



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES
SEXUALES EN MUJERES
DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL
DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO
DEL 2015**

PRESENTADO POR

Bach. Obst. KAREN MELISSA CABRERA VILCA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - Compartir igual

CC BY-SA

El autor permite a otros transformar (traducir, adaptar o compilar) esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



U N I V E R S I D A D D E
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE OSTETRICIA Y ENFERMERIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES
SEXUALES EN MUJERES
DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL
DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO
DEL 2015**

TESIS

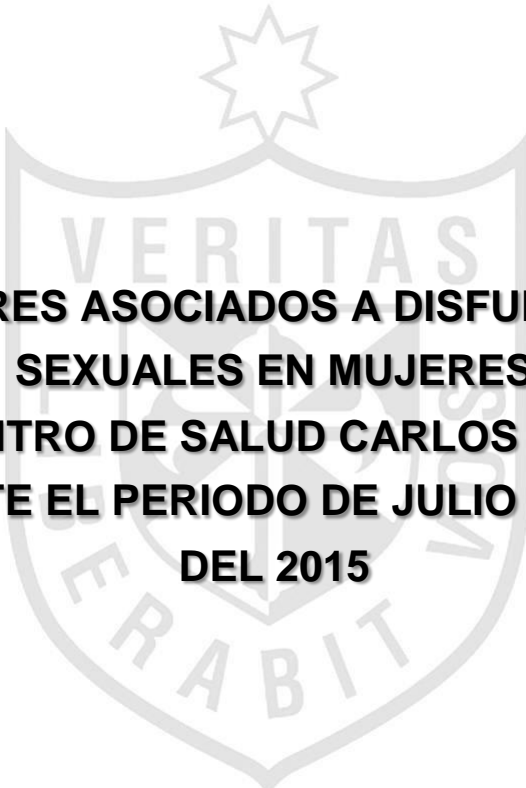
PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR

Bach. Obst. KAREN MELISSA CABRERA VILCA

LIMA, PERÚ

2016



**FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES
SEXUALES EN MUJERES
DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL
DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO
DEL 2015**

DEDICATORIA

A DIOS: Por ser mi creador, el amigo que nunca falta y la luz que guía mi camino.

A MI MAMITA: Por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer que con la sabiduría de DIOS me has enseñado a ser quien soy hoy ,gracias por tu paciencia por enseñarme el camino de la vida, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional en mi vida.

A mi pequeña VIANKA fuiste mi motivación, trajiste sentido a mi vida, eres la causante de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito esta tesis. Agradezco a DIOS por darme tan hermosa compañía y motivación para cada día ser mejor.

Es por ello que hoy les dedico esta tesis, gracias por confiar en mí y darme la oportunidad en esta etapa de mi vida profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre porque tus esfuerzos fueron impresionantes para poder culminar la carrera, gracias por ser un apoyo en mi vida, sé que aun estando lejos te llevo siempre en mi corazón y mente, tengo mucho por agradecerte.

A mi asesora de tesis MG. Obst NELLY MORENO GUTIERREZ por brindarme sus conocimientos, apoyo y asesoría permanente, motivándome hasta culminar de mi trabajo de investigación.

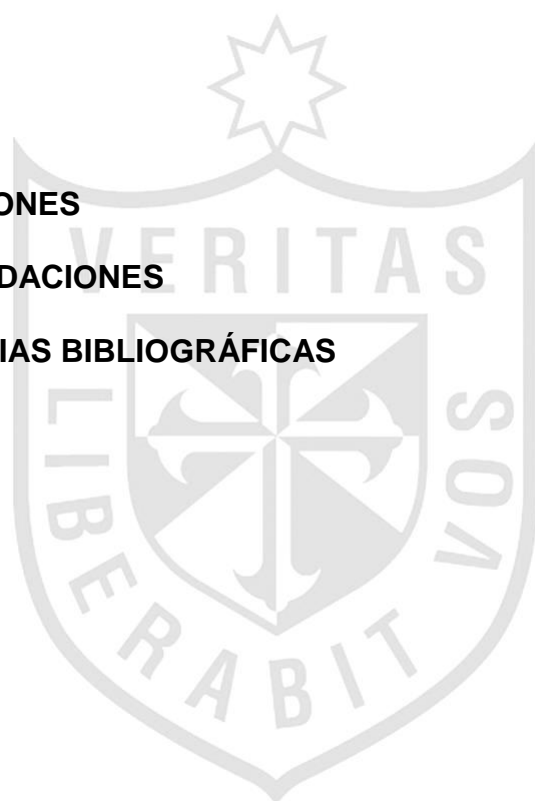
A la Obst. María Alfaro Dávila que me brindo su amistad y su apoyo incondicional motivándome hasta culminar mi trabajo de investigación.

A las autoridades del CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL por su acogimiento y receptividad.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	6
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	7
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	
2.2.1 Universo	6
2.2.2 Muestra	6
2.2.3 Unidad muestral	7
2.2.4 Tamaño de muestra	7
2.2.5 Criterios de selección	
2.2.5.1 Criterios de Inclusión	8
2.2.5. 2 Criterio de Exclusión	8
2.3 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
2.3.1 Variables	9
2.3.2 Operacionalización de variables	10

2.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
2.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	15
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	93



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Nombre	Página
TABLA 1a	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas	
TABLA 1b	Factores personales de las mujeres En edad fértil entrevistadas: Conducta adictiva de riesgo: hábitos	
TABLA 1c	Factores personales de las mujeres En edad fértil entrevistadas: su pareja	
TABLA 2a	Factores sexuales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: antecedentes biológicos	
TABLA 2b	Factores sexuales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: características de la actividad sexual	
TABLA 3A	Factores gineco-obstétricos de las mujeres en edad fértil entrevistadas	
TABLA 4A	Factores de relación integral de la pareja de las mujeres en edad fértil entrevistadas: privacidad	
TABLA 4B	Factores de relación integral de la pareja de las mujeres en edad fértil entrevistadas: problemas pre existentes	
TABLA 4C	Factores de relación integral de la pareja de las mujeres en edad fértil entrevistadas: valoración de la pareja	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Nombre	Página
Gráfico 1Aa	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: edad	
Gráfico 1Ab	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: nivel de escolaridad	
Gráfico 1Ac	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: estado civil	
Gráfico 1Ad	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: creencias religiosas	
Gráfico 1Ba	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: Conducta adictiva de riesgo Hábito de fumar	
Gráfico 1Bb	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: Conducta adictiva de riesgo: Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas	
Gráfico 1Bc	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: conducta adictiva de riesgo: hábito de Consumo de café	
Gráfico 1Be	Factores personales de las mujeres en edad fértil Entrevistadas Conducta adictiva de riesgo: Hábito de auto medicarse	
Gráfico 1Bd	Factores personales de las mujeres En edad fértil entrevistadas: Conducta adictiva de riesgo: Hábito de consumo de drogas no permitidas	
Gráfico 1Bf	Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: Conducta adictiva de riesgo: ninguna	

- Gráfico 1C** Factores personales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: Su pareja
- Gráfico 2A** Factores sexuales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: antecedentes biológicos
- Gráfico 2B** Factores sexuales de las mujeres en edad fértil entrevistadas: características de la actividad sexual
- Gráfico 3** Factores gineco-obstétricos de las mujeres en edad fértil entrevistadas
- Gráfico 4A** Factores de relación integral de la pareja de las mujeres en edad fértil entrevistadas: privacidad
- Gráfico 4b** Factores de relación integral de la pareja de las mujeres en edad fértil entrevistadas: problemas pre existentes



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que se asocian a la presencia de la disfunción sexual femenina en mujeres del centro de salud Carlos Protzel durante el periodo de julio - enero del 2015.

Material y método: Estudio cuantitativo descriptivo, de casos y controles, transversal. La población fueron 120 mujeres en edad fértil, constituyéndose la muestra en 76 de ellas que cumplieron criterios de selección.

Resultados: Los factores **asociados de riesgo:** conducta adictiva, fumar 71.1% vs. 21.1%, bebidas alcohólicas 50.0% vs.10.5%, consumo de café 23.7% vs.73.7%, drogas no permitidas 28.9 % vs. 2.6%, auto medicarse 47.4% vs 21.1 %; primera relación sexual menor de 14 años 60.5% vs 15.8%; en la actividad sexual, dispareunia 39.5% vs. 2.6%, percepción de sequedad vaginal 47.4% vs.23.7%; uso de condón como anticonceptivo 23.7% vs. 13.2%; presencia de niños en la habitación 73.7% vs 28.9 %, ausencia de puertas en el dormitorio 71.1% vs 5.3%; problemas pre existentes como parto distócicos 36.8 % vs 13.2%, estrés 68.4% vs. 39.5%, problemas de pareja 81.6% vs 28.9%. Factores **asociados protectores de riesgo:** inicio espontaneo de actividad sexual, 63.2% vs 81.6%, percepción del orgasmo 26.3% vs. 81.6%; pareja en edades mayores de 35 años 78.9% vs. 55.3%, trabajando 55.3% vs. 81.6%, y con estudios secundaria 63.2 % vs. 84.2 %; disponen de dormitorio propio 55.3 % vs 78.9%; buena actividad sexual 7.9 % vs 86.8 %, buena relación integral, 76.3 % vs 97.4 %.

Conclusión: Existen algunos factores, que se asocian a la presencia de la disfunción sexual femenina en mujeres

Palabras claves: disfunciones sexuales, mujer en edad fértil.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the presence of female sexual dysfunction in women's health center Carlos Protzel during the period from July to January 2015.

Material and Methods: A descriptive quantitative study, case-control, cross. The population were 120 women of childbearing age, constituting the sample in 76 of them that met selection criteria.

Results: The **associated risk factors:** addictive behavior, smoking 71.1% vs. 21.1%, 50.0% alcohol vs. 10.5%, 23.7% coffee consumption vs. 73.7%, drugs not allowed 28.9% vs. 2.6% 47.4% self-medicate vs. 21.1%; first sexual intercourse less than 14 years 60.5% vs. 15.8%; in sexual activity, dyspareunia 39.5% vs. 2.6%, vaginal dryness perception of 47.4% vs. 23.7%; use of condom as a contraceptive 23.7% vs. 13.2%; presence of children in Room 73.7% vs. 28.9%, no doors in the bedroom 71.1% vs. 5.3%; Pre-existing problems such as birth dystocic 36.8% vs. 13.2%, 68.4% vs. stress 39.5%, 81.6% marital problems vs. 28.9%. Risk factors **associated protective:** spontaneous onset of sexual activity, 63.2% vs. 81.6%, perception of orgasm 26.3% vs. 81.6%; couple aged over 35 years 78.9% vs. 55.3%, 55.3% vs. working 81.6%, and 63.2% vs. secondary studies 84.2%; They have their own bedroom 55.3% vs. 78.9%; good sexual activity 7.9% vs. 86.8%, good integral relationship, 76.3% vs. 97.4%.

Conclusion: There are some factors that are associated with the presence of female sexual dysfunction in women.

Keywords: sexual dysfunction, women of childbearing age.

“Una de las glorias de la sociedad es haber creado a la mujer cuando la naturaleza solo la hizo hembra. Haber creado la continuidad del deseo, donde la naturaleza pensó solo en perpetuar la especie, y finalmente, haber inventado el AMOR”.

Honoré de Balzac (1.759-1.850)

INTRODUCCIÓN

La OMS hace referencia a la salud sexual como “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, respetando el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual los mismos que deben ser reconocidos y garantizados” ¹.

El término sexualidad se entiende como el “conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes, tales como la raza, grupo étnico y clase social”. ²

Las mujeres y los hombres expresan su sexualidad de manera diferente, mientras que el orgasmo masculino es representado por la “eyaculación que es esencial para la reproducción, el orgasmo femenino no tiene que ver con el proceso reproductivo”

Los distintos mecanismos que intervienen en la respuesta sexual femenina constituyen aun uno de los grandes enigmas en el conocimiento de la fisiología humana. Las disfunciones sexuales llegan a separar y distanciar a las parejas e incluso afectan los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral ³

La alteración de la salud sexual, se conoce como disfunción sexual. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la define como "una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales". ⁴

Las investigaciones realizadas en Chile sobre disfunción sexual se enmarcan a la capital. Las cuales abordan principalmente a mujeres climatéricas con alguna patología específica o usuarias de terapia de remplazo hormonal. ⁵

Un estudio realizado por Figueroa, Jara y Fuenzalida, ⁵ así como por Del Prado, Flores y Blümel, ⁶, mostró un alto porcentaje de mujeres con disfunción sexual durante el climaterio, alcanzando el 57%, cifra cercana a la descrita en otro estudio nacional similar, que describe una prevalencia de 50,2% de trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas, pero utilizando el test de Laumann, el cual no contempla los dominios lubricación y satisfacción, que sí incluye el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

La mujer está expuesta a los múltiples efectos que ejercen sobre su sexualidad, como el climaterio, la sociedad actual, su pareja, entre otros. En una investigación realizada por Blümel (2009), ⁷ aplicando la encuesta de Laumann, encontró que en las mujeres de 40 años se aprecia una alteración del deseo sexual en el 13.3%, cifra que asciende significativamente a 46.7% en las mujeres de 65 años. En el mismo estudio en el ámbito del dolor sexual,

refleja un aumento de la dispareunia en las mujeres a partir de los 40 años, cifra que disminuye con la edad; esta condición se explica por el abandono de la actividad sexual de las mujeres de 60 años.

