfecha ☐	Ni satisfecha ni insatisfecha ☐	Moderadamente insatisfecha ☐	Muy insatisfecha ☐	☐
16	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?	Muy satisfecha ☐	Moderadamente satisfecha ☐	Ni satisfecha ni insatisfecha ☐	Moderadamente insatisfecha ☐	Muy insatisfecha ☐	☐
17	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	☐
18	En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?	No tengo actividad sexual ☐	Siempre o casi siempre ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	Casi nunca o nunca ☐
19	En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?	No tengo actividad sexual ☐	Muy alto ☐	Alto ☐	Moderado ☐	Bajo ☐	Muy bajo o nada ☐

Anexo 4. Índice Internacional de Función Eréctil

ÍNDICE INTERNACIONAL DE LA FUNCIÓN ERÉCTIL (IIEF)				Consecutivo			
Por favor, marque en el espacio llenando el ovalo la respuesta que mejor describa su situación durante las							
las ultimas 4 semanas.							
Marque solo una respuesta con la mayor honestidad							
Es preciso hacer dos aclaraciones:							
* El acto sexual se define como la penetración de la pareja.							
* La estimulación sexual incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.							
Advertencia: Tómese los resultados como una orientación.							
Las valoraciones resultantes se basan en unos parámetros estándar que dan unos resultados "aproximados"							
sobre la cuestión planteada.							
N°	Pregunta	No tengo actividad sexual	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos que la mitad)	A veces (alrededor de la mitad)	La mayoría de las veces (más de la mitad)	Siempre o casi siempre
1	¿Con que frecuencia puede lograr usted una erección durante la actividad sexual?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Cuando usted ha tenido erecciones con estimulación sexual; ¿cuán frecuentemente fueron lo suficientemente duras para la penetración?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando usted ha intentado tener relaciones sexuales?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	¿Cuántas veces fue usted capaz de mantener una erección una vez que penetró a su pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil le fue a usted mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?	☐	Extremadamente difícil o imposible ☐	Muy difícil ☐	Difícil ☐	Poco difícil ☐	No me es difícil ☐
6	¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?	☐	1 a 2 ☐	3 a 4 ☐	4 a 5 ☐	7 a 10 ☐	11 y más ☐

7	Cuando intentó usted tener relaciones sexuales, ¿cuántas veces le resultó satisfactorio?	No tengo actividad sexual ☐	Casi nunca o nunca ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	Siempre o casi siempre ☐
8	¿Cuánto placer le produjo la relación sexual?	No tengo actividad sexual ☐	Sin placer ☐	Casi sin placer ☐	Moderadamente placentero ☐	Muy Placentero ☐	Extremadamente placentero ☐
9	Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿cuántas veces eyaculó?	No tengo actividad sexual ☐	Casi nunca o nunca ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	Siempre o casi siempre ☐
10	Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales; ¿qué tan seguido tuvo un orgasmo?	No tengo actividad sexual ☐	Casi nunca o nunca ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	Siempre o casi siempre ☐
11	¿Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?	No tengo actividad sexual ☐	Casi nunca o nunca ☐	Pocas veces (menos que la mitad) ☐	A veces (alrededor de la mitad) ☐	La mayoría de las veces (más de la mitad) ☐	Siempre o casi siempre ☐
12	¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?		Muy bajo o ninguno ☐	Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐	Muy Alto ☐
13	¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?		Muy Descontento ☐	Moderadamente descontento ☐	Satisfecho y Descontento a la vez ☐	Moderadamente satisfecho ☐	Muy Satisfecho ☐
14	¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?		Muy Descontento ☐	Moderadamente descontento ☐	Satisfecho y Descontento a la vez ☐	Moderadamente satisfecho ☐	Muy Satisfecho ☐
15	¿Cómo califica usted su seguridad de tener una erección?		Muy bajo o ninguno ☐	Bajo ☐	Moderado ☐	Alto ☐	Muy Alto ☐

Anexo 5. Información demográfica

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación se presentan varias preguntas sobre información personal. Por favor seleccione una sola respuesta para cada pregunta y rellene el óvalo o escribala en la casilla. Escriba con letra clara y en mayúscula.

EJEMPLO DE LLENADO:

FORMA CORRECTA ●

FORMA INCORRECTA ☒ ☓ ☉ ☉

1.-	Empresa	
2.-	Nombre Completo	
3.-	Número de Identificación	
4.-	Área de Trabajo	
5.-	Cargo que desempeña	
6.-	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	9.- Último nivel de estudios que alcanzó ☐ Ninguno ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Bachillerato incompleto ☐ Bachillerato completo ☐ Técnico / Tecnológico incompleto ☐ Técnico / Tecnológico completo ☐ Profesional incompleto ☐ Profesional completo ☐ Posgrado incompleto ☐ Posgrado completo ☐ Carrera Militar
7.-	Año de nacimiento 	10.- Tipo de Vivienda ☐ Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar
8.-	Estado Civil ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Unión Libre ☐ Separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Sacerdote / Monja	11.- Estrato de los servicios públicos de su vivienda ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
12.-	Profesión u ocupación	
13.-	No. De personas que dependen económicamente de usted ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ó mas	15.- Antigüedad en la empresa ☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 6 a 10 años ☐ 11 a 15 años ☐ 16 a 20 años ☐ Más de 20 años
14.-	Tipo de contrato ☐ Temporal menos de 1 año ☐ Temporal de 1 año o más ☐ Término indefinido ☐ Cooperado (cooperativa) ☐ Prestación de Servicios ☐ No sé	16.- Antigüedad en el cargo ☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 6 a 10 años ☐ 11 a 15 años ☐ 16 a 20 años ☐ Más de 20 años
		17.- Tipo de salario ☐ Fijo (diario, semanal, quincenal o mensual) ☐ Una parte fija y otra variable ☐ Todo variable (a destajo, por producción, por comisión)