



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2017-2018



Trabajo Fin de Máster

Prevalencia de disfunción sexual

en mujeres con infección por VIH y factores asociados

Autora: María Berenguer Soler

Tutor académico: Jesús Rodríguez Marín

Tutora profesional: Irene Portilla

Tamarit

Resumen

Introducción: La disfunción sexual femenina (DS) es un trastorno sexual que puede generar estrés y tener un efecto negativo en la salud sexual, las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Esto puede afectar a la persona que vive con infección VIH. **Objetivo:** determinar la prevalencia de DS, ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida en mujeres con infección por VIH. Analizar la relación de disfunción sexual y sus subescalas con las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas. **Método:** estudio observacional de tipo transversal en mujeres con infección por VIH, excluyéndose embarazadas o con menopausia. Administramos el índice de función sexual femenina (IFSF). **Resultados:** prevalencia de disfunción sexual femenina del 58,3% (36,5-80,1) en mujeres con infección por VIH fértiles. El 41,7% presenta ansiedad y peor salud mental que la media española. Observamos relaciones estadísticamente significativas entre disfunción sexual y nivel de CD4 <200 linfocitos, y llevar más de 5 años con la infección por VIH. El dolor sexual se relaciona con ansiedad, depresión y peor salud mental y global que la media española. **Discusión:** existe una prevalencia elevada de DS en mujeres con infección por VIH, y esta es mayor que en las mujeres sin infección por VIH. Esta se relaciona con algunas de las variables psicológicas y clínicas analizadas.

Palabras clave: Disfunción sexual, infección VIH, mujeres, ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida

Abstract

Background: Female sexual dysfunction (DS) is a sexual disorder that can generate stress and have a negative effect on sexual health, interpersonal relationships and quality of life. This can affect the person living with HIV infection. **Objective:** determine the prevalence of DS, anxiety, depression, self-esteem and quality of life in women with HIV infection. Analyze the relationship of sexual dysfunction and its subscales with sociodemographic, clinical and psychological variables. **Method:** cross-sectional observational study in women with HIV infection, excluding pregnant or menopausal women. We administer the female sexual function index (IFSF). **Results:** prevalence of female sexual dysfunction of 58.3% (36.5-80.1) in women with fertile HIV infection. 41.7% have anxiety and worse mental health than the Spanish average. We observed statistically significant relationships between sexual dysfunction and CD4 level <200 lymphocytes, and for more than 5 years with HIV infection. Sexual pain is related to anxiety, depression and worse mental and global health than the Spanish average. **Discussion:** there is a high prevalence of SD in women with HIV infection, and this is higher than in women without HIV infection. This is related to some of the psychological and clinical variables analyzed.

Key words: Sexual dysfunction, HIV infection, women, anxiety, depression, self-esteem, quality of life



Introducción

En la década de los 80 del siglo pasado aparecieron los primeros casos de sida en los EEUU, y posteriormente se demostró que estaba causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Holguín y Soriano, 2000). El VIH es un retrovirus que ataca el sistema inmunitario de la persona infectada. Esto ocurre porque necesita convertir su ARN (ácido ribonucleico) en ADN (ácido desoxirribonucleico) para reproducirse, y para ello emplea las células del sistema inmunitario de la persona, los linfocitos T CD4, provocando un grave debilitamiento del sistema inmunitario (Infosida, 2018). En la actualidad los estadios clínicos de la infección por VIH se clasifican en A (personas que no presentan sintomatología asociada a la infección), B (personas que padecen enfermedades derivadas de la infección, pero no definitivas de sida) y C (personas con alguna enfermedad definitiva de sida).

La transmisión del VIH se produce a través de fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales, y leche materna. Las vías de transmisión son la vía sexual: relaciones sexuales sin preservativo (homosexual o heterosexual), consumo de drogas por vía intravenosa (UDVP), o de la madre al hijo durante el parto o tras este (vertical) (Infosida, 2018).

El tratamiento eficaz frente al VIH está disponible desde 1996 con la aparición de una nueva familia de fármacos, los inhibidores de la proteasa del VIH. A partir de entonces la infección por VIH y el sida pasó de ser una enfermedad inevitablemente mortal, a ser una enfermedad crónica, con el tratamiento adecuado (Eduardo, 2007). Desde entonces, las personas con infección VIH tienen una esperanza de vida casi equiparable a la población general sin VIH (Gueller et al., 2017).

Respecto a la situación epidemiológica actual, en España, hay alrededor de 140.000 personas viviendo con VIH, de ellas, cerca de 32.000 son mujeres; y, aunque las tasas de infección por VIH estén disminuyendo (ONUSIDA, 2016), resulta relevante el estudio de determinados factores que puedan disminuir la calidad de vida de este colectivo. En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó determinados factores asociados con la calidad de vida de las

personas que viven con VIH, factores que analizaremos en el presente estudio como la ansiedad, depresión, autoestima y sexualidad, entre otros. Esta asociación fue descrita por Gurung y colaboradores en 2004. En el presente estudio nos centraremos, principalmente, en este último factor, la sexualidad.

La sexualidad puede verse afectada en enfermedades como la infección por VIH, ya que al ser una enfermedad crónica no es un acontecimiento puntual, sino una experiencia que se confunde con la vida misma (Pierret, 2000). Cualquier enfermedad crónica, acaba afectando a diferentes órganos y sistemas, y también acaba produciendo problemas sociales, laborales, familiares, de pareja y de autoestima. Este hecho, afecta también a la vida sexual (Lucas y Cabello, 2007).

De acuerdo con la OMS (2006), la sexualidad humana es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Hasta el momento, las investigaciones realizadas sobre sexualidad se han centrado en su mayoría, en el estudio de la sexualidad masculina (Nazareth, Boynton y King, 2003). En la revisión de las publicaciones a cerca de la sexualidad femenina, son muy pocos los estudios que nos ofrecen información sobre este tema, de ahí la necesidad de aumentar los conocimientos referentes a la sexualidad femenina y especialmente en determinados grupos de mujeres más vulnerables.

Dentro de la sexualidad humana, y centrándonos en nuestro estudio, definimos la disfunción sexual (DS) en mujeres como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo o dolor durante la relación sexual, que puede generar estrés personal y tener un efecto negativo significativo sobre la salud sexual femenina, las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Se trata de un trastorno causado por múltiples factores biológicos, hormonales y psicológicos que interactúan entre ellos (Wright y O'Connor, 2015).

La última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado en el 2013, clasifica la disfunción sexual femenina en los siguientes trastornos: (1) Trastorno del deseo sexual hipoactivo; (2) Trastorno de la excitación femenina; (3) Trastorno del orgasmo femenino, y (4) Trastorno del dolor genito-pélvico/penetración, en el que se incluyen la dispareunia y el vaginismo. Numerosas influencias biológicas, como los niveles de estrógenos y andrógenos, y otras condiciones médicas, se han relacionado con la DS en la mujer. También algunas afecciones psiquiátricas, como la depresión y la ansiedad se han vinculado con esta disfunción.

Según los datos de una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Madrid, en España hay alrededor de un 33% de mujeres premenopáusicas que sufren DS (Portillo, Pérez & Royuela, 2017), no obstante, estos datos hacen referencia a la población no VIH.

Centrándonos en las personas que tienen infección por VIH, Fabres (2009) reportó que la prevalencia de DS variaba entre un 20% y un 70%, no distinguiendo entre hombres y mujeres.

Resulta complicado encontrar estudios realizados en mujeres con infección por VIH sobre DS, no obstante, ya en 2003, Denis y Hong defendieron que las mujeres con infección por VIH puntuaban significativamente más alto que las mujeres sin infección VIH en pruebas que evaluaban problemas sexuales. Sin embargo, los datos de este estudio se recogieron en el año 2001, en población de múltiples nacionalidades, e incluyeron todo tipo de mujeres, sin excluir mujeres embarazadas o menopáusicas. Con respecto a las mujeres embarazadas o con la menopausia, un estudio de Blumel y colaboradores (2002), defiende que los cambios hormonales, producidos durante el embarazo y la menopausia, tienen múltiples efectos en la función sexual de la mujer.

En un estudio europeo se evaluó la DS en mujeres VIH, y se llegó a la conclusión de que los factores psicológicos (depresión, irritabilidad, ansiedad) y el diagnóstico del VIH podían ser los principales impulsores de las dificultades sexuales (Florence et al., 2004).