Otro estudio que aborda la dispareunia realizado en México por García-Pérez y Harlow (2010),⁸ indica que las mujeres adultas jóvenes (25-34 años) y las mujeres trabajadoras mostraron un mayor riesgo de dispareunia, lo que influye en que cada vez el rango etario disminuye para la aparición de alguna disfunción sexual, además una de cada 19 mujeres en edades de 25 a 54 años ha reducido la frecuencia en el número de relaciones sexuales que ella hubiera deseado tener como resultado de la dispareunia.

Según la Organización Panamericana de la Salud cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas tienen al menos una disfunción sexual, la cual repercute en la calidad de vida de esta población. Las disfunciones sexuales no se diagnostican con frecuencia, porque las pacientes sienten vergüenza y no saben cómo hablar sobre estos problemas, así como también ocurre con muchos profesionales de la salud.⁹

Según lo antes mencionado, las mujeres pueden presentar disfunción antes de los 40 años, el problema surge, cuando se admite prácticamente de forma generalizada que con la edad se produce un descenso general de la actividad, aunque evidentemente existe una considerable variedad individual dependiendo de múltiples circunstancias. En dichas circunstancias influyen características individuales, sociales, familiares, educacionales, culturales e incluso de formación académica.¹⁰

La disfunción sexual se encuentra dentro de una problemática de alta prevalencia en distintas poblaciones estudiadas y siendo un problema

frecuente y complejo, se convierte en un verdadero reto para los diferentes profesionales de la salud en las distintas áreas.

Es necesario indagar sobre las disfunciones sexuales desde el inicio de la entrevista clínica, con una adecuada anamnesis obligadamente discreta ya que con prudencia y firmeza, la opinión del profesional médico suele bastar para transmitir tranquilidad a la paciente; por ello es importante escuchar atentamente, brindar educación sexual, recomendar y derivar de forma oportuna a los servicios especializados ^{9,11}.

El analizar los factores asociados a la disfunción sexual femenina presentes en las mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel significó un paso fundamental, para determinar el impacto de los mismos en la salud de estas mujeres y así poder definir las estrategias adecuadas de actuación sobre esta problemática.

Como profesionales de la salud sexual y reproductiva tenemos un papel decisivo en la identificación temprana de la disfunción sexual femenina. Posiblemente sea uno de los problemas de salud sexual y mental que pasan más desapercibidos o en los que menos queremos profundizar ^{8,12}

De allí que se planteó el siguiente problema:

1.1 PROBLEMA

Cuáles son los factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel durante el periodo de julio a enero del 2015.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivos General

Determinar los factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel durante el periodo de julio - enero del 2015

13.2 Objetivos Específicos

- Identificar factores personales, asociados a la disfunción sexual en mujeres entre las participantes del estudio
- Identificar factores sexuales asociados a distintas formas de la disfunción sexual en mujeres entre las participantes del estudio
- Identificar factores Gineco-obstétricos asociados a la disfunción sexual en mujeres entre las participantes del estudio
- Identificar factores de relación integral de pareja asociados a la disfunción sexual en mujeres entre las participantes del estudio

1.2 HIPÓTESIS.

H_a. Existen algunos factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel.

H_o. No existe ningún factor asociados a disfunciones sexuales en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel.

METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva, de casos y controles, transversal y prospectivo.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

2.2.1 Población

Pacientes mujeres que por primera vez fueron atendidas en Consultorios de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Carlos Protzel, según la Unidad de Estadística del centro de salud fueron **120** mujeres.

2.2.2 Muestra

Pacientes mujeres que fueron atendidas por primera vez (nuevas) en el Consultorio de Ginecología del centro de salud Carlos Protzel que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Para obtener el tamaño de la muestra representativa, se utilizó la formula estadística de proporciones para la población finita considerando para ello “p” como 0.5, un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 0.1

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Total de la población (N)	120
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	
TAMAÑO MUESTRAL (n)	76

Por ello, la muestra representativa fueron **76** mujeres en edad fértil: **38** mujeres en el grupo casos y **38** mujeres en el grupo controles.

2.2.3 Tipo de Muestreo

Para el desarrollo de esta investigación se hizo uso del muestreo probabilístico, simple aleatorio

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron los grupos haciendo la siguiente pregunta:

- ¿Tienes dificultades sexuales?...
 - Si la respuesta es **No**, pasaba al grupo **Control**
 - Si la respuesta es **Sí**, se le hizo la siguiente pregunta:
- La dificultad es...de usted?... de ambos? ...
 - Si la respuesta es **de ella o de ambos**, pasaba a formar parte del grupo **Casos**

2.3.1 Criterios de inclusión. Mujeres con:

- Edad de 15 a 45 años.
- Sexualmente activas (que hayan mantenido relaciones sexuales por lo menos en las últimas 4 semanas).
- Que deseen participar informada, libre y voluntariamente.

2.3.2 Criterios de exclusión. Mujeres con:

- Embarazo.
- Pacientes psicóticas.
- Retardo mental
- Enfermedades malignas y caquectizantes.
- Con infección cervicovaginal u otras vaginales

2.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1 Variables

Variable 1 : Disfunción sexual femenina

Variable 2 : Factores asociados



3.4.2 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
Variable 2: DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.					
Disfunción sexual femenina	Disfunción Sexual	Tener dificultades sexuales (anorgasmia y/o dispareunia)	<input type="checkbox"/> No tienen dificultades <input type="checkbox"/> Si tienen dificultades	Nominal	Cuestionario
Variable	Dimensiones	Definición	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
VARIABLE 1 : FACTORES ASOCIADOS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES					
FACTORES PERSONALES DE LA MUJER	Edad	Años cumplidos, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 19 años • 20 a 24 años • 25 a 29 años • 30 a 34 años • 35 a 39 años • 40 a 44 años 	Intervalo	Cuestionario
	Nivel de escolaridad	Grado más alto de escolaridad, terminado, que alcanzaron las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria, • Secundaria, • Técnico • Universitario 	Ordinal.	
	Estado Conyugal	Condición conyugal, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Conviviente 	Nominal	

FACTORES PERSONALES DE LA MUJER	Creencias religiosas	Fe o credo que profesa la mujer entrevistada, referida por ella misma	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Católica • Testigo de Jehová • Cristiana 	Variable cualitativa nominal politómica	Cuestionario
	Conducta adictiva de riesgo, hábitos tóxicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábito de fumar: ▪ Hábito de consumo de Bebidas alcohólicas ▪ Hábito de café ▪ Hábito de: Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable cualitativa nominal dicotómica	
FACTORES PERSONALES DE LA PAREJA	Ocupación	Trabajo o labor que realiza la pareja sexual, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador • Desocupado 	Nominal	Cuestionario
	Edad	Años cumplidos de la pareja sexual, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 35 años • Más o igual a los 35 años 	Intervalo	
	Nivel de escolaridad	Grado más alto de escolaridad, terminado, que alcanzaron la pareja sexual	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Secundaria</i> • <i>Superior técnica</i> 	Ordinal.	
	Edad de la menarquia	Definida por la edad de la primera menstruación, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 10 a 14 años • Entre 15 a 18 años 	Intervalo	
	Edad de la primera relación sexual	Definida por la edad en que refiere haber tenido	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 13 a 14 años • Entre 15 a 16 años 	Intervalo	

FACTORES SEXUALES		su primera relación sexual			Cuestionario
	Características de la primera relación sexual.	Expresada por la propia mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Espontánea • Forzada 	Nominal	
	Relaciones sexuales	Referida por la mujer <ul style="list-style-type: none"> ▪ En cualquier momento ▪ En etapa menstrual 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nominal	
	Conocimiento del Orgasmo, referida por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcanza el orgasmo 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Nunca 	Nominal	
	Deseo sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del deseo sexual ▪ Ausencia de deseo 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces 	Nominal	
	Coito doloroso o dispareunia	Dolor genital recurrente o persistente en relación con el coito	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces • 	Nominal	
		Sequedad vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
	Número de Embarazos	Se ingresó el número de embarazos referidos	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multigesta 	Nominal	
Número de Partos	Se ingresó el número de partos referidos	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multigesta 	Ordinal		

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS	Número de abortos	Se ingresó el número de abortos referidos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 	Ordinal	Cuestionario
	Métodos contraceptivos utilizados.	Recogidos por las referencias de las mujeres del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonales orales • Hormonales inyectables • Dispositivo intrauterino • Implantes • Condón • Abstinencia sexual 	Nominal	
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE PAREJA	Exploración de condiciones ambientales y sociales que pudieran tener relación con la aparición de disfunciones sexuales	Falta de privacidad	Categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Cuestionario
		Presencia de niños u otra persona en la habitación	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
	Relación de la disfunción sexual con algún evento específico de vida conyugal o de	• Problemas de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		• Problemas de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	

FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE PAREJA	convivencia, referidos por la mujer			
		<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Stress, sobrecarga de roles 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Valoración de la relación con la pareja	Valoración de la función sexual de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular 	Nominal
		Valoración de la relación de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular 	Nominal

3.5 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante un formulario elaborado para el efecto (Anexo 1).

3.5.1 Procedimientos y técnicas:

1. Aprobación del Comité de Investigación y Comité de Bioética de la red Túpac Amaru, previamente se coordinó con la Dirección general y la Dirección de Docencia y Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
2. Firma del consentimiento informado (Anexo 2).
3. Distribución del grupo: Estuvo constituido por dos grupos de Mujeres con el efecto “Disfunción sexual”: CASOS. Mujeres sin el efecto “sin Disfunción sexual”: CONTROLES...
4. Recolección de la información, fue mediante un formulario elaborado para el efecto (cuestionario) validado por Obstetras Especialistas en Salud Sexual y Reproductiva, los días que se realizó el cuestionario fueron los días lunes, miércoles y viernes en el horario de 9 am – 12 pm.

3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Luego de la recolección de los datos en un formulario diseñado para el efecto se procedió al ingreso y tabulación de los mismos por medio de un programa Software estadístico de computación SPSS, PASW Statistics 19, para su análisis y se elaboró tablas y gráficos para una mejor visualización y comprensión.

3.6.1 Prueba de hipótesis:

La hipótesis fue contrastada para la determinación de la prevalencia total y además se cuantificó la asociación de los factores mediante ODDS RATIOS (OR) de la Disfunción Sexual, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y se consideró estadísticamente significativo a valor $p < 0.05$ de los factores de riesgo asociados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó el cuestionario y test, se hizo bajo el consentimiento informado, el cual asegura la confidencialidad de las participantes y la posibilidad de abandonar la investigación cuando se desee.

Durante todo el estudio se trabajó bajo los resguardos éticos en la investigación, con el respeto a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona; la igual protección de la ley en el ejercicio de los derechos de las personas; el respeto y protección de la vida privada y pública y de la honra de las personas y de su familia; el derecho a la libertad personal y a la seguridad individual; el derecho a la protección de la salud; el derecho de propiedad sobre toda clase de bienes corporales e incorporeales.