Por otro lado, según una revisión sistemática realizada por Carter y colaboradores en el 2017, las mujeres con infección por VIH experimentan descensos en la actividad sexual, la satisfacción, la función y el placer, tras el diagnóstico de VIH, y son más propensas que las mujeres sin infección VIH a experimentar dificultades sexuales y no tener pareja. En dicha revisión, se estima una prevalencia de DS en mujeres VIH entre el 25-34%. No obstante, se trata de una revisión en la que se incluyen estudios de 25 países diferentes, con diferentes culturas.

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio, observamos que los datos disponibles respecto a la prevalencia de DS femenina en la población VIH, analizan la prevalencia de DS, sin tener en cuenta la influencia de la cultura o del momento en que se encuentre la mujer, como la menopausia o el embarazo. Por lo que dichos estudios no resolverían las lagunas sobre posibles factores de confusión sobre prevalencia de DS en mujeres con infección por VIH.

Los problemas sexuales son habituales en momentos estresantes, y el diagnóstico de VIH es una situación propicia para su desencadenamiento. En un informe realizado por el Grupo de trabajo sobre Tratamientos del VIH (Hernández, 2007) se defendía la influencia de la pérdida de deseo sexual en la disminución de la calidad de vida y la autoestima de la persona, así como el desarrollo de problemas emocionales como ansiedad y depresión. Identificar los factores psicológicos que puedan contribuir al desarrollo de este tipo de disfunciones, permitiría llevar a cabo una intervención más especializada, disminuyendo la posibilidad de desarrollo de estos trastornos, y contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de las mujeres con infección por VIH.

El diagnóstico de VIH puede dar comienzo a un período de choque emocional, escepticismo, preocupación por la posibilidad de transmitir el virus a la pareja sexual, etc. Estas situaciones pueden hacer que el apetito y la capacidad sexual se vean afectados negativamente, así como condicionar la vida sexual de las personas que lo padecen. Asociar de forma negativa el VIH con el sexo, puede contribuir a producir problemas sexuales.

Por este motivo, en la Unidad de Enfermedades Infecciosas nos hemos propuesto evaluar la prevalencia de DS en mujeres con infección por VIH, con el fin de obtener datos clarificadores sobre la disfunción sexual en este colectivo, que permitan conocer la magnitud de este problema.

De este modo, se podría ofrecer un servicio más especializado para tratar los posibles factores asociados a esta disfunción, con el fin de disminuir este tipo de problemas que afectan considerablemente a la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Hipótesis

Hipótesis 1: Según la literatura científica, hay una alta prevalencia de DS en la población general, y la población con infección por VIH presenta un mayor riesgo de DS que la población general. En nuestra investigación, en la que estudiaremos las mujeres con infección por VIH fértiles consideramos que también se encontrará una alta prevalencia de DS. Por otra parte, existirá una alta prevalencia de cada una de las categorías que conforman las disfunciones sexuales: deseo, excitación, orgasmo y dolor.

Hipótesis 2: Según la literatura científica las personas con infección por VIH tienen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, consumo de tóxicos, etc. Consideramos que la prevalencia de trastornos psicológicos en la población analizada será elevada.

Hipótesis 3: En la literatura científica se refleja una clara relación entre la DS y otros trastornos, como ansiedad, depresión, baja autoestima y baja calidad de vida en población general. Esta relación también estará presente en personas con infección por VIH. Del mismo modo, se espera encontrar dicha relación con cada una de las categorías que conforman la disfunción sexual.

Hipótesis 4: En la literatura científica encontramos una relación entre el tiempo de infección y problemas en las relaciones sexuales. Además del tiempo de infección por VIH, otras variables clínicas y biológicas relacionadas con la infección por VIH pueden asociarse a mayor DS en mujeres.

Objetivos

Objetivo Principal:

Determinar la prevalencia de DS en mujeres fértiles con infección por VIH.

Objetivos Secundarios:

1. Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida en mujeres con infección por VIH fértiles.
2. Estudiar la asociación entre disfunción sexual y ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida en mujeres con infección por VIH fértiles.
3. Estudiar la asociación entre la DS y las variables clínicas y sociodemográficas relacionadas con la infección por VIH.
4. Estudiar la asociación entre cada una de las subescalas de función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, y las variables psicológicas analizadas: ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida.
5. Analizar la asociación entre cada una de las subescalas de función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, y las variables clínicas relacionadas con la infección por VIH.

Método

Diseño

Estudio observacional de tipo transversal.

Participantes

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: sexo femenino al nacer, edad igual o superior a 18 años; última menstruación en el último año; infección VIH confirmada por serología o carga viral plasmática de VIH; firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión: estar embarazada; menopausia definida como más de un año desde la última menstruación; discapacidad psíquica o física que impida la realización o comprensión de los cuestionarios del estudio.

Número de sujetos y forma de selección:

Las mujeres del estudio formaban parte de la cohorte de pacientes seguida por la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). A todas las mujeres que acudían a su consulta habitual con el médico, y cumplían con los criterios de inclusión y no de exclusión, se les proponía participar en el estudio. La inclusión de mujeres en el estudio se realizó desde el 1 de Septiembre hasta el 31 de Diciembre de 2017. Para conseguir las participantes del estudio se utilizó un muestreo de conveniencia, incluyendo a todas las personas que acudían de forma sucesiva a su consulta clínica fijada previamente, y firmaban el consentimiento informado.

Variables e Instrumentos

Variables de identificación:

- ID: número de identificación del paciente en el estudio.
- NHC: número de historia clínica asignado por el hospital.

Variables demográficas:

- Edad: años en el momento del estudio, clasificado en mayores y menores de 40 años.
- Nivel de estudios: nivel de enseñanza completado por la paciente en el momento de realizar la evaluación, clasificándose en: Estudios Superiores (FP/Grado superior/Bachillerato, Graduado o Máster) y No Estudios Superiores [sin estudios, primarios (primaria/EGB), secundarios (secundaria)].

- Situación sentimental de la paciente en el momento de la prueba, categorizado en: tener pareja (con pareja o casada) o no tener pareja (soltera, viuda o divorciada).
- Miedo a transmitir el VIH: en respuesta a la pregunta “¿ha tenido miedo de transmitir el VIH en alguna ocasión?” contestación binaria sí/no.

Variable de resultado:

Disfunción sexual: presencia de DS medida a través del Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). El FSFI es una breve medida del funcionamiento sexual en mujeres. El cuestionario consta de 19 ítems que, pretenden evaluar seis dimensiones de la sexualidad femenina (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en las relaciones sexuales). La consistencia interna de los diferentes dominios del test es buena ($>0,70$). La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. Cada una de las clasificaciones de función sexual se puntuaba en una escala de 0 a 6. A mayor puntuación mejor sexualidad. Puntuaciones totales iguales o inferiores a 26 puntos, se consideran riesgo de DS, es decir, las personas que obtenían una puntuación por debajo de 26 puntos, las categorizamos como disfunción sexual (Blümel et al, 2004) (Anexo1).

Variables explicativas:

Variables psicológicas:

- Ansiedad: presencia de Ansiedad medida a través de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), instrumento utilizado para medir los trastornos psicológicos de ansiedad y depresión. Está conformada por 14 ítems.

La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, donde los pacientes tenían que describir los sentimientos que habían experimentado durante el último mes. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se consideró de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y once o más problema clínico. En nuestro estudio categorizamos

en ansiedad (11 o más puntos) y no ansiedad (de 0 a 10 puntos). Se ha mostrado confiable y válido en la medida de estos trastornos (Tejero et al, 1989) (Anexo2).

- Depresión: presencia de Depresión medida a través del HAD ya descrito previamente. Al igual que en ansiedad, aquí también categorizamos en depresión (11 o más puntos) y no depresión (de 0 a 10 puntos) (Tejero et al, 1989) (Anexo 2).
- Nivel de autoestima: nivel de autoestima medido por la Escala de Autoestima de Rosenberg. Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems. A mayor puntuación mayor autoestima. Puntuaciones menores de 25 suponen una autoestima baja, de 26 a 29 autoestima media, y de 30 a 40 autoestima elevada. En nuestro estudio categorizamos en autoestima baja (puntuaciones de 25 o menos), y autoestima media/alta (de 26 a 40 puntos) (Echeburúa, 1995) (Anexo 3).
- Calidad de vida: medida a través del Cuestionario de Salud SF-12, instrumento de medida del estado de salud físico y mental. Consta de 12 ítems. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. A mayor puntuación mayor calidad de vida. Puntuaciones mayores de 50 indican mejor calidad de vida que la media española, e inferiores de 50 peor calidad de vida que la media española. Estos puntos de corte se emplearon tanto para Salud Física, como para Salud Mental y Salud Global (Alonso et al, 2002) (Anexo 4).