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

TABLA 1A. FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS

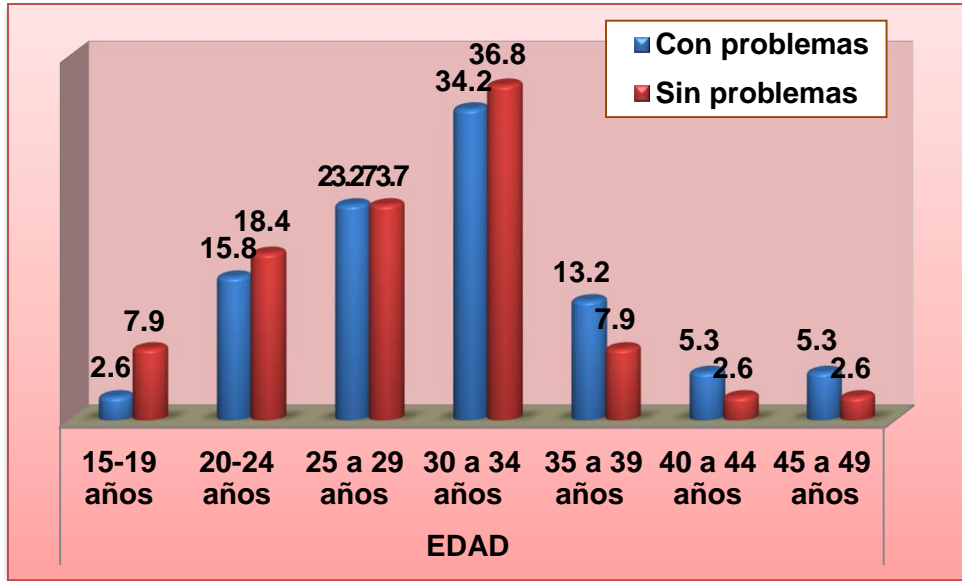
FACTORES	CASOS		CONTROLES		chi ² α<0.05	RR α<0.05	
	Con problemas N°=38	%	Sin problemas N°=38	%			
EDAD							
15-19 años	1	2.6	3	7.9	chi ² = 2.281 gl = 6 p = 0.8921	RR 0.70 IC 0.30 - 1.65	No asociado
20-24 años	6	15.8	7	18.4			
25 a 29 años	9	23.7	9	23.7			
30 a 34 años	13	34.2	14	36.8			
35 a 39 años	5	13.2	3	7.9			
40 a 44 años	2	5.3	1	2.6			
45 a 49 años	2	5.3	1	2.6			
NIVEL DE ESCOLARIDAD							
Primaria	2	5.3	0	0.0	chi ² = 4.473 gl = 3 p = 0.2147	RR 1.27 IC 0.89 - 1.81	No significativo de riesgo
Secundaria	24	63.2	21	55.3			
Técnico	9	23.7	9	23.7			
Universitario	3	7.9	8	21.1			
ESTADO CIVIL							
Soltera	7	18.4	6	15.8	chi ² = 0.1 gl = 2 p = 0.9512	RR 1.09 IC 0.62 - 1.92	
Casada	10	26.3	10	26.3			
Conviviente	21	55.3	22	57.9			
CREENCIAS RELIGIOSAS							
Católica	26	68.4	32	84.2	chi ² = 2.74 gl = 3 p = 0.4334	RR 0.81 IC 0.63 - 1.05	
Testigo de Jehová	5	13.2	2	5.3			
Cristiana	5	13.2	3	7.9			
Pentecostal	2	5.3	1	2.6			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

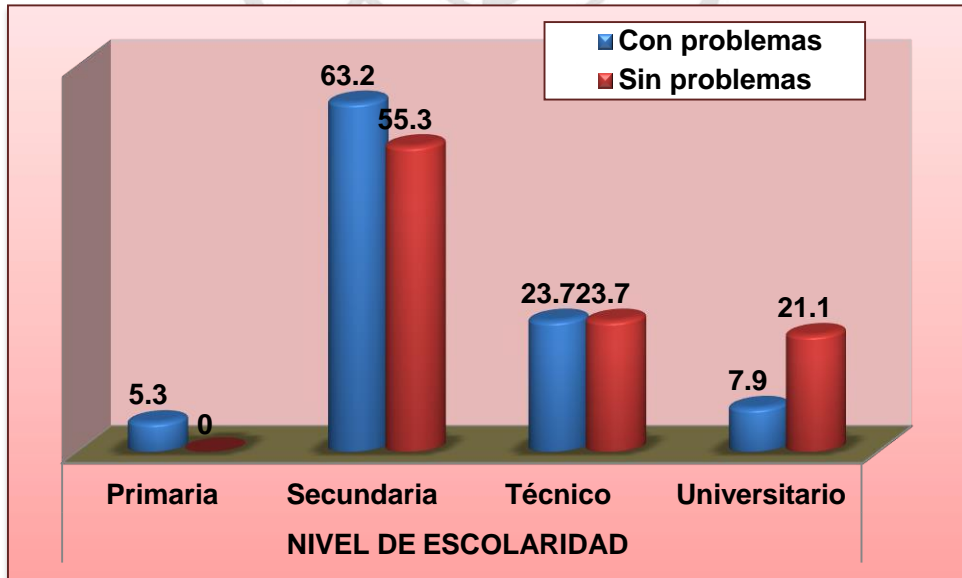
- **Edad** entre los 30 a 34 años, para el grupo casos (34.2%) e igualmente para el grupo controles (36.8%). Al análisis se encontró no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.
- **Nivel de escolaridad**, en el nivel secundaria se encontró para el grupo casos (63.2%) y para el grupo controles (55.3%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.
- **Estado civil**, conviviente: para el grupo casos (55.3%) y para el grupo controles (57.9%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa y no es factor de riesgo.
- **Creencias religiosas**, católica: para el grupo casos (68.4%) y para el grupo controles (84.2%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa y no es factor de riesgo.

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

**Gráfico 1Aa
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
ENTREVISTADAS: Edad**



**Gráfico 1Ab
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
ENTREVISTADAS: Nivel de escolaridad**

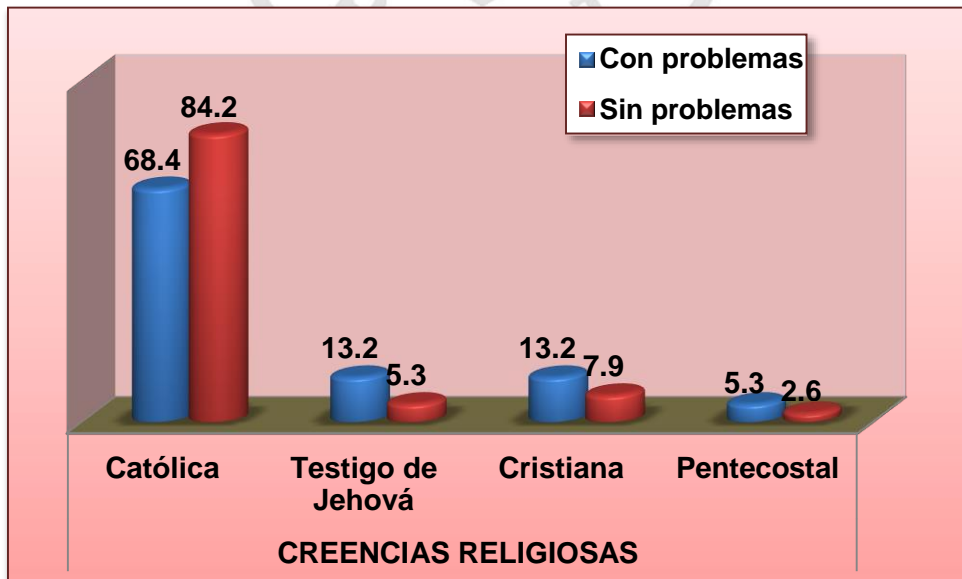


FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

Gráfico 1Ac
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Estado Civil



Gráfico 1Ad
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Creencias Religiosas



**TABLA 1B. FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS:
Conducta adictiva de riesgo: Hábitos**

FACTORES	CASOS		CONTROLES		chi ² α<0.05 gl = 1	RR α<0.05	
	Con problemas N°=38	%	Sin problemas N°=38	%			
Conducta adictiva de riesgo...							
Hábitos de fumar							
<i>Si</i>	27	71.1	8	21.1	chi ² = 19.12 p = 0.0000	RR 3.38 IC 1.76 - 6.45	Asociado, Significativo de riesgo
<i>No</i>	11	28.9	30	78.9			
Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas							
<i>Si</i>	19	50.0	4	10.5	chi ² = 14.03 p = 0.0002	RR 4.75 IC 1.78 - 12.66	Asociado, Significativo de riesgo
<i>No</i>	19	50.0	34	89.5			
Hábitos de consumo de café							
<i>Si</i>	9	23.7	28	73.7	chi ² = 19.01 p = 0.0000	RR 2.90 IC 1.66 – 5.08	Asociado, Significativo de riesgo
<i>No</i>	29	76.3	10	26.3			
Hábitos de consumo de drogas no permitidas							
<i>Si</i>	11	28.9	1	2.6	chi ² = 9.90 p = 0.0017	RR 11 IC 1.49 – 81.05	Asociado, Significativo de riesgo
<i>No</i>	27	71.1	37	97.4			
Hábitos de auto medicarse							
<i>Si</i>	18	47.4	8	21.1	chi ² = 5.85 p = 0.0156	RR 2.25 IC 1.12 – 4.54	Asociado, Significativo de riesgo
<i>No</i>	20	52.6	30	78.9			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Hábitos de fumar**, para casos fue positivo (71.1%), mientras que para los controles fue negativo (21.1%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas**, para casos proporcional para positivo y negativo (50%) y negativo para controles (89.5%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Hábitos de consumo de café**, para casos fue negativo (23.7%) mientras que para los controles fue positivo (73.7%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Hábitos de consumo de drogas no permitidas**, en ambos grupos fue negativo, tanto para casos (71.1%) y para controles (97.4%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Hábitos de auto medicarse**, en ambos grupos fue negativo, tanto para casos (50.2%) como para controles (78.9%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

Gráfico 1Aa
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
ENTREVISTADAS: Conducta adictiva de riesgo: HABITO DE FUMAR

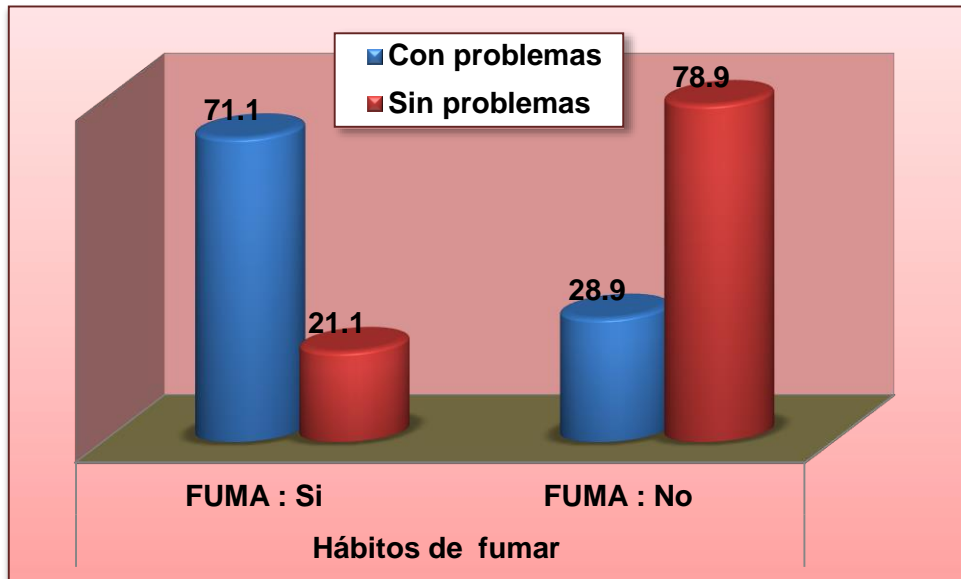
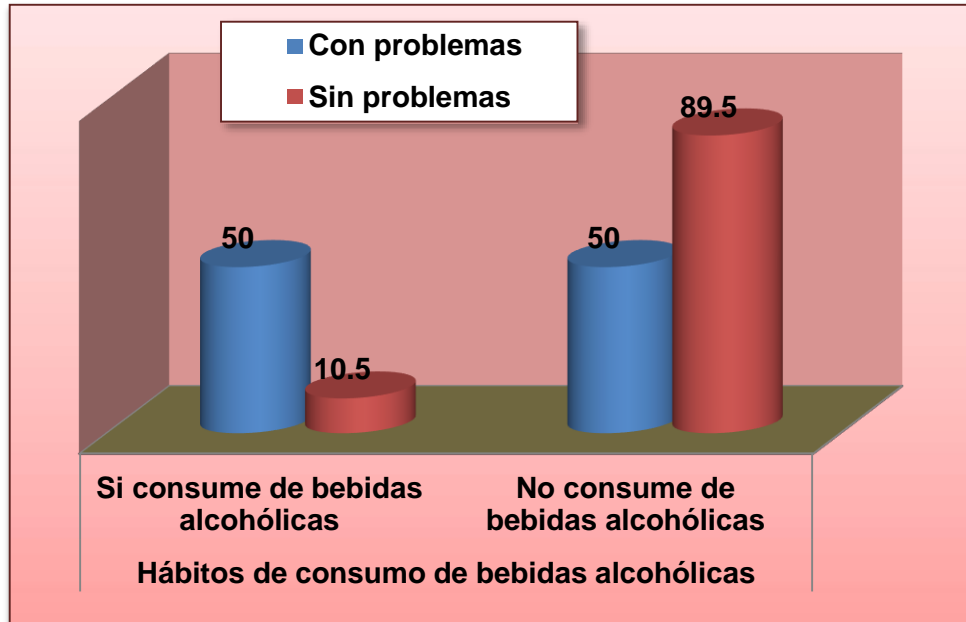


Gráfico 1Ab
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

ENTREVISTADAS: Conducta adictiva de riesgo:
HÁBITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

Gráfico 1Ac
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 ENTREVISTADAS: Conducta adictiva de riesgo: hábito de consumo de
café