VARIABLES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH:

- Vía de adquisición del VIH: heterosexual (HTX), y no heterosexual (UDVP y parenteral).
- Estadio clínico de infección por VIH en el momento del estudio, clasificado en: Sida (C), y no Sida [Asintomático (A), Sintomático (B)].
- Tiempo desde el diagnóstico: definido por el tiempo en años transcurrido desde el momento de la prueba de VIH positiva. Categorizado en $>$ de 5 años y \leq 5 años.

- Recuento de linfocitos CD4+ cels./ μ L de sangre, en la última extracción realizada. Clasificado como: > 200 linfocitos CD4, y ≤ 200 linfocitos CD4.
- Carga viral de VIH (copias de ARN /ml) en la última extracción de sangre realizada. Clasificado como: > 50 copias (detectable) y < 50 copias (indetectable).
- Tiempo de exposición al TAR: definido por el tiempo en años transcurrido desde el primer tratamiento antirretroviral que recibió la paciente.

Procedimiento

El estudio se realizó en la UEI del HGUA, desde septiembre de 2017 hasta febrero de 2018. A las pacientes que acudían a su revisión habitual, y cumplían con los criterios de inclusión y no de exclusión, se les explicó el estudio, y si cumplían los criterios de inclusión y no exclusión, y daban su consentimiento por escrito, eran incluidas. Antes de la firma del consentimiento, se les informó de que se trataba de un estudio voluntario, confidencial y anónimo (Anexos 5 y 6).

Las participantes eran entrevistadas el mismo día de su consulta por la psicóloga en prácticas de la unidad. Se les administró la batería de cuestionarios y se realizó una entrevista personal. La recogida de variables clínicas se realizó revisando la historia clínica.

Análisis de datos

Se realizó en tantas etapas como objetivos tiene el estudio.

- Análisis de la población estudiada. Para la descripción de las variables cualitativas, se utilizó la frecuencia absoluta y porcentajes de cada valor de la variable. Para las variables cuantitativas, se verificó el tipo de distribución de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En el caso de seguir una distribución paramétrica se utilizó la media (M) y la desviación estándar (DE), y en el caso de distribución no paramétrica se utilizó la mediana y los percentiles 25 y 75.
- Para realizar el objetivo principal se analizó la presencia o ausencia de disfunción sexual. Se calculó la prevalencia con un intervalo de confianza al 95%

- Para el primer objetivo, se analizó la presencia de ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida. Se calculó la prevalencia de cada una de las variables psicológicas, con un nivel de confianza del 95%.
- Para el segundo y tercer objetivo, se calculó la asociación entre las variables explicativas y de resultado de forma cualitativa. Para cuantificar la magnitud de la asociación se calculó la Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).
- Dentro de los objetivos cuatro y cinco, para analizar cómo se comportaban las asociaciones entre las variables explicativas de forma cuantitativa con las variables de resultado en forma cualitativa, es decir, categorizadas de forma binaria, en alteración o no, se utilizó la prueba *t* de Student o *U* de Mann-Whitney.
- El nivel de significación estadística en los contrastes de hipótesis fue de $p < 0.05$. El análisis de datos se realizó con el programa IBM-SPSS 22.0.

Resultados

Descripción de las variables analizadas

Características sociodemográficas de las participantes del estudio

Se estudiaron 24 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y no de exclusión. El 37,5% de las mujeres tenía más de 40 años, el 45,8% tenía una educación superior. El 79,2% de las mujeres tenían pareja, de las cuáles el 26,3% tenía infección por VIH. El 75% había tenido miedo de transmitir el VIH en alguna ocasión (Tabla 1).

Tabla 1.

Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas (n=24)

Variabales Sociodemográficas	% (n)
Edad	
≤40 años	62,5 (15)
>40 años	37,5 (9)
Situación sentimental	
Soltera	20,8 (5)
Con pareja	79,2 (19)
Pareja VIH	26,3 (5)

Pareja no VIH	73,7 (14)
Nivel educativo	
Estudios superiores	45,8 (11)
No estudios superiores	54,2 (13)
Miedo de transmisión del VIH	
Sí	75 (18)
No	25 (6)

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y subescalas

La prevalencia de DS en mujeres con VIH fue del 58,3% (IC95% 36,5-80,1), con una media de la puntuación en el IFSF de 20,3 y DE 10,8. Respecto a las áreas que conforman la clasificación de la Función sexual femenina, la puntuación media y DE fue: deseo 3,3±1,5; excitación 3,3±2; lubricación 3,3±2,4; orgasmo 3,2±2,4; satisfacción 3,8±1,6; dolor 3,4±2,6, siendo la escala de 0-6 en cada una de las áreas que forman la clasificación de la función sexual femenina (Tabla 2).

Tabla 2.

Estudio descriptivo de Disfunción Sexual y subescalas (n=24)

VARIABLES IFSF	% (IC 95%)	(n)	M±DE
DISFUNCIÓN SEXUAL			20,3±10,8
Sí	58,3 (36,5-80,1)	(14)	
No	41,7 (19,9-63,5)	(10)	
Deseo			3,3±1,5
Excitación			3,3±2
Lubricación			3,3±2,4
Orgasmo			3,2±2,4
Satisfacción			3,8±1,6
Dolor			3,4±2,6

IFSF: Índice de función sexual femenina; IC 95%: intervalo de confianza 95%; M: media; DE: desviación estándar

Características psicológicas de las participantes del estudio

Para el objetivo uno, determinar la prevalencia de ansiedad, depresión, autoestima, y calidad de vida en mujeres VIH, se encontró una prevalencia de ansiedad del 41,7%, y de depresión del 12,5%. El 16,7% presentaba una autoestima baja. Respecto al grado de bienestar y capacidad funcional de las personas, el 25% tenía peor salud física que la media española, el 41,7% tenía peor salud mental que la media española, y en salud global el 29,2% tenía una puntuación inferior a la media española (Tabla 3).

Tabla 3.

Estudio descriptivo de las variables psicológicas (n=24)

Variab les Psicológicas	% (IC 95%)	(n)	M±DE
Ansiedad			8,8±4,4
Sí	41,7 (19,9-63,5)	(10)	
No/borderline	58,3 (36,5-80,1)	(14)	
Depresión			6,4±5,1
Sí	12,5 (2,7-32,5)	(3)	
No/borderline	87,5 (67,6-97,3)	(21)	
Autoestima			29,9±4,8
Baja	16,7 (4,7-37,4)	(4)	
Media/Alta	83,3 (62,6-95,3)	(20)	
Salud Física			69,8±28,7
Peor que la media española	25,0 (9,8-46,7)	(6)	
Mejor que la media española	75,0 (53,3-90,2)	(18)	
Salud Mental			57±25,5
Peor que la media española	41,7 (19,9-63,5)	(10)	
Mejor que la media española	58,3 (36,5-80,1)	(14)	
Salud Global			62,3±25,7
Peor que la media española	29,2 (12,6-51,1)	(7)	
Mejor que la media española	70,8 (48,9-87,4)	(17)	

IC 95%: intervalo de confianza 95%; M: media; DE: desviación estándar

Características clínicas de las participantes del estudio

El 20,8% de las participantes tenía un diagnóstico previo de sida. En cuanto a la carga viral, el 79,2% tenía menos de 50 copias, y la vía de transmisión del VIH más habitual fue heterosexual en el 75% de los casos. El 87,5% lleva más de 5 años viviendo con VIH (Tabla 4).

Tabla 4.

Estudio descriptivo de las variables clínicas (n=24)

Variab les Clínicas	% (n)
CDC	
Sida	20,8 (5)
No sida	79,2 (19)
Nivel de CD4	
>200 linfocitos CD4	87,5 (21)
≤200 linfocitos CD4	12,5 (3)
Carga Viral	
>50 copias	20,8 (5)
<50 copias	79,2 (19)
Vía de transmisión	
Heterosexual	75,0 (18)
No heterosexual	25,0 (6)
UDVP	83,3 (5)
Vertical	16,7 (1)
Años con VIH	
>5 años con VIH	87,5 (21)
≤5 años con VIH	12,5 (3)

Asociación de las variables analizadas con Disfunción sexual

Asociación de las variables sociodemográficas con Disfunción sexual

Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la DS, no encontramos relaciones estadísticamente significativas. No obstante, destacaremos que el 80% de las mujeres solteras presentaba disfunción sexual, frente al 52,6% de las personas que tenían pareja, sin encontrar diferencias significativas ($p=0,358$) (Tabla 5).

Tabla 5.

Asociación de las variables sociodemográficas con Disfunción sexual (n=24)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DS % (n/N)	OR (IC 95%)	P
Edad			
≤40 años	60,0 (9/15)	1,1 (0,5-2,2)	1
>40 años	55,6 (5/9)	1	
Situación sentimental			
Soltera	80,0 (4/5)	0,7 (0,4-1,2)	0,358
Con pareja	52,6 (10/19)	1	
Pareja VIH	60,0 (3/5)	1,2 (0,5-3)	1
Pareja no VIH	50,0 (7/14)	1	
Nivel educativo			
Estudios superiores	54,5 (6/11)	0,9 (0,4-1,8)	1
No estudios superiores	61,5 (8/13)	1	
Miedo de transmisión del VIH			
Sí	55,6 (10/18)	0,8 (0,4-1,7)	1
No	66,7 (4/6)	1	

DS: disfunción sexual; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; OR: Odds Ratio; IC 95%: intervalo de confianza 95%; p: nivel de significación estadística

Asociación de las variables psicológicas con Disfunción sexual

En nuestro objetivo dos, estudiar la asociación entre la DS y la ansiedad, la depresión, la autoestima y la calidad de vida en mujeres VIH, encontramos que de las mujeres que tienen ansiedad, el 80% tiene disfunción sexual, frente al 42,9% que no tiene ansiedad o está en situación borderline ($p=0,104$). Por otro lado, de las mujeres que cumplen con los criterios de depresión, el 100% DS, frente al 52,4% de las que no cumple con los criterios de depresión o está en situación borderline ($p=0,239$). Encontramos una mayor prevalencia de DS en mujeres con autoestima baja frente a aquellas con autoestima alta ($p=0,114$). También existe una mayor prevalencia de DS

entre las mujeres que tienen peor salud física ($p=0,341$), mental ($p=0,421$) y global ($p=0,172$) que la media española, que en las mujeres cuya media está por encima de la puntuación media española, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 6).

Tabla 6.

Asociación de las variables psicológicas con Disfunción sexual (n=24)

Variabes Psicológicas	DS % (n/N)	OR (IC 95%)	P
Ansiedad			
Sí	80,0 (8/10)	1,9 (0,9-3,7)	0,104
No/borderline	42,9 (6/14)	1	
Depresión			
Sí	100 (3/3)	1,9 (1,3-2,9)	0,239
No/Borderline	52,4 (11/21)	1	
Autoestima			
Baja	100 (4/4)	0,5 (0,3-0,8)	0,114
Media/Alta	50,0 (10/20)	1	
Salud Física			
Peor que la media española	83,3 (5/6)	1,7 (0,9-3)	0,341
Mejor que la media española	50,0 (9/18)	1	
Salud Mental			
Peor que la media española	70,0 (7/10)	1,4 (0,7-2,7)	0,421
Mejor que la media española	50,0 (7/14)	1	
Salud Global			
Peor que la media española	85,7 (6/7)	1,8 (1-3,3)	0,172
Mejor que la media española	47,1 (8/17)	1	

DS: disfunción sexual; OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confianza 95%; p: nivel de significación estadística

Asociación de las variables clínicas con Disfunción sexual

En el objetivo 3, estudiar la asociación entre la disfunción sexual y las variables clínicas relacionadas con la infección por VIH, se encontró una mayor prevalencia de DS en las mujeres cuya vía de transmisión había sido HTX, frente a no HTX ($p= 0,192$). El 61,9% de las mujeres que llevaba más de 5 años con la infección por VIH tenía DS, frente al 33% de las mujeres con 5 años o menos desde el diagnóstico ($p = 0,550$) (Tabla 7).

Existían diferencias estadísticamente significativas entre disfunción sexual, de las mujeres que tienen < 200 linfocitos CD4 ($5,8\pm 3,1$) frente a las que tienen ≥ 200 linfocitos CD4 ($22,3\pm 9,9$) ($p= 0,010$), y de las que tienen infección por VIH desde hace > 5 años ($19,1\pm 11,1$), frente a las que tienen infección por VIH desde hace ≤ 5 años ($28,2\pm 3,7$) ($p= 0,021$) (Tabla 8).

Tabla 7.

Asociación de las variables clínicas con Disfunción sexual (n=24)

Variabes Clínicas	DS % (n/N)	OR (IC 95%)	P
CDC			
Sida	80,0 (4/5)	1,5 (0,8-2,8)	0,358
No sida	52,6 (10/19)	1	
Nivel de CD4			
>200 linfocitos CD4	52,4 (11/21)	1,9 (1,3-2,9)	0,239
≤200 linfocitos CD4	100 (3/3)	1	
Carga Viral			
>50 copias	40,0 (2/5)	1,6 (0,5-4,9)	0,615
<50 copias	63,2 (12/19)		
Vía de transmisión			
Heterosexual	66,7 (12/18)	2 (0,6-6,5)	0,192
No heterosexual	33,3 (2/6)		
Años con VIH			
>5 años con VIH	61,9 (13/21)	0,5 (0,1-2,8)	0,550
≤5 años con VIH	33,0 (1/3)		

DS: disfunción sexual; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; OR: Odds Ratio; IC95%: intervalo de confianza 95%; p: nivel de significación estadística

Tabla 8.

Asociación de las variables Clínicas con Disfunción sexual (n=24)

Variabes Clínicas	DS M±DE	P
Nivel de CD4		
>200 linfocitos CD4	22,3±9,9	0,010
≤200 linfocitos CD4	5,8±3,1	
Años con VIH		
>5 años con VIH	19,1±11,1	0,021
≤5 años con VIH	28,2±3,7	

DS: disfunción sexual; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con las distintas subescalas de función

sexual: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción, Dolor

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Deseo

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para relacionar el deseo sexual con las variables psicológicas analizadas. Si bien, las mujeres con ansiedad, depresión, baja autoestima, y peor salud global que la media española, han obtenido una puntuación media

en deseo sexual inferior frente las mujeres sin ansiedad, depresión, baja autoestima o peor salud (Tabla 9).

En cuanto a las variables clínicas, existe una relación estadísticamente significativa entre tener menos de 200 linfocitos CD4 y puntuar más bajo en Deseo. (Tabla 10.) Esta relación también la encontramos al analizar las variables de forma continua ($p=0,040$) (Tabla 11).

Tabla 9.

Asociación de las variables psicológicas con Deseo (n=24)

Variabes Psicológicas	Deseo M±DE	p
Ansiedad		
Sí	3±1,8	
No/borderline	3,8±1,4	0,473
Depresión		
Sí	2,4±1,2	0,304
No/Borderline	3,4±1,6	
Autoestima		
Baja	2,7±1,1	0,426
Media/Alta	3,4±1,6	
Salud Física		
Peor que la media española	3,6±1,7	0,563
Mejor que la media española	3,2±1,5	
Salud Mental		
Peor que la media española	3,3±1,7	0,948
Mejor que la media española	3,3±1,5	
Salud Global		
Peor que la media española	2,9±1,9	0,474
Mejor que la media española	3,4±1,4	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 10.

Asociación de las variables clínicas con Deseo (n=24)

Variabes Clínicas	Deseo M±DE	P
CDC		
Sida	3,4±2	0,893
No sida	3,3±1,5	
Nivel de CD4		
>200 linfocitos CD4	3,5±1,5	0,041
≤200 linfocitos CD4	1,6±0,7	
Carga Viral		
>50 copias	4±1,8	0,196
<50 copias	3±1,4	
Vía de transmisión		
Heterosexual	3,3±1,7	0,894
No heterosexual	3,2±1	
Años con VIH		
>5 años con VIH	3,2±1,6	0,396
≤5 años con VIH	4±1,4	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 11.