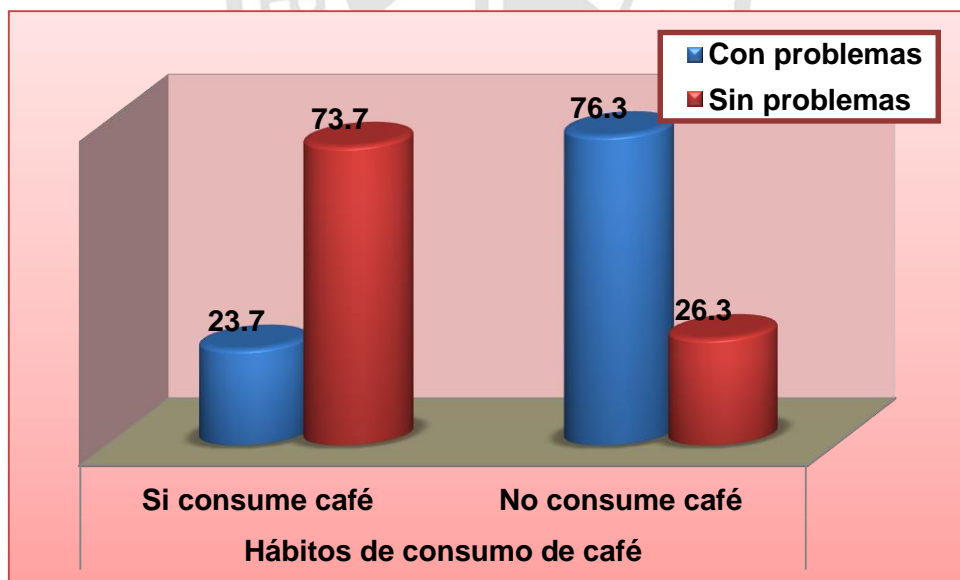
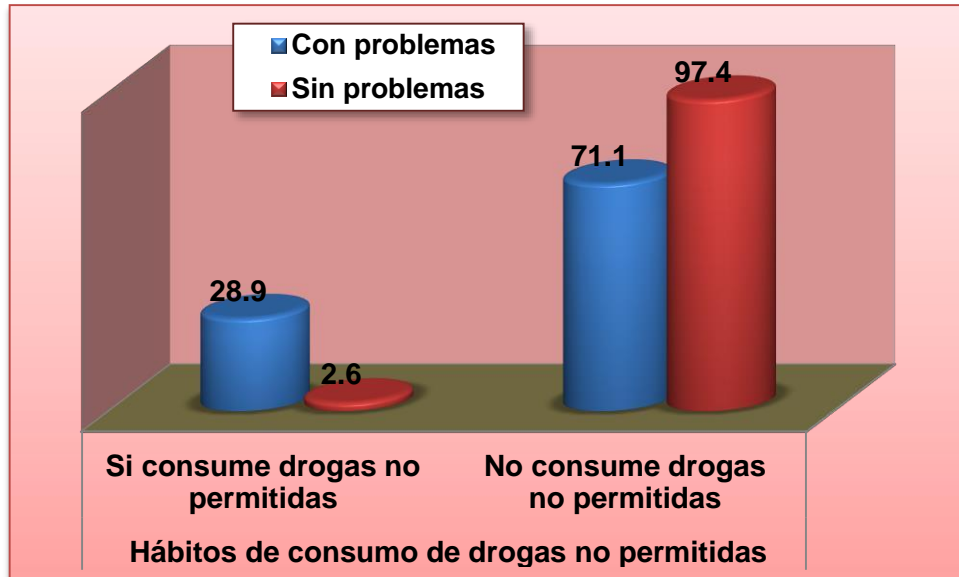


Gráfico 1Ad
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

ENTREVISTADAS: Conducta adictiva de riesgo: Hábito de consumo de drogas no permitidas



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

Gráfico 1Ae
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
 ENTREVISTADAS: Conducta adictiva de riesgo: HABITO DE AUTOMEDICARSE

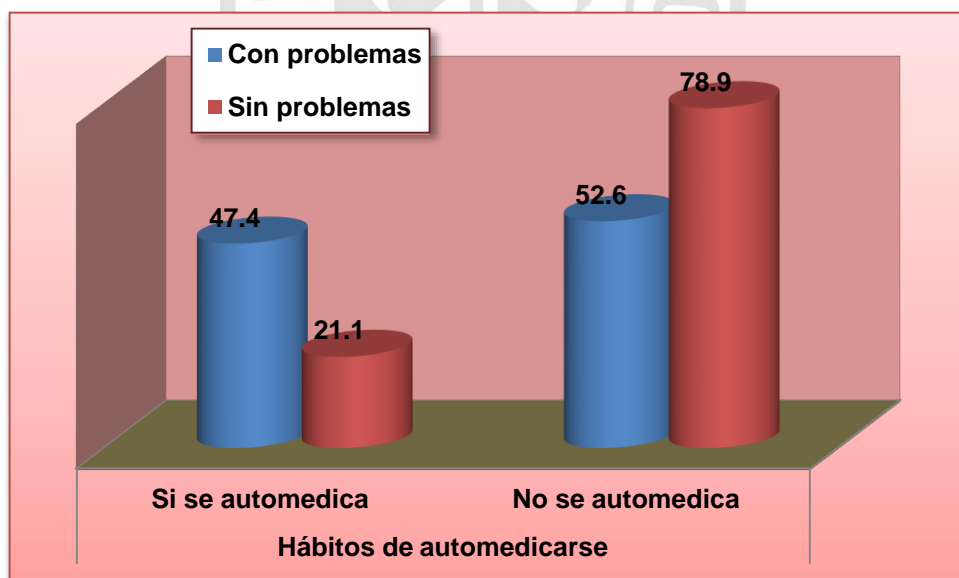


TABLA 1C
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: SU PAREJA

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR α<0.05	
	N°=38	%	N°=38	%			
Edad							
<i>Menos de 35 años</i>	8	21.1	17	44.7	chi ² = 4.83 p=0.0280	RR 0.47 IC 0.23– 0.96	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Más o igual a los 35 años</i>	30	78.9	21	55.3			
Ocupación							
<i>Trabajador</i>	21	55.3	31	81.6	chi ² = 6.09 p = 0.0136	RR 0.86 IC 0.60 – 0.22	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Desocupado</i>	17	39.5	7	13.2			
Nivel de escolaridad							
<i>Secundaria</i>	24	63.2	32	84.2	chi ² = 4.34 p = 0.0372	RR 0.75 IC 0.57 – 0.99	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Superior técnica</i>	14	38.8	6	15.8			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Edad**, Más o igual a 35 años, para casos fue positivo (78.9%), mientras que para los controles fue negativo (55.3%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Ocupación**, Trabajador: para casos fue negativo (55.3%), mientras que para los controles fue positivo (81.6%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Nivel educativo**, Secundaria: para casos fue positivo (63.2%) mientras que para el grupo controles fue negativo (76.3%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.

Gráfico 1B
FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: SU PAREJA

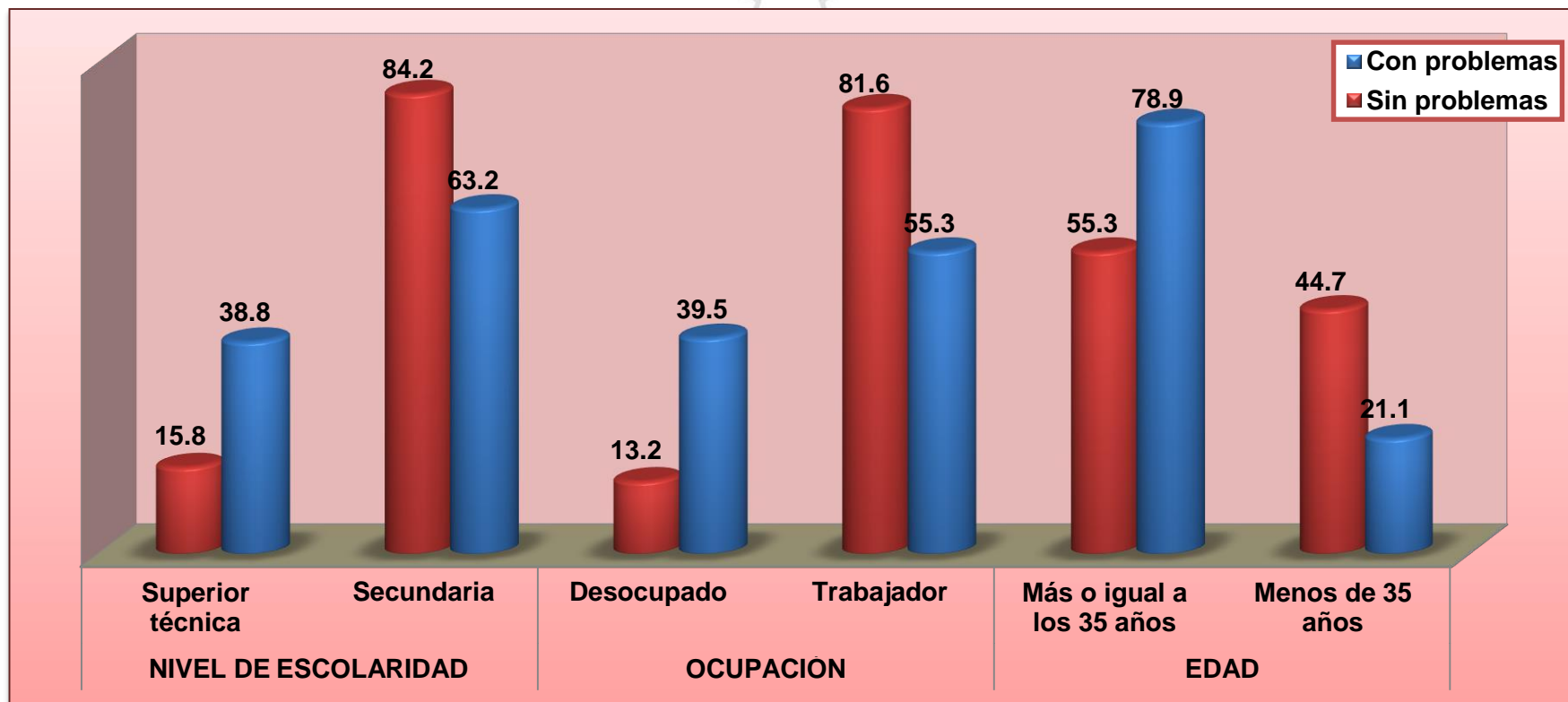
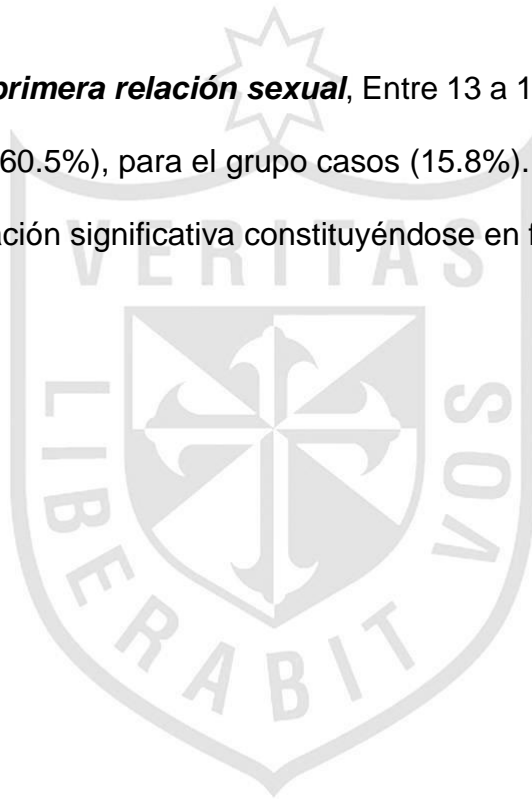


TABLA 2A
FACTORES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Antecedentes Biológicos

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR α<0.05	
	N°=38	%	N°=38	%			
EDAD DE LA MENARQUIA							
<i>Menos de 14 años</i>	29	76.3	34	89.5	chi ² = 2.32 p = 0.1277	RR 0.85 IC 0.69 – 1.05	No significativo de riesgo
<i>Más de 15 años</i>	9	23.7	4	10.5			
EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL							
<i>Menos de 14 años</i>	23	60.5	6	15.8	chi ² = 16.11 p = 0.0002	RR 3.83 IC 1.76 – 8.34	Asociado, Significativo de riesgo
<i>Más de 15 años</i>	15	39.4	32	84.2			