Asociación de las variables clínicas con Deseo (n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	Deseo r	P
Nivel de CD4	0,422	0,040
% de CD4	0,274	0,195
Años con VIH	0,035	0,872

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; r: correlación de Pearson; p: nivel de significación estadística

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Lubricación

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre lubricación y las variables psicológicas estudiadas, no obstante, encontramos que la depresión (p 0,073) y la salud global (p 0,054) están próximas a relacionarse. Por otro lado, las mujeres con ansiedad, baja autoestima y peor salud física y mental que la media española, han obtenido puntuaciones inferiores en lubricación (Tabla 12). Por otra parte, las mujeres que puntuaban más bajo en lubricación presentaban una mayor prevalencia de linfocitos CD4 menor o igual a 200 (p <0,001) y más de 5 años con la infección por VIH (p 0,008) (Tabla 13). También observamos que el porcentaje de linfocitos de CD4+ se relacionaba con la puntuación en lubricación (p 0,029) (Tabla 14).

Tabla 12.

Asociación de las variables psicológicas con Lubricación (n=24)

VARIABLES PSICOLÓGICAS	Lubricación M±DE	p
Ansiedad		
Sí	2,4±2,4	0,127
No/borderline	3,9±2,2	
Depresión		0,073
Sí	1±1,2	0,073
No/Borderline	3,6±2,3	
Autoestima		
Baja	2,3±1,4	0,389
Media/Alta	3,5±2,5	
Salud Física		
Peor que la media española	2,4±1,8	0,304
Mejor que la media española	3,6±2,5	

Salud Mental		
Peor que la media española	2,4±2,2	0,113
Mejor que la media española	3,9±2,3	
Salud Global		
Peor que la media española	1,8±1,8	0,054
Mejor que la media española	3,9±2,4	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 13.

Asociación de las variables clínicas con Lubricación (n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	LUBRICACIÓN M±DE	P
CDC		
Sida	1,6±2	0,066
No sida	3,7±2,3	
Nivel de CD4		
>200 linfocitos CD4	3,7±2,2	0,000
≤200 linfocitos CD4	0,2±0,3	
Carga Viral		
>50 copias	3,6±2,3	0,737
<50 copias	3,2±2,4	
Vía de transmisión		
Heterosexual	2,9±2,4	0,226
No heterosexual	4,3±2	
Años con VIH		
>5 años con VIH	3±2,4	0,008
≤5 años con VIH	5±0,6	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 14.

Asociación de las variables clínicas con Lubricación (n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	LUBRICACIÓN r	p
Nivel de CD4	0,324	0,122
% de CD4	0,447	0,029
Años con VIH	-0,129	0,547

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; p: nivel de significación estadística; r: correlación de Pearson

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Excitación

Los problemas de excitación no se han relacionado significativamente con ninguna de las variables psicológicas analizadas. No obstante, podemos observar que las pacientes con ansiedad, depresión, baja autoestima, y peor salud mental y global que la media española, han obtenido una puntuación media inferior en excitación (Tabla 15).

En cuanto a las variables clínicas, existen diferencias estadísticamente significativas para relacionar el recuento de linfocitos CD4 menor o igual a 200 (p 0,038) y llevar con la infección por VIH más de 5 años (p 0,027) y puntuar más bajo en excitación (Tabla 16). En las relaciones de las variables de forma continua, no encontramos diferencias significativas (Tabla 17).

Tabla 15.

Asociación de las variables psicológicas con Excitación (n=24)

Variables Psicológicas	Excitación M±DE	p
Ansiedad		
Sí	2,7±2,4	0,178
No/borderline	3,8±1,7	
Depresión		0,138
Sí	1,7±1,5	
No/Borderline	3,6±2	
Autoestima		0,454
Baja	2,6±1,2	
Media/Alta	3,5±2,1	
Salud Física		0,826
Peor que la media española	3,5±2,3	
Mejor que la media española	3,3±2	
Salud Mental		0,503
Peor que la media española	3±2,3	
Mejor que la media española	3,6±1,9	
Salud Global		0,243
Peor que la media española	2,6±2,5	
Mejor que la media española	3,7±1,8	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 16.

Asociación de las variables clínicas con Excitación (n=24)

Variables Clínicas	Excitación M±DE	P
CDC		
Sida	2,8±2,1	0,533
No sida	3,5±2	
Nivel de CD4		0,038
>200 linfocitos CD4	3,7±1,9	
≤200 linfocitos CD4	1,1±1,2	
Carga Viral		0,331
>50 copias	4,1±1,9	
<50 copias	3,1±2	
Vía de transmisión		0,367
Heterosexual	3,1±2,3	
No heterosexual	4±1	
Años con VIH		0,027
>5 años con VIH	3,1±2	
≤5 años con VIH	5,1±0,9	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 17.

Asociación de las variables clínicas con Excitación (n=24)

Variabes Clínicas	Excitación r	p
Nivel de CD4	0,305	0,147
% de CD4	0,307	0,144
Años con VIH	-0,072	0,737

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; p: nivel de significación estadística; r: correlación de Pearson

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Orgasmo

No existen diferencias estadísticamente significativas para relacionar las dificultades para llegar al orgasmo con las variables psicológicas analizadas. Sin embargo, con un valor de p 0,054 la depresión se aproxima a relacionarse de forma significativa. Consideramos relevante destacar que las mujeres con ansiedad, baja autoestima, y peor salud física, mental y global que la media española, han obtenido puntuaciones inferiores en la capacidad para llegar al orgasmo (Tabla 18).

En cuanto a las variables clínicas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para relacionar una puntuación inferior en orgasmo con: tener un recuento de linfocitos CD4 menor o igual a 200 (p= 0,000) y llevar más de cinco años con la infección por VIH (p= 0,018) (Tabla 19). Al analizar estas variables de forma continua, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de CD4 y la puntuación en orgasmo (p 0,023) (Tabla 20).

Tabla 18.

Asociación de las variables psicológicas con Orgasmo (n=24)

Variabes Psicológicas	Orgasmo Media±DE	p
Ansiedad		
Sí	2,3±2,2	0,110
No/borderline	3,9±2,3	
Depresión		0,054
Sí	0,8±1,4	
No/Borderline	3,6±2,3	
Autoestima		0,261
Baja	2±1,4	
Media/Alta	3,5±2,5	
Salud Física		0,413
Peor que la media española	2,5±2,3	
Mejor que la media española	3,5±2,4	
Salud Mental		

Peor que la media española	2,6±2,6	0,276
Mejor que la media española	3,7±2,1	
Salud Global		
Peor que la media española	2±2,3	0,119
Mejor que la media española	3,7±2,3	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 19.
Asociación de las variables clínicas con Orgasmo
(n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	ORGASMO M±DE	P
CDC		
Sida	1,8±2,5	0,118
No sida	3,6±2,2	
Nivel de CD4		
>200 linfocitos CD4	3,7±2,1	0,000
≤200 linfocitos CD4	0±0	
Carga Viral		
>50 copias	4±2,5	0,426
<50 copias	3±2,4	
Vía de transmisión		
Heterosexual	3±2,4	0,329
No heterosexual	4±2,3	
Años con VIH		
>5 años con VIH	3±2,4	0,018
≤5 años con VIH	5±0,8	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 20.
Asociación de las variables clínicas con Orgasmo (n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	ORGASMO r	p
Nivel de CD4	0,336	0,108
% de CD4	0,462	0,023
Años con VIH	-0,097	0,653

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; p: nivel de significación estadística; r: correlación de Pearson

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Satisfacción

La satisfacción sexual de las mujeres de nuestro estudio no se ha relacionado significativamente con las variables psicológicas analizadas. Sin embargo, con un valor de p 0,069, la ansiedad se aproxima a relacionarse de forma significativa. Por otro lado, podemos

observar que las mujeres con depresión, ansiedad, baja autoestima, o peor salud global y mental que la media española, puntúan más bajo en satisfacción sexual (Tabla 21).

En cuanto a las variables clínicas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para relacionar el nivel de CD4 con la puntuación en satisfacción ($p=0,026$) (Tabla 23). En las variables continuas no encontramos diferencias significativas (Tabla 22).

Tabla 21.

Asociación de las variables psicológicas con Satisfacción (n=24)

Variables Psicológicas	Satisfacción	p
	M±DE	
Ansiedad		
Sí	3±1,4	0,069
No/borderline	4,3±1,6	
Depresión		0,422
Sí	3±0,8	
No/Borderline	3,9±1,7	
Autoestima		0,439
Baja	3,2±1,6	
Media/Alta	3,9±1,6	
Salud Física		0,476
Peor que la media española	4,2±1,4	
Mejor que la media española	3,6±1,7	
Salud Mental		0,647
Peor que la media española	3,6±1,8	
Mejor que la media española	3,9±1,5	
Salud Global		0,500
Peor que la media española	3,4±1,7	
Mejor que la media española	3,9±1,6	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 22.