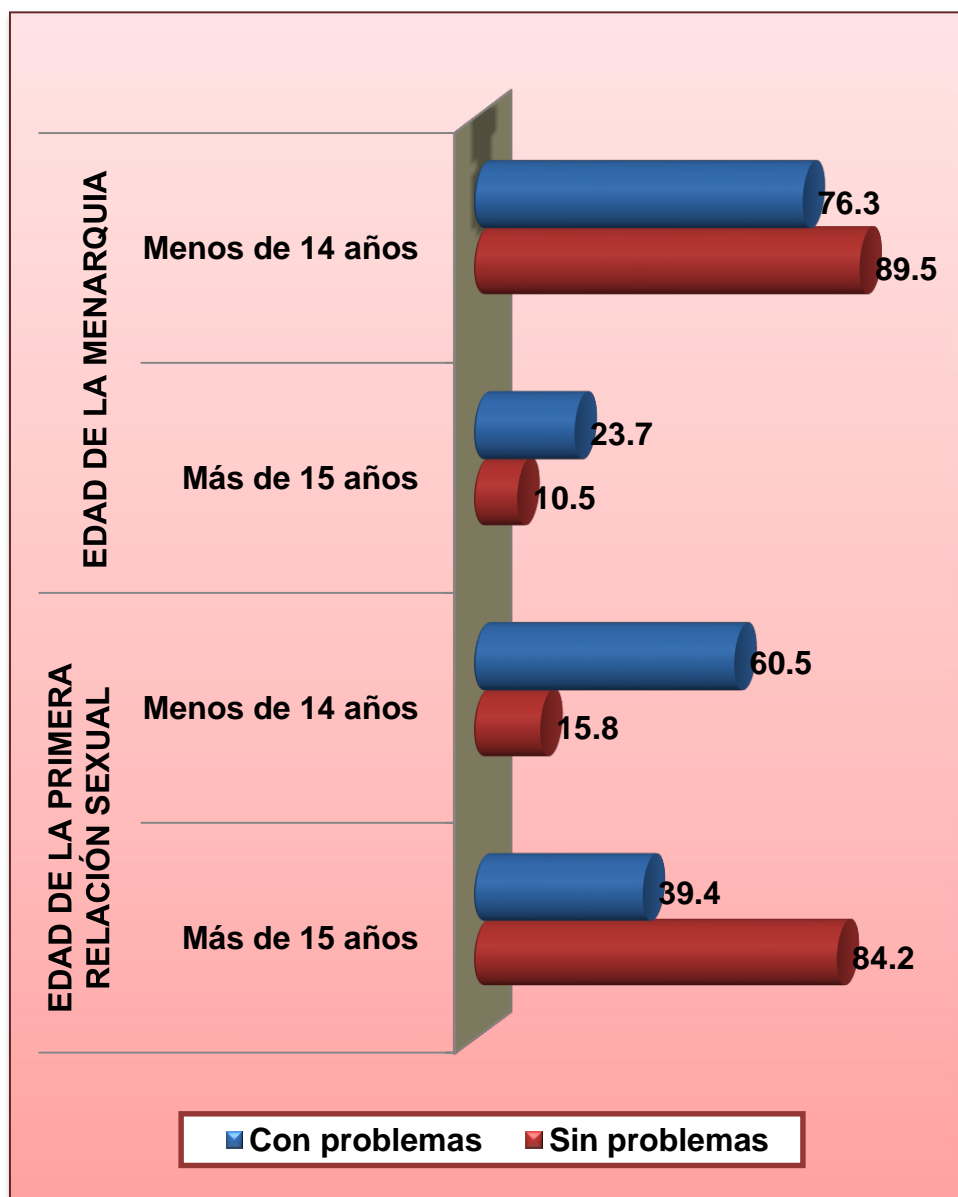
En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Edad de la menarquia**, Entre 10 a 14 años, para el grupo casos (76.3%) y para el grupo controles (89.5%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.
- **Edad de la primera relación sexual**, Entre 13 a 14 años, para el grupo casos fue positivo (60.5%), para el grupo controles (15.8%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

Gráfico 2A
FACTORES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Antecedentes Biológicos



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

TABLA 2B
FACTORES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Características de la actividad sexual

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR α<0.05	
	N°=38	%	N°=38	%			
Primera relación sexual							
<i>Espontanea</i>	24	63.2	31	81.6	chi ² = 15.74 p = 0.0001	RR 0.45 IC 0.29 – 0.70	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Forzado</i>	14	36.8	7	18.4			
Deseo sexual activo							
<i>Siempre</i>	33	86.9	27	71.1	chi ² = 2.85 p = 0.0914	RR 1.22 IC 0.96 – 1.55	No significativo de riesgo
<i>A veces</i>	5	13.2	11	28.9			
Percepción de orgasmo							
<i>Siempre</i>	10	26.3	31	81.6	chi ² = 23.36 p = 0.0000	RR 0.32 IC 0.19 - 0.56	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Nunca</i>	28	73.7	7	18.4			
Coito doloroso o dispareunia							
<i>Siempre</i>	15	39.5	3	2.6	chi ² = 10.48 p = 0.0012	RR 5.00 IC 1.57 – 15.87	Asociado, Significativo de riesgo
<i>A veces</i>	23	55.3	35	15.8			
Percepción de sequedad vaginal							
<i>A veces</i>	18	47.4	8	23.7	chi ² = 4.65 p = 0.0310	RR 2.25 IC 1.12 – 4.54	Asociado, Significativo de riesgo
<i>Nunca</i>	20	2.6	30	76.3			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Causa de la primera relación sexual**, Espontanea, para grupo casos (63.2%) mientras para el grupo controles (81.6 %). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Deseo sexual activo**, Siempre: para el grupo casos (86.9%) y para el grupo controles (71.1%) Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.
- **Percepción de orgasmo**, Siempre: para grupo casos fue negativo (26.3%) mientras para el grupo controles fue positivo (81.6%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Coito doloroso o dispareunia**, Siempre, para el grupo casos fue positivo (39.5%) mientras para el grupo controles (2.6%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Percepción de sequedad vaginal**, A veces: para el grupo casos fue positivo (47.4%) mientras para el grupo controles (23.7 %). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.

Grafico 2B

FACTORES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Características de la actividad sexual:

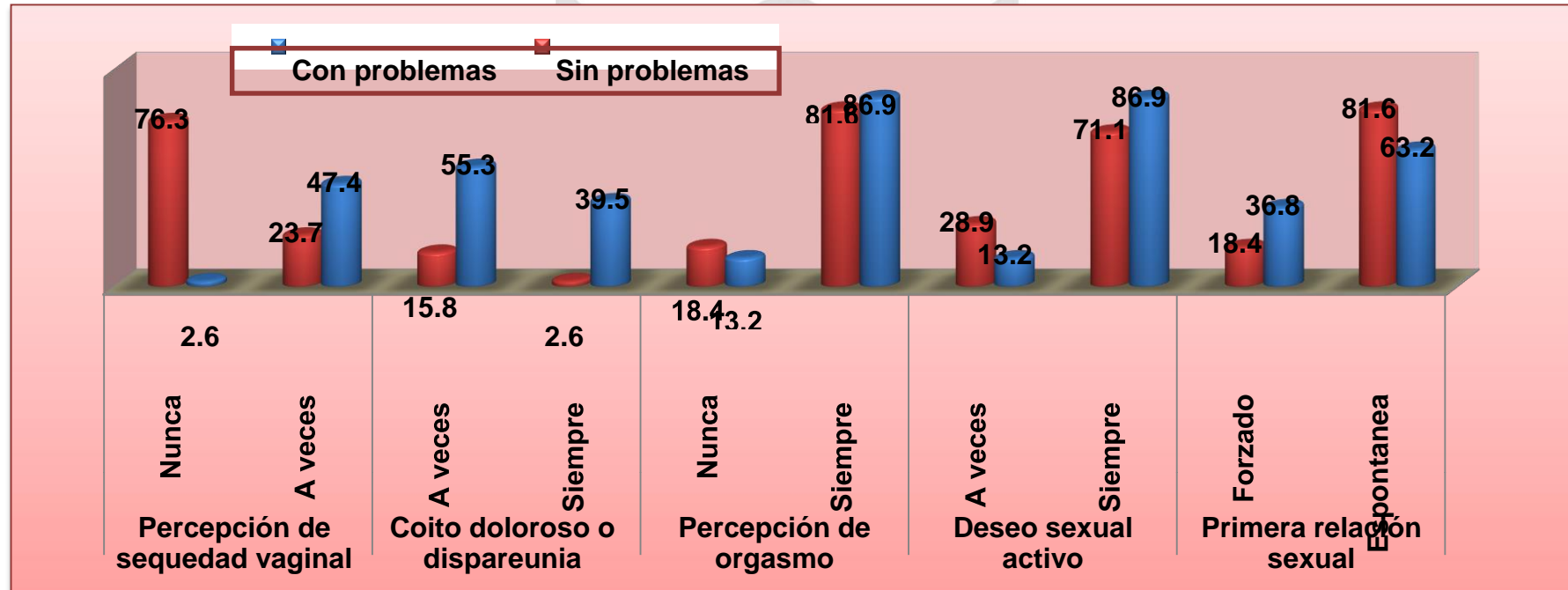


TABLA 3
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS

FACTORES(*)	Con problemas N°=38 %		Sin problemas N°=38 %		chi ² α<0.05 gl = 1	RR IC	SIG
Número de gestaciones							
<i>Primigesta</i>	14	36.8	13	34.2	chi ² = 0.57 p = 0.8113	RR 1.06 IC 0.67-1.68	No significativo de riesgo
<i>Multigesta</i>	24	63.2	25	65.8			
Número de abortos (sólo de las MEF que lo refirieron)							
<i>1 aborto</i>	7	58.3	4	80.0	chi ² = 0.726 p = 0.3942	RR 0.73 IC 0.27 - 1.39	No significativo de riesgo
<i>2 abortos</i>	5	41.7	1	20.0			
Total	12	100.0	5	100.0			

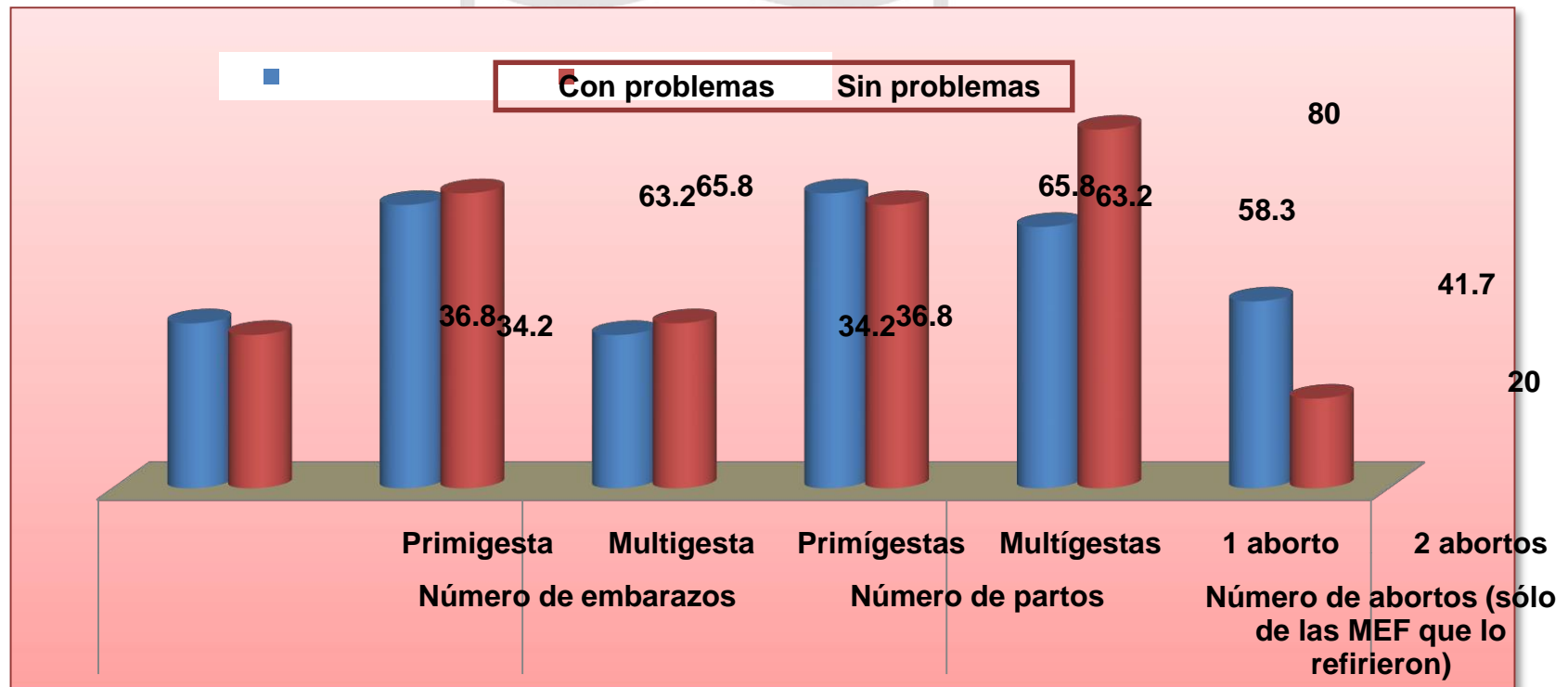
(*)Todas las entrevistadas tuvieron algún parto y fueron de tipo vaginal

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Número de embarazos, multigesta**, para el grupo casos (63.2%) mientras para el grupo controles (65.8%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.
- **Número de abortos**, un aborto: para el grupo casos (58.3%) y para el grupo controles (80%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.