Asociación de las variables clínicas con Satisfacción (n=24)

Variables Clínicas	Satisfacción	P
	M±DE	
CDC		0,782
Sida	3,6±1,5	
No sida	3,8±1,7	
Nivel de CD4		0,339
>200 linfocitos CD4	3,9±1,6	
≤200 linfocitos CD4	2,9±1,2	
Carga Viral		0,972
>50 copias	3,8±2,2	
<50 copias	3,8±1,5	
Vía de transmisión		0,407
Heterosexual	3,6±1,6	
No heterosexual	4,3±1,6	
Años con VIH		

>5 años con VIH	3,7±1,6	0,490
≤5 años con VIH	4,4±1,8	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 23.

Asociación de las variables clínicas con Satisfacción (n=24)

VARIABLES CLÍNICAS	Satisfacción	p
	r	
Nivel de CD4	0,453	0,026
% de CD4	0,313	0,136
Años con VIH	-0,006	0,976

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; p: nivel de significación estadística; r: correlación de Pearson

Asociación de las variables psicológicas y clínicas con Dolor

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el dolor en las relaciones sexuales con presentar ansiedad (p 0,015), depresión (p 0,033), peor salud mental que la media española (p 0,008) y peor salud global que la media española (p 0,016). Por otro lado, aunque no con valores estadísticamente significativos, observamos que las mujeres con baja autoestima y peor salud física que la media española, han obtenido una puntuación media inferior en las preguntas relacionadas con el dolor sexual, lo que significa una puntuación peor o más cercana a los problemas de dolor durante las relaciones sexuales (Tabla 24).

En cuanto a las variables clínicas analizadas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para relacionar una puntuación inferior en las preguntas sobre dolor en las relaciones sexuales y tener un recuento de linfocitos CD4 menor o igual a 200 (p < 0,001), y presentar infección por VIH más de 5 años (p 0,025) (Tabla 25). De forma continua se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación en Dolor y el porcentaje de CD4 (p 0,049) (Tabla 26).

Tabla 24.

Asociación de las variables psicológicas con Dolor (n=24)

VARIABLES PSICOLÓGICAS	Dolor	p
	M±DE	
Ansiedad		
Sí	1,9±2,1	

No/borderline	4,4±2,5	0,015
Depresión		
Sí	0,4±0,7	0,033
No/Borderline	3,8±2,5	
Autoestima		
Baja	2,4±2,6	0,431
Media/Alta	3,6±2,6	
Salud Física		
Peor que la media española	2,3±2,5	0,244
Mejor que la media española	3,7±2,6	
Salud Mental		
Peor que la media española	1,8±1,9	0,008
Mejor que la media española	4,5±2,5	
Salud Global		
Peor que la media española	1,4±1,8	0,016
Mejor que la media española	4,2±2,5	

M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 25.

Asociación de las variables clínicas con Dolor (n=24)

Variabes Clínicas	Dolor M±DE	P
CDC		
Sida	1,5±2,6	0,076
No sida	3,9±2,5	
Nivel de CD4		
>200 linfocitos CD4	3,8±2,4	0,000
≤200 linfocitos CD4	0±0	
Carga Viral		
>50 copias	3,4±2,5	0,995
<50 copias	3,4±2,7	
Vía de transmisión		
Heterosexual	2,9±2,6	0,124
No heterosexual	4,8±2,4	
Años con VIH		
>5 años con VIH	3,2±2,8	0,025
≤5 años con VIH	4,7±0,2	

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; M: media; DE: desviación estándar; p: nivel de significación estadística

Tabla 26.

Asociación de las variables clínicas con Dolor (n=24)

Variabes clínicas	Dolor R	p
Nivel de CD4	0,339	0,105
% de CD4	0,406	0,049
Años con VIH	-0,044	0,839

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; p: nivel de significación estadística; r: correlación de Pearson

Discusión

Tras analizar los resultados, en cuanto a nuestro objetivo principal podemos afirmar que se cumple nuestra hipótesis, ya que hemos observado una prevalencia elevada de DS en las mujeres con infección por VIH fértiles, siendo la prevalencia del 58,3% (36,5-80,1). Resultados que distan notablemente de los encontrados en el estudio de Portillo, Pérez y Royuela (2017), en el que se establecía una prevalencia de disfunción sexual del 33% en mujeres sin infección por VIH fértiles. Nuestros datos reflejan la presencia de una mayor prevalencia de DS en las mujeres con infección por VIH, con respecto a la población general.

La vulnerabilidad social en la que viven las mujeres con infección por VIH es un factor que expone a este colectivo a una serie de estresores que pueden afectar a su bienestar emocional. Tal como afirman Morrison y colaboradores (2002), el estado de ánimo, los factores psicológicos, y las alteraciones mentales que intervienen en la infección por VIH tienen un impacto importante en la calidad de vida de la persona que lo padece. Nuestro primer objetivo, determinar la prevalencia de ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida en mujeres con infección por VIH fértiles, observamos una prevalencia elevada de ansiedad 41,7% (19,9-63,5) y peor salud mental, 41,7% (19,9-63,5). Por lo que se cumple parcialmente nuestra segunda hipótesis.

La presencia de problemas clínicos de ansiedad y depresión en portadores del VIH ha sido ampliamente reportada por la literatura. No obstante, en nuestro estudio se han encontrado bajos niveles de depresión en las mujeres analizadas, 12,5% (2,7-32,5). Con respecto a estos datos, podría pensarse que el apoyo brindado por el personal del hospital donde se realizó el estudio, y los años conviviendo con la infección (el 87,5% lleva más de 5 años con la infección por VIH), podrían considerarse un factor protector, y por tanto relacionarse con una disminución de este trastorno.

A pesar que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) se describe la relación entre algunas variables psicológicas como la ansiedad o la depresión con la DS, en nuestro segundo objetivo, estudiar la asociación entre disfunción sexual y ansiedad,

depresión, autoestima y calidad de vida, no observamos diferencias estadísticamente significativas como para afirmar que exista una relación entre dichas variables. Sin embargo, existía una mayor prevalencia de DS en las mujeres que cumplían con los criterios de ansiedad, depresión, autoestima baja, y salud física, mental y global inferior a la media española, que en las mujeres con puntuaciones favorables en dichas variables. En este caso no se cumple la hipótesis de relación entre las variables psicológicas y tener DS. Es posible que el número reducido de mujeres analizadas hayan podido condicionar estos resultados.

En cuanto al objetivo 3, estudiar la asociación entre DS y las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la infección por VIH, observamos una relación estadísticamente significativa entre tener DS y un nivel de CD4 menor de 200 linfocitos ($p=0,010$) y llevar más de 5 años con la infección por VIH ($p=0,021$). Probablemente esto está relacionado con que un nivel de $CD4 < 200$ linfocitos, implica menor nivel de salud, y esto puede afectar a la esfera sexual de la mujer afectada. En cuanto a la duración de la infección, el hecho de haber estado más tiempo expuesto a la infección por VIH afecta a nivel psicológico (Nieuwkerk et al, 2001) y por tanto a la esfera sexual. Podemos decir que nuestra hipótesis se cumple parcialmente.

Al igual que en la DS, esperábamos encontrar relaciones estadísticamente significativas entre cada una de las subescalas de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y las variables psicológicas analizadas. Se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre dolor en las relaciones sexuales y ansiedad ($p=0,015$), depresión ($p=0,033$), peor salud mental que la media española ($p=0,008$) y peor salud global que la media española ($p=0,016$). Por lo que nuestra hipótesis se cumple parcialmente.

Por otro lado, nos gustaría destacar que las mujeres con ansiedad, depresión, autoestima baja y peor salud mental y global que la media española, obtuvieron puntuaciones inferiores en todas las subescalas de función sexual, por lo que pensamos que con un mayor número de mujeres analizadas hubiéramos encontrado relaciones significativas entre dichas variables.

Del mismo modo, también se esperaba encontrar relaciones estadísticamente significativas entre cada una de las subescalas de función sexual, y las variables clínicas analizadas. Se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre tener menos de 200 linfocitos CD4 y peores puntuaciones en deseo ($p=0,041$); lubricación ($p=0,000$); excitación ($p=0,038$); orgasmo ($p=0,000$) y dolor ($p=0,000$). Además, un menor nivel de CD4 se correlaciona con menor puntuación en satisfacción ($p=0,026$). Llevar más de 5 años con la infección por VIH se relaciona significativamente con la puntuación en lubricación ($p=0,008$); excitación ($p=0,027$); orgasmo ($p=0,018$) y dolor ($p=0,025$). El porcentaje de CD4 se relaciona significativamente con la puntuación en lubricación ($p=0,029$); orgasmo ($p=0,023$) y dolor ($p=0,049$). Podemos afirmar que se cumple nuestra hipótesis. Como ya hemos comentado, el porcentaje y el nivel de CD4, influyen en el nivel de salud y por tanto a nivel sexual, del mismo modo que la duración de la infección afecta a nivel psicológico y, por tanto, también a nivel sexual.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, de acuerdo con el DSM-V, el diagnóstico de DS se establece a partir de los seis meses de presentar la sintomatología, por lo que para confirmar los resultados sería necesaria una segunda fase. Otro factor a considerar es que se trata de un estudio observacional, por lo que no podemos saber la relación causa- efecto entre las variables analizadas. Como principal limitación de nuestro estudio, encontramos el reducido tamaño muestral analizado debido a la dificultad para encontrar mujeres VIH fértiles, ya que la mayoría de ellas adquirió el virus en los 80 y no está en edad fértil. Como fortaleza, destacamos que en nuestro estudio, no incluimos a mujeres embarazadas o con menopausia, por lo que los resultados no se ven afectados por dichos factores de confusión, y por tanto la prevalencia será similar a la real.

De nuestro estudio concluimos que existe una prevalencia elevada de DS en mujeres con infección por VIH, y que esta es mayor que en las mujeres sin infección por VIH. Las mujeres con infección VIH presentan mayor ansiedad, depresión, autoestima baja, y peor salud mental y global que la media española, obtienen puntuaciones inferiores en cada una de las subescalas de función sexual, resultados que motivan la realización de nuevos estudios con tamaños muestrales

mayores, de los que se esperaría obtener relaciones significativas. Por otro lado, las variables clínicas nivel de linfocitos CD4 menor de 200, y llevar más de 5 años con la infección por VIH, se relacionan significativamente con la mayoría de las subescalas de función sexual.

El estudio de la disfunción sexual femenina sigue siendo una realidad que pasa desapercibida en el contexto de la salud en nuestro país. Debido a la alta prevalencia de DS en mujeres con infección por VIH, y la falta de visibilidad de este problema, vemos fundamental la realización de nuevos estudios que indaguen más sobre este tema y la realización de planes de actuación en consulta, que ofrezcan la atención necesaria a las mujeres con este tipo de trastorno.



Referencias

- Alonso, J., Vilagut, G., Valderas, J., Ferrer, M., Garín, O., y López, E. (2002). Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario de Salud SF-12. BiblioPRO. Instituto Municipal de Investigaciones Médicas, Barcelona. Recuperado el 13 de Enero de 2018 en: <http://iryss.imim.es/iryss>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Blumel, J., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F., y Gramegna, G. (2002). Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women: Influence of menopause and hormone replacement therapy. *Revista médica de Chile*, 130(10), 1131-1138.
- Blümel, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., y Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología* 69(2), 118-25.
- Carter, A., Greene, S., Money, D., Sanchez, M., Webster, K., Nicholson, V., Whitbread, J., Salters, K., Patterson, S., Loutfy, M., Pick, N., Brotto, L., Hankins, C., y Kaida, A. (2017). The Problematization of Sexuality among Women Living with HIV and a New Feminist Approach for Understanding and Enhancing Women's Sexual Lives. *Sex Roles*, 77 (11-12), 779-800.
- Denis, A., y Hong, S. (2003). Sexual functioning of women with HIV: A comparison with non-HIV women. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 12, 97-107.
- Echeburúa, E. (1995). Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca.
- Eduardo, H. (2007). SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). *Revista Medica Herediana*, 18(4), 181-183.

- Fabrés, J. (2009). Dossier especial. Envejecer con VIH: qué podemos esperar cuando nos hacemos mayores. Recuperado el 13 de Enero de 2018 de: http://www.portalsida.org/repos/Envejecer_con_vih_gTt.pdf
- Florence, E., Schrooten, W., Dreezen, C., Gordillo, V., Nilsson, L., Asboe, D., Koitz, G., Colebunders, R., & Eurosupport Study Group. (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in HIV-positive women in Europe. *AIDS Care*, 16, 550-7.
- Gueler, A., Moser, A., Calmy, A., Günthard, H., Bernasconi, E., Furrer, H., Fux, C., Battegay, M., Cavassini, M., Vernazza, P., Zwahlen, M., y Egger, M. (2017). Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*, 31(3), 427-436.
- Gurung, R., Taylor, S., Kemeny, M. y Myers, H. (2004). «HIV is not my Biggest Problem». The Impact of HIV and Chronic Burden on Depression in Women at Risk for AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(4), 490-512.
- Hernández, J. (2007). Montárselo en positivo. Una guía de salud sexual para las personas que viven con VIH. Recuperado el 3 de Enero de 2018 de: http://gtt-vih.org/files/active/0/gTt_Montarselo_n_Positivo_2.pdf
- Holguín, A., y Soriano, V. (2000). Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Medicina Clínica*, 115 (20), 775-8.
- Infosida (2018). ¿Qué es y cómo actúa el VIH? Recuperado el 5 de Enero de 2018, de: <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- Lucas, M., y Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. Elsevier.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2008). Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH. Recuperado el 16 de Enero de 2018 de:

<http://www.mspsi.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., y Gettes, D. (2002). Depressive and Anxiety Disorders in Women with HIV Infection. *The American Journal of Psychiatry* 159(5), 789-796.
- Nazareth, I., Boynton, P., y King, M. (2003). Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *BMJ*, 327, 423-432.
- Nieuwkerk, P., Gisolf, E., Reijers, M., Lange, J., Danner, S., Sprangers, M., Native Study Group, Prometheus Study Group y Adam Study Group. (2001). Long-term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV-1 infection. *AIDS*, 15: 1985-1991.
- ONUSIDA. (2016). Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Recuperado el 23 de Enero de 2018 de: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). VIH/SIDA y salud mental. Recuperado el 5 de Enero de 2018 de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Recuperado el 23 de Enero de 2018 de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- Pierret, J. (2000). Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. *Cuadernos médico sociales*, 77: 35-44.
- Portillo, S., Pérez, T., y Royuela, A. (2017). Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Revista oficial de Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*, 60(4), 320-327.

Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J., y Peri, J. (1989). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 13, 233-8.

Wright, J. y O'Connor, K. (2015). Female sexual dysfunction. *Medical Clinics of North America*, 99, 607-628.



Anexos

Anexo I

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

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 en completa confidencialidad.

Marque sólo una alternativa por pregunta

- 1. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió deseo o interés sexual?**
 - a) Siempre o casi siempre
 - b) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 - c) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - d) Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
 - e) Casi nunca o nunca

- 2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?**
 - a) Muy alto
 - b) Alto
 - c) Moderado
 - d) Bajo
 - e) Muy bajo o nada

- 3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual?**
 - a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alta
 - c) Alta
 - d) Moderada
 - e) Baja
 - f) Muy baja o nada

- 4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasificaría su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?**
 - a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alto
 - c) Alto
 - d) Moderado
 - e) Bajo
 - f) Muy bajo o nada

- 5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted en sí mismo de lograr excitación sexual durante la actividad sexual?**
 - a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alta confianza
 - c) Alta confianza
 - d) Moderada confianza

- e) Baja confianza
 - f) Muy baja o nada de confianza
- 6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 - d) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - e) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f) Casi nunca o nunca
- 7. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 - d) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - e) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f) Casi nunca o nunca
- 8. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de difícil le fue lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Levemente difícil
 - f) Sin dificultad
- 9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre la mantengo
 - c) La mayoría de las veces la mantengo (más de la mitad de las veces)
 - d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad de las veces)
 - e) Pocas veces la mantengo (menos de la mitad de las veces)
 - f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
- 10. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de difícil le es mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Levemente difícil
 - f) Sin dificultad

- 11. En las últimas 4 semanas, cuando tiene estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
 - d) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
 - e) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - f) Casi nunca o nunca
- 12. En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿Le ha sido difícil alcanzar el orgasmo o clímax?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Levemente difícil
 - f) Sin dificultad
- 13. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy satisfecha
 - c) Moderadamente satisfecha
 - d) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - e) Moderadamente insatisfecha
 - f) Muy insatisfecha
- 14. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?**
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy satisfecha
 - c) Moderadamente satisfecha
 - d) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - e) Moderadamente insatisfecha
 - f) Muy insatisfecha
- 15. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de satisfecha está con su relación sexual con su pareja?**
- a) Muy satisfecha
 - b) Moderadamente satisfecha
 - c) Ni satisfecha ni insatisfecha
 - d) Moderadamente insatisfecha
 - e) Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo de satisfecha está con su vida sexual en general?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- d) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
- e) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- f) Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia sintió molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- d) A veces (alrededor de la mitad de las veces)
- e) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- f) Casi nunca o nunca

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

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Regular
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Marque con un aspa (x) la afirmación que haya elegido. (La casilla derecha queda reservada para el examinador 0-3).