GRÁFICO 3
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

TABLA 3a
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Métodos Anticonceptivos

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1
	N°=38	%	N°=38	%	
Método anticonceptivo utilizados últimamente...					
<i>Hormonales orales</i>	7	18.4	10	26.3	chi² = 27.244 gl=9 p = 0.0003 Asociados significativamente
<i>Hormonales inyectables</i>	6	15.8	12	31.6	
<i>Dispositivo intrauterino</i>	1	2.6	6	15.8	
<i>Implantes</i>	0	0.0	5	13.2	
Condón	9	23.7	5	13.2	
<i>Abstinencia sexual</i>	3	7.9	0	0.0	
<i>Práctica folklórica</i>	4	10.5	0	0.0	
<i>Ninguno</i>	8	21.1	0	0.0	

- Método anticonceptivo utilizados, condón, para casos (23.7%) y controles (13.2%)

Se halló al chi² en los ítems método anticonceptivo, significancia estadística.

TABLA 3a
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Métodos Anticonceptivos

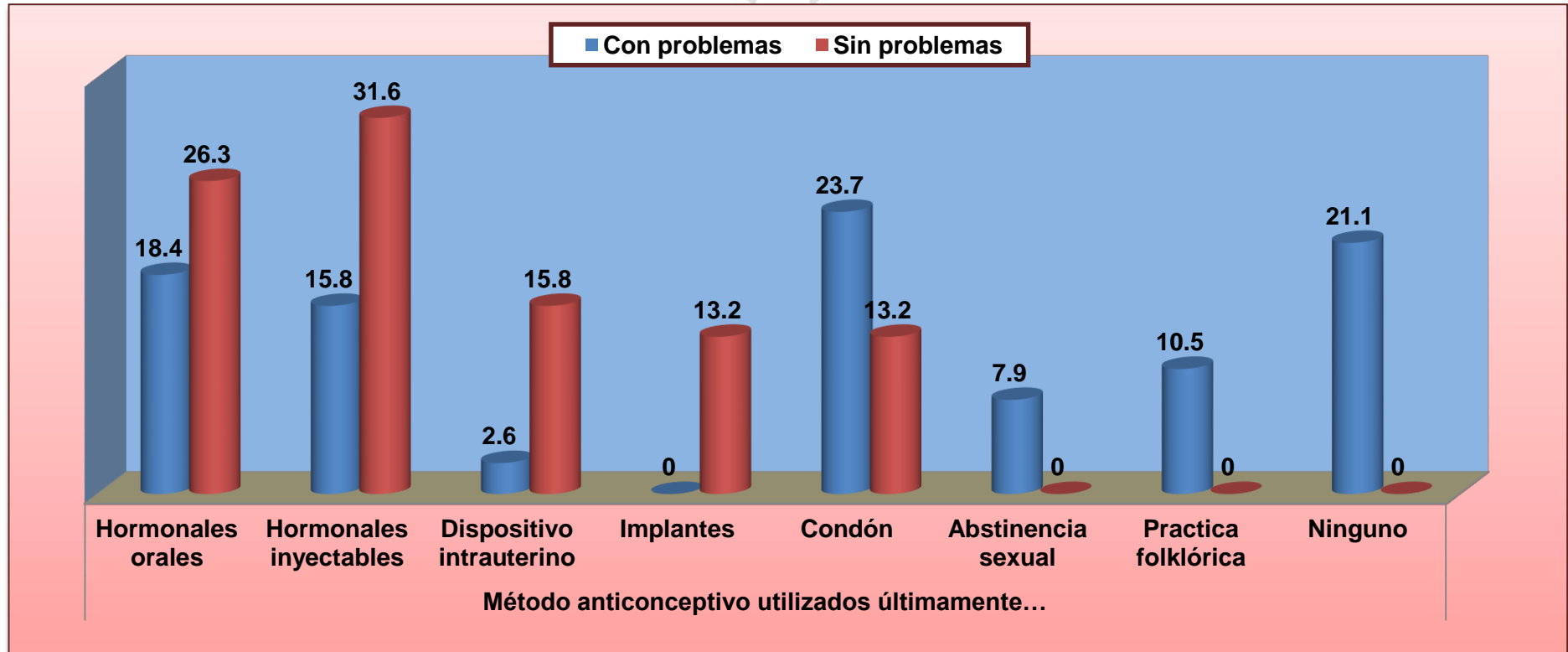


TABLA 4a
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS:
Privacidad

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR IC	SIG
	N°=38	%	N°=38	%			
Presencia de niños u otra persona en la habitación							
<i>Si</i>	28	73.7	11	28.9	chi ² = 15.22 p = 0.0001	RR 2.55 IC 1.49 – 4.34	Asociado sig. Factor de riesgo
<i>No</i>	10	26.3	27	71.1			
Dispone de un dormitorio propio (de pareja)							
<i>Si</i>	21	55.3	30	78.9	chi ² = 4.83 p = 0.0280	RR 0.70 IC 0.50 – 0.97	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>No</i>	17	44.7	8	21.1			
Ausencia de puertas en el dormitorio							
<i>Si</i>	27	71.1	2	5.3	chi ² = 34.85 p = 0.0000	RR 13.50 IC 3.45 – 52.82	Asociado sig. Factor de riesgo
<i>No</i>	11	28.9	36	94.7			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Presencia de niños u otra persona en la habitación**, para el grupo casos fue positivo (73.7%) mientras para el grupo controles fue negativo (28.9%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **No disponer de un dormitorio propio (pareja)**: para el grupo casos (55.3%) y para el grupo controles (78.9%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.

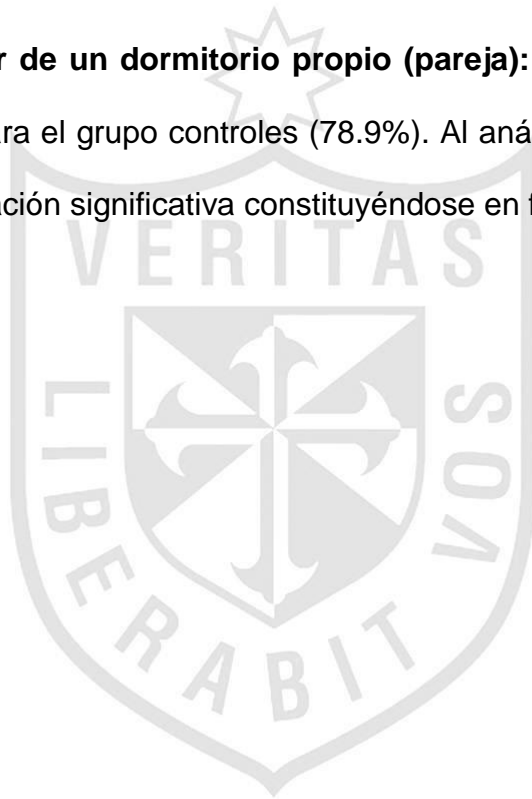


Grafico 4a
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS:
Privacidad

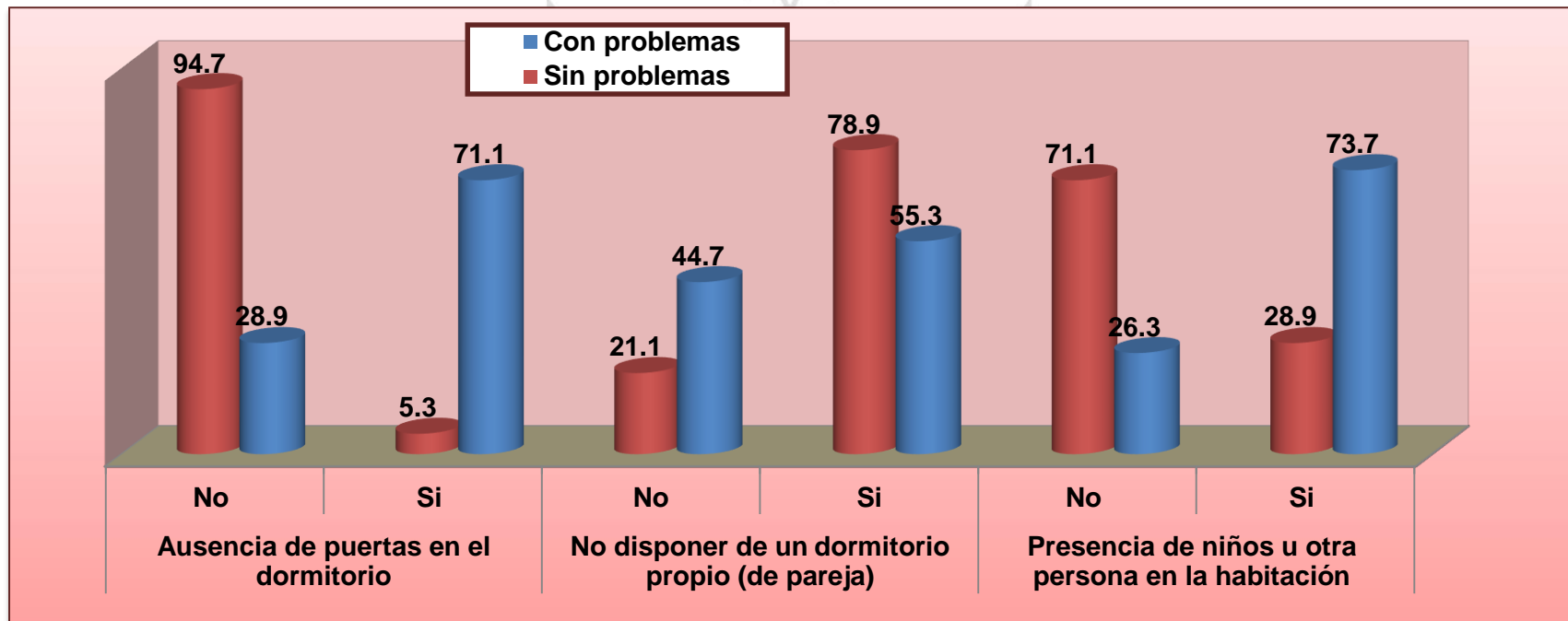


TABLA 4b
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS:
Problemas pre existentes

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR IC	SIG
	N°=38	%	N°=38	%			
Problemas de parto (<i>distócicos</i>)							
<i>Si</i>	14	36.8	5	13.2	chi ² = 5.68 p = 0.0171	RR 2.80 IC 1.12 – 7.00	Asociado sig. Factor de riesgo
<i>No</i>	24	63.2	33	86.8			
Estrés, sobrecarga de roles (<i>actividades no compartidas</i>)							
<i>Si</i>	26	68.4	15	39.5	chi ² = 6.41 p = 0.0114	RR 1.73 IC 1.11 – 2.72	Asociado sig. Factor de riesgo
<i>No</i>	12	31.6	23	60.5			
Problemas de pareja							
<i>Si</i>	31	81.6	11	28.9	chi ² = 21.29 p = 0.0000	RR 2.82 IC 1.37 – 4.74	Asociado sig. Factor de riesgo
<i>No</i>	7	18.4	27	71.1			

En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Problemas de parto (distócicos)**, para el grupo casos fue positivo (36.8%) mientras para el grupo controles (13.2%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Stress, sobrecarga de roles (actividades no compartidas)**: para el grupo casos (68.4%) y para el grupo controles (39.5%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Problemas de pareja**, para el grupo casos fue positivo (81.6%) mientras para el grupo controles fue negativo (28.9%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

GRAFICO 4b
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Problemas pre existentes

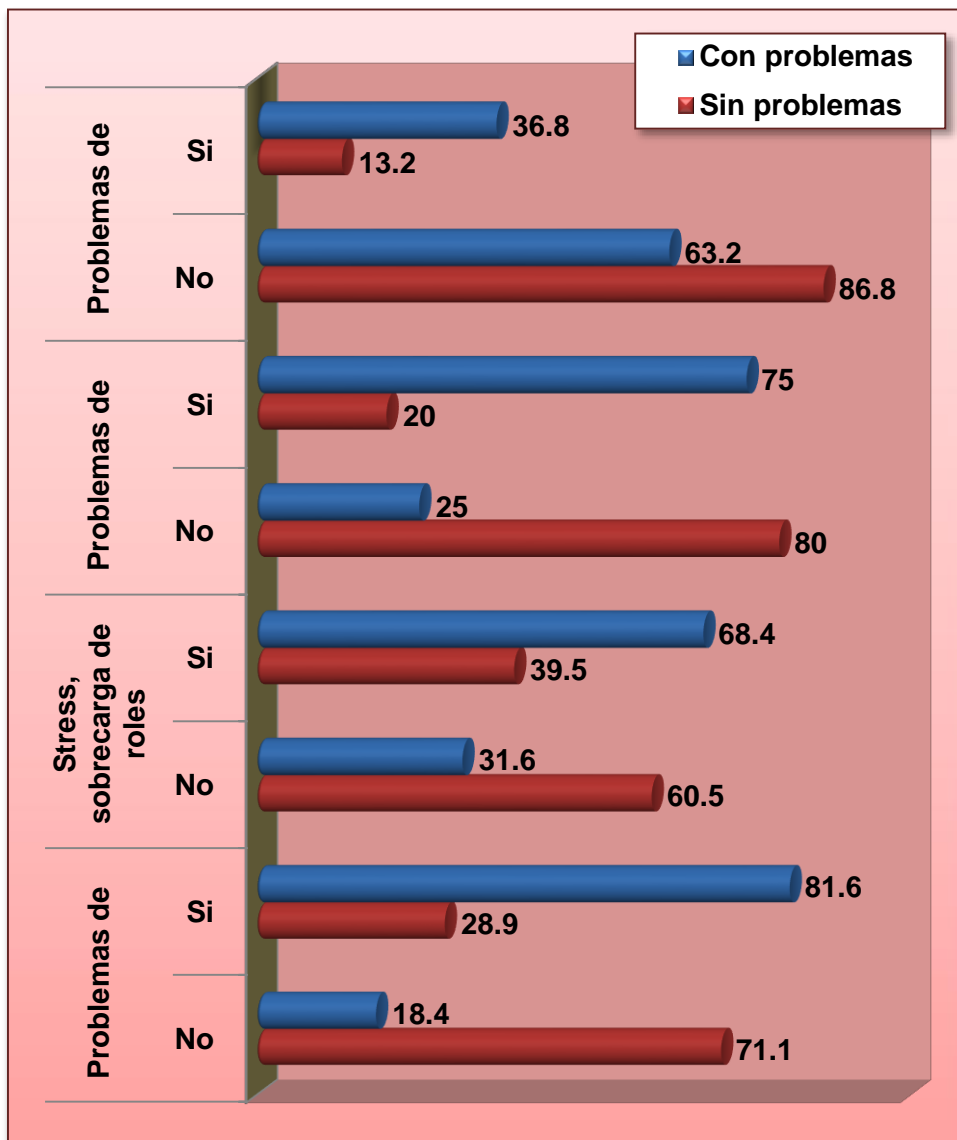


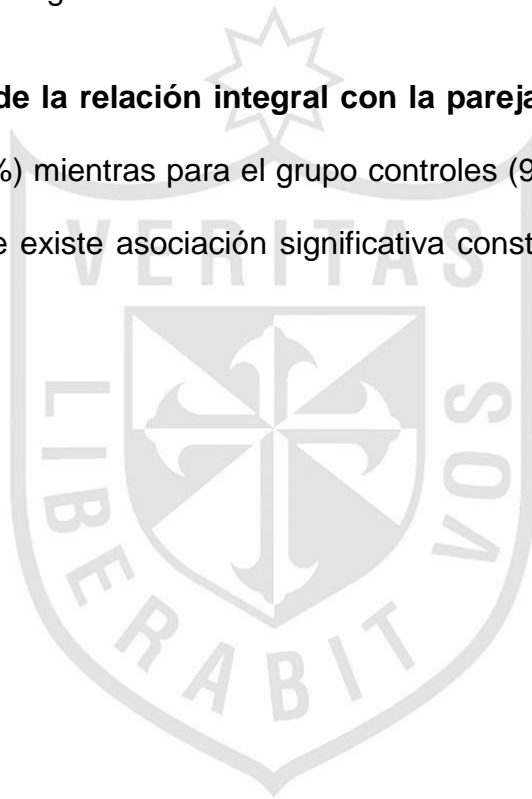
TABLA 4c

FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS:
Valoración de la pareja

FACTORES	Con problemas		Sin problemas		chi ² α<0.05 gl = 1	RR IC	SIG
	N°=38	%	N°=38	%			
Valoración de la actividad sexual con la pareja							
<i>Buena</i>	3	7.9	33	86.8	chi ² = 47.50 p = 0.0000	RR 0.09 IC 0.03 – 0.27	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Regular</i>	35	92.1	5	13.2			
Valoración de la relación integral con la pareja							
<i>Buena</i>	29	76.3	37	97.4	chi ² = 7.37 p = 0.0066	RR 0.78 IC 0.68– 0.94	Asociado sig. Protector de riesgo
<i>Regular</i>	9	23.7	1	2.6			

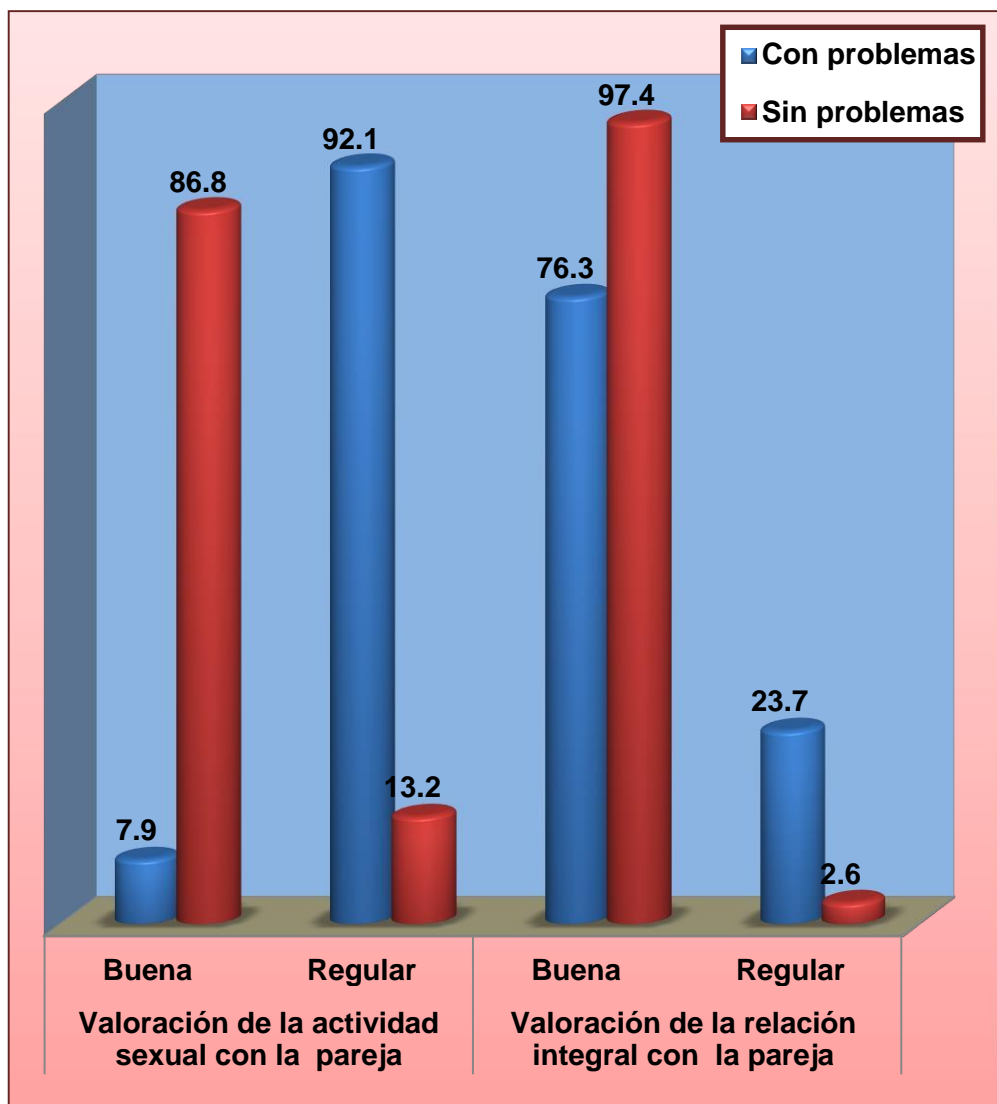
En la tabla se observa que hay mayor frecuencia con respecto a:

- **Valoración de la actividad sexual con la pareja**, Buena: para el grupo casos fue negativo (7.9%) mientras para el grupo controles (86.8%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.
- **Valoración de la relación integral con la pareja**, Buena: para grupo casos (76.3%) mientras para el grupo controles (97.4%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo.



FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CARLOS PROTZEL DURANTE EL PERIODO DE JULIO A ENERO DEL 2015

GRAFICO 4c
FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: Valoración de la pareja



DISCUSIÓN

Una alta prevalencia a nivel mundial de las disfunciones sexuales ha sido relacionada con el deterioro en la calidad de vida de quienes padecen esta patología, generando un impacto en la esfera social y siendo en la mayoría de los casos subdiagnosticada. Razón por la que se ha estudiado la presencia, y los factores que influyen en las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud Carlos Protzel a tratar de darles la importancia debida como un problema de salud y buscar las posibles soluciones ya que las mujeres tienen derecho a una vida sexual plena, satisfactoria, saludable la cual las disfunciones sexuales dañan la salud integral de la mujer, afectando su autoestima y a la vez afectan la vida de la pareja e incluso de la familia. La OMS define la salud sexual como “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”, y para que la salud sexual se alcance es necesario que los derechos sexuales de las personas –como el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual– se reconozcan y se garanticen (OMS, 2006) ¹⁴.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, concluyeron que la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos influyen en la capacidad de lograr y mantener la salud sexual

de hombres y mujeres, además de que se encuentran estrechamente vinculadas ¹⁴

TABLA 1 A: FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencie la personalidad, la comunicación, y el afecto ¹⁴.

En el presente estudio prevaleció la edad entre los 30 a 34 años, para el grupo casos (34.2%) e igualmente para el grupo controles (36.8%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.

Matute ¹³, mostró mayor porcentaje de disfunción sexual femenina con un 60.1% lo ocuparon pacientes con edades comprendidas entre los 41 a 60 años, mientras que un 39.9% fueron de 20 a 40 años, al contrario la mayoría de pacientes con norma función sexual con un 79.2% se ubicaron entre los 20 a 40 años y apenas un 20.8% entre los 41 a 60 años.

Real Cancio ¹⁵ observó en su estudio una media de edad de 31 años (rango de 16 a 45 años), en comparación a Álvarez ¹⁶, se consignaron edad media de $49,3 \pm 5,8$ años; explican que de acuerdo a las edades de las mujeres que cursan con disfunción sexual, existe una distribución relativamente equilibrada desde la edad de 41 años en adelante, con un 28,6% (14 casos) que corresponde a edades entre 46 a 50 años, un 26,5% (13 casos) corresponden a la categoría de 41 a 45 años y otra de igual porcentaje a mujeres sobre los

50 años, demostrando la incidencia de disfunción sexual en estos rangos etarios. En un porcentaje menor, de 18,4% (9 casos) se sitúa la categoría de 35 a 40 años.

Según Figueroa y cols ¹⁷, quienes avalan la edad entre 40 a 45 años y la disminución estrogénica como un factor de riesgo en la sexualidad femenina, existiendo el doble de prevalencia de disfunción sexual, comparado con mujeres de menor edad.

De la población estudiada el estado civil más frecuente fue conviviente (55.3%), seguido por el grupo de mujeres con estado civil casada (26.3%). Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.

El estado conyugal es importante, ya que el hecho de tener pareja, incrementa la actividad sexual, la falta de comunicación entre las parejas de unión libre y la poca orientación de sexualidad hace que indican en las disfunciones.

Matute ¹⁸, registro que el mayor porcentaje en el grupo con disfunción sexual femenina el 73.8% eran casadas, el 11.5 % eran solteras, el 8.7% fueron divorciadas y el 6.0% mantenían una unión libre, datos similares se obtuvieron en las pacientes con norma función excepto en el estado civil unión libre en la que se encontró un 21.6%.

En el estudio de Álvarez ¹⁶, en torno al estado civil actual de las mujeres que presenta disfunción sexual, con una amplia mayoría lidera las mujeres casada con un 67,2% (33 casos) convivientes 4.10%, separada 10.2%.

Nivel de escolaridad, en el nivel secundaria se encontró para el grupo casos (63.2%) y para el grupo controles (55.3%). Al análisis se no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.