1	Me siento tenso/a o nervioso/a :		
	<input type="checkbox"/>	Casi todo el día.	
	<input type="checkbox"/>	Gran parte del Día	
	<input type="checkbox"/>	De vez en cuando	
	<input type="checkbox"/>	Nunca.	
2	Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre :		
	<input type="checkbox"/>	Ciertamente, igual que antes	
	<input type="checkbox"/>	No tanto como antes	
	<input type="checkbox"/>	Solamente un poco	
	<input type="checkbox"/>	Ya no disfruto con nada	
3	Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder :		
	<input type="checkbox"/>	Sí , y muy intenso	
	<input type="checkbox"/>	Sí , pero no muy intenso	
	<input type="checkbox"/>	Sí , pero no me preocupa	
	<input type="checkbox"/>	No siento nada de eso	
4	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas :		
	<input type="checkbox"/>	Igual que siempre	
	<input type="checkbox"/>	Actualmente, algo menos	
	<input type="checkbox"/>	Actualmente, mucho menos	
	<input type="checkbox"/>	Actualmente, en absoluto	

5	Tengo la cabeza llena de preocupaciones		
	<input type="checkbox"/>	Casi todo el día.	
	<input type="checkbox"/>	Gran parte del Día	
	<input type="checkbox"/>	De vez en cuando	
<input type="checkbox"/>	Nunca.		
6	Me siento alegre		
	<input type="checkbox"/>	Nunca	
	<input type="checkbox"/>	Muy pocas veces	
	<input type="checkbox"/>	En algunas ocasiones	
<input type="checkbox"/>	Gran parte del día		
7	Soy capaz de permanecer sentado /a tranquila y relajadamente :		
	<input type="checkbox"/>	Siempre	
	<input type="checkbox"/>	A menudo	
	<input type="checkbox"/>	Raras veces	
<input type="checkbox"/>	Nunca		
8	Me siento Lento/a y Torpe :		
	<input type="checkbox"/>	Gran parte del día	
	<input type="checkbox"/>	A menudo	
	<input type="checkbox"/>	A veces	
<input type="checkbox"/>	Nunca		
9	Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago :		
	<input type="checkbox"/>	Nunca	
	<input type="checkbox"/>	Sólo en algunas ocasiones	
	<input type="checkbox"/>	A menudo	
<input type="checkbox"/>	Muy a menudo		

10	He perdido el interés por mi aspecto personal :		
	<input type="checkbox"/>	Completamente	
	<input type="checkbox"/>	No me cuido como debería hacerlo	
	<input type="checkbox"/>	Es posible que no me cuide como debiera	
	<input type="checkbox"/>	Me cuido como siempre lo he hecho.	
11	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:		
	<input type="checkbox"/>	Realmente mucho	
	<input type="checkbox"/>	Bastante	
	<input type="checkbox"/>	No mucho	
	<input type="checkbox"/>	En absoluto	
12	Espero las cosas con ilusión :		
	<input type="checkbox"/>	Como siempre	
	<input type="checkbox"/>	Algo menos que antes	
	<input type="checkbox"/>	Mucho menos que antes	
	<input type="checkbox"/>	En absoluto	
13	Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor :		
	<input type="checkbox"/>	Muy a menudo	
	<input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia	
	<input type="checkbox"/>	Raramente	
	<input type="checkbox"/>	Nunca	
14	Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de televisión :		
	<input type="checkbox"/>	A menudo	
	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	
	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	
	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	

Nombre: _____

Fecha: _____

1. – Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en la misma medida que los demás.

1	2	3	4
Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. – Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracasado/a.

1	2	3	4
Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. – Creo que tengo varias cualidades buenas.

1	2	3	4
Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. – Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1	2	3	4
Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. – Creo que no tengo muchos motivos para sentirse muy orgulloso/a de mí

1	2	3	4
Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

6. – Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

7. – En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

8. – Desearía valorarme más a mí mismo/a.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

9. – A veces me siento verdaderamente inútil.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

10. – A veces pienso que no sirvo para nada.

1 2 3 4
Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo

El paciente _____, con fecha _____, ha obtenido una puntuación de *0 puntos* en La escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir **varios** pisos por la escalera

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
2. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
3. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
4. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez



Anexo 5

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Número Expediente:	
Título del proyecto:	Prevalencia y factores asociados de Disfunción Sexual en mujeres VIH.
Investigador principal:	Irene Portilla Tamarit
Servicio:	Unidad de Enfermedades Infecciosas
Centro:	Hospital General Universitario de Alicante

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y cuidados médicos.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General Universitario de Alicante.

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

En la unidad de enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario de Alicante, nos hemos propuesto realizar un estudio sobre función sexual en mujeres con VIH.

La **disfunción sexual femenina (DSF)** se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que puede generar estrés personal y tener un efecto negativo significativo sobre la salud sexual femenina, las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Se trata de un trastorno causado por múltiples factores biológicos, hormonales y psicológicos que interactúan.

Según los datos de una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Madrid, en España hay alrededor de un 33% de mujeres premenopáusicas que sufren disfunción sexual femenina. Estos datos destacan la importancia de este problema.

Según los datos de una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Madrid, en España hay alrededor de un 33% de mujeres premenopáusicas que sufren disfunción sexual femenina. Estos datos destacan la importancia de este problema.

Por otro lado, se han encontrado estudios que demuestran el mayor porcentaje de disfunción sexual en las mujeres con VIH. Estos estudios sugieren que las mujeres experimentan descensos en la actividad sexual, la función, la satisfacción y el placer después del diagnóstico de VIH, al menos durante un período, y que son más propensas a experimentar dificultades sexuales y no tener pareja.

Por este motivo, en la Unidad de Enfermedades Infecciosas nos hemos propuesto evaluar la prevalencia de Disfunción Sexual en mujeres VIH, dando una mayor visibilidad a este colectivo, y poder ofrecer un servicio más especializado en este tipo de problemas que afectan considerablemente a la calidad de vida de las personas que lo padecen.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?

El objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia de Disfunción Sexual en mujeres VIH, y analizar la relación entre esta y una serie de variables que pueden estar relacionadas con las disfunciones sexuales, como son la autoestima, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida.

¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?

La duración del estudio se prolongará durante un período de tiempo de 4 meses. Durante este tiempo se recabarán los datos necesarios para la investigación en una entrevista semiestructurada, y a través de una serie de cuestionarios:

- Cuestionario HADS de Ansiedad y Depresión
- Cuestionario de Rosenberg (RSES) de Autoestima
- Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud SF-12
- Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

El pase de los cuestionarios tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente. Si decide participar, se le pedirá que rellene los cuestionarios requeridos para llevar a cabo la investigación.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted recibirá el mismo tratamiento y atención médica participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día de estas enfermedades y ello permitirá idear formas de prevención, manejo y tratamiento mejores que las que poseemos en la actualidad. Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

No existe ningún riesgo.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Datos referentes a la Función Sexual de la paciente, sus niveles de ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida, y datos sociodemográficos, datos relacionados con la infección del VIH y datos relacionadas con la función sexual.

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo, en su caso (Real Decreto 1720/2007).

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y los órganos de asesoramiento del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?

Si Ud precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con Irene Portilla Tamarit o María Berenguer Soler, Teléfono: 965913575

Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Número Expediente:	
Título del proyecto:	
Investigador principal:	

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión. Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña XXX revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "XXX".

FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL INVESTIGADOR:
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