Según Real Cancio ¹⁵, en su estudio predominó el nivel preuniversitario o técnico, con 64,1 %, seguido del nivel universitario con 23,7 %, comportándose de manera similar 65 en la pareja. De igual manera se comportó en las mujeres con Disfunción Sexual el mayor porcentaje de las mujeres del estudio eran trabajadoras 73.2 %. El grado de instrucción indica que hay un bajo nivel de educación sexual y salud reproductiva ya que no se le da la importancia requerida. Mientras Matute ¹³, observo que las pacientes con disfunción sexual femenina es más frecuente en las pacientes que alcanzaron el nivel de instrucción secundaria con el 55.7%, seguido del nivel superior con el 27.9%, en el grupo de norma función se invirtió esta secuencia con un 50.8% del nivel superior y un 45.9% la secundaria.

Álvarez¹⁶, referente al nivel educacional de las mujeres con disfunción sexual, se observa, que sólo un 2,1% (1 caso) de la población total encuestada no curso estudios, lo que nos deja a entrever que la gran mayoría de la población perteneciente a la comuna cuenta con educación, traducido en porcentaje es un 88,9% (48 casos), de los cuales el mínimo de años cursados fue 5. Algo que llama la atención es que solo el 4,1% (2 casos) cuenta con educación superior.

En el presente estudio se analizó como se presentaron las creencias religiosas, se encontró que 35,2 % de las mujeres

practicaban algún tipo de religión. La religión católica (68.4%), y en religión cristiana (13.2 %), fueron las de mayor frecuencia. Al análisis no existe asociación ni es factor significativo de riesgo.

En el comportamiento sexual habitual de la mujer y las creencias religiosas crea sentimientos negativos sobre el sexo y la sexualidad, esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.

Real Cancio ¹⁵, mencionó que a la religión católica, 58,3 % de las mujeres no presentaron DS que representa 10,0 % del total de mujeres sin disfunción; 41,7 % de estas presentaron DS lo que representa 9,8 % del total de mujeres con afectación sexual en el estudio. El resto de la mujeres que practican alguna religión se distribuyó en menor porcentaje entre las religiones cristiana, espiritismo y pentecostal. Siendo mayor el porcentaje de mujeres sin DS en estos grupos al igual que en el resto de las religiones. No se encontró asociación significativa, el cálculo de la $p=0.294$, demostró lo anteriormente expresado.

Según Álvarez ¹⁶, respecto a la religión que profesan las mujeres que cursan con disfunción sexual, destaca la religión católica con más seguidores con un 53,0%. Es importante el destacar el alto porcentaje de mujeres que no profesa religión, llegando está a ser un 28,6%.

TABLA 1 B: FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: CONDUCTA ADICTIVA DE RIESGO: HÁBITOS

Costa ¹⁹ refirió que los pacientes que presentan alguna disfunción sexual la atribuyen a cansancio físico o a estrés psíquico, a problemas laborales y a efectos secundarios de medicamentos.

Conocemos que determinadas enfermedades y ciertos comportamientos relacionados con la salud representan los factores de riesgo más importantes para los desórdenes de la esfera sexual. Las alteraciones de la función sexual pueden aparecer como consecuencia de enfermedades médicas (diabetes, cáncer de mama, etc.), medicamentos (antidepresivos ISRS, antihipertensivos, etc.) o hábitos tóxicos (abuso de alcohol o tabaco).

En la presente investigación se ha encontrado con respecto al hábito de fumar, que si lo hacen, en el grupo casos (71.1%) y en el grupo controles (21.1%), presentándose como factor asociado a las disfunciones sexuales, estadísticamente significativo [$\chi^2 = 19.12$ $gl = 1$ $p = 0.0000$ $RR 3.38$ $IC 1.76 - 6.45$]

En aquellas pacientes el cigarrillo remitiría momentáneamente la ansiedad, lo cual influiría favorablemente en algunas de las formas clínicas de la disfunción sexual sobre todo en las del deseo y la excitación sexual, sin constituir este un factor terapéutico o protector.

Matute ¹⁸, en los resultados de su estudio, le llama la atención sobre el consumo de cigarrillos ya que las pacientes que consumen cigarrillos presentan disfunción sexual un 11.5% y tienen normofuncion un porcentaje

más alto 21.7%, lo que calificaría al consumo de cigarrillos como un factor más bien protector de disfunción sexual con significancia estadística mientras que en la presente investigación se presentó un mayor porcentaje en el hábito de fumar con (71.1%).

Real Cancio ¹⁵, en relación al hábito de fumar, 27,9 % del total de mujeres del estudio eran fumadoras, de ellas 54,2 % no padecían de DS lo que representa 28,3 % del total de mujeres sin disfunción y 45,7 % si la presentaron, de estas el 12,3 % presentaban una disfunción sexual , lo que representa 37,7 % del total DSP y en 33,4 % de las mujeres se constató DSS para un 28,3 % del total de mujeres con disfunciones sexuales . No se encontró asociación significativa entre el hábito de fumar y la Disfunciones Sexuales . El cálculo de la $p=0.111$

Álvarez ¹⁶ nos dice que del total de mujeres encuestadas el 85.7% (42 casos) declara no fumar, mientras que un 14,3% (7 casos) fuma menos de 15 cigarrillos diarios. Al igual que con el consumo de alcohol, es destacable la cantidad de mujeres que no consumen tabaco.

Se ha encontrado con respecto al hábito de consumo de bebidas alcohólicas, que si lo hacen, en el grupo casos fue positivo (50.0%), mientras que para los controles fue negativo (10.5%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo. [ch² = 14.03 gl = 1 p = 0.0002 RR 4.75 IC 1.78 - 12.66]

Matute ¹⁸, en lo que respecta al consumo de alcohol también obtuvo resultados llamativos, pues aquellas de las pacientes que consumen alcohol presentan disfunción sexual apenas un 5.5% y tienen norma función un porcentaje más alto 12.5%, con estos datos interpretaríamos como que el

consumo de alcohol actuaría como un factor protector de disfunción sexual.

Real Cancio ¹⁵, en cuanto al comportamiento de los hábitos tóxicos en la población estudiada se observó que de las mujeres incluidas en el estudio un 14,8 % consumían alcohol.

El consumo excesivo de alcohol produce deterioro del funcionamiento sexual en la mujer. La situación es vivida como sensación de fracaso, que produce ansiedad y condiciona dificultades para la excitación de la mujer. Lo anterior condiciona miedo al fracaso, situación de displacer, originando una disfunción permanente de difícil manejo ²¹.

El consumo continuado de alcohol produce trastornos endocrinos, neurológicos, vasculares irreversibles que reducen de forma permanente la respuesta sexual de mujeres. Desencadena diferentes formas clínicas de presentación de la DS: anorgasmia, trastornos en la excitación sexual. El alcohol tiene efectos tóxicos directos sobre la gónada (testículo y ovario) y a nivel hepático aumenta el catabolismo de la testosterona y su transformación en estrógenos. Además de su efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo hipófisis gonadal ²¹.

Álvarez ¹⁶, observó que el consumo de alcohol de las mujeres que cursan con disfunción sexual en un 61,2% (30 casos) que no consume bebidas alcohólicas, un 24,5% (12 casos) refiere consumir alcohol 1 vez al mes o menos, un 12,2% (6 casos) refiere consumir 2 o 4 veces al mes y con un 2,1% correspondiente a 1 caso, consume alcohol 2 o 3 veces a la semana. Se destaca el hábito saludable de la gran mayoría de las encuestadas que no consumen alcohol, y seguidas de las que consumen 1 vez al mes, favoreciendo los beneficios que conlleva esto.

En la presente investigación se ha encontrado con respecto al hábito de consumo de café, que para casos fue negativo (23.7%) mientras que para los controles fue positivo (73.7%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo [chi² = 19.01 gl = 1 p = 0.0000 RR 2.91 IC 1.66 - 5.08]

El café, contienen teobromina, teofilina y cafeína, las que afectan directamente a las glándulas suprarrenales, provocándolas para que produzcan adrenalina. Estas hormonas producen una elevación de la glucosa de la sangre. El efecto rebote es la hipoglucemia con sus correspondientes síntomas: cansancio, falta de concentración, irritabilidad, mareo, temblores, debilidad, lo que produce en la mujer también el efecto de las disfunciones sexuales. Por otro lado, el café le roba al organismo de la mujer minerales como el magnesio y zinc, los cuales son nutrientes vitales para combatir el estrés ²².

Real Cancio ¹⁵, reporta en su estudio que un 38,5 % de las mujeres que padecían disfunción sexual, tomaban café.

En esta investigación se ha encontrado que si consumen drogas no permitidas, tanto para casos (28.9%) y para controles (2.6%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo. [chi² = 9.90 gl = 1 p = 0.0017 RR 11 IC 1.49 - 81.05]

Se definen como droga aquella sustancia que proporciona bienestar, estupor o euforia, y que de ordinario origina dependencia (física o psíquica), con los consiguientes cambios en el comportamiento ²³

Según los resultados que arroja en el estudio de Cruz Hernández ²⁵, se puede entrever que el 50% de los pacientes respondía de manera normal a los estímulos sexuales durante la dependencia total a la sustancia.

La complicación se encuentra en que el 50% restante, respondía de manera deficiente, lo que deja entrever que el abuso de adicción a drogas entorpece el disfrute pleno de la actividad sexual, acto que es fundamental en la vida de todo ser humano, ya que, además de su función procreadora es vital en la relación de pareja.

Las drogas no permitidas pueden influir de 3 maneras sobre la actividad sexual: pueden afectar el deseo, la excitación y el orgasmo. Algunas de ellas tienen un efecto claro sobre la mente de las personas que las toman, de modo que el deseo sexual se ve modificado. Muchas drogas reducen el deseo sexual, pero algunas de ellas parecen incrementarlo, en otras palabras, actúan como afrodisíacos; sin embargo, el hecho de que una droga aumente el deseo sexual de una persona no significa necesariamente que mejore su actuación sexual o su placer ²⁴

Según Aizpiri ²⁰ dice que el abuso de drogas, como alcohol, opiáceos, cocaína, obedece a las propiedades afrodisíacas que se les conceden, pero se conoce que independiente del efecto subjetivo, afectan en forma negativa la respuesta sexual. La ingestión de medicamentos es otro factor relacionado con trastornos de la función sexual analizados en el estudio y mostró que el menor porcentaje de las mujeres estudiadas, consumían medicamentos con efectos negativos sobre la función sexual.

En ambos grupos con respecto al hábitos de auto medicarse, se encontró que si lo hacen, tanto para casos (47.4%) como para controles (21.1%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo. [$\chi^2 = 5.85$ $gl = 1$ $p = 0.0156$ RR 2.25 IC 1.12 - 4.54]

Según Picazo Hernández ²⁶, de los pacientes que usaron antidepresivos fueron (49.3%) mientras que los cuales tuvieron algún tipo de disfunción en su vida sexual. A Matute¹⁸, en los resultados de su estudio existe una clara tendencia a un mayor consumo de medicamentos en el grupo de la disfunción sexual femenina con un alto porcentaje 51.4%, a diferencia de un 40% en el grupo normo funcional que no por ser menor deja de ser importante.

Para Real Cancio ¹⁵, otro de los factores de riesgo analizados en la inducción de disfunciones sexuales en su estudio fue la influencia del consumo de medicamentos. Del total de mujeres 27.9 % consumían algún medicamento y 72.1 % no consumían. El 2.2 % de las mujeres refirieron consumir esteroides.

TABLA 1 C: FACTORES PERSONALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTREVISTADAS: SU PAREJA

La experiencia en sexología clínica adquirida en estos últimos años, indica que es menor el número de mujeres que van a consulta por problemas sexuales propios, que el número de hombres. Esto hace pensar que los problemas –entre las mujeres- se sufren en silencio, o no se consideran problemas. Se conoce que un número importante de mujeres no tienen orgasmo y que son más proclives a perder el interés sexual y apenas lo

“conversan entre ellas mismas”²⁷, mientras que para los hombres no funciona así.

Chedraui²⁸ nos dice que los factores psicológicos y emocionales tienen un impacto obvio sobre el funcionamiento sexual. La falta de autoestima, el aumento de las necesidades unido al envejecimiento y, en ocasiones, incluso el cambio de papeles dentro de la familia, al ser la mujer más joven o menos dependiente respecto del varón, a menudo modifican la percepción que cada persona tiene de sí misma y de su sexualidad. De hecho, con el paso de los años no es infrecuente que aparezcan la depresión, la ansiedad y los cambios de humor secundarios a cambios hormonales de tipo fisiológico. Estos factores pueden afectar al deseo y al funcionamiento sexual del paciente y de su pareja.

Se encontró que en ambos grupos, con respecto a la edad de las parejas tenían más o igual a los 35 años (78.9 % y 55.3%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [$\chi^2 = 4.83$ gl = 1 $p = 0.0280$ RR 0.47 IC 0.23- 0.96]

Real Cancio¹⁵, comenta que lo anterior conduce a observar con menor frecuencia la tendencia a la búsqueda de parejas con mayor edad y por consiguiente, con mejor desempeño, lo cual –a nuestro parecer- ha influido satisfactoriamente en el desempeño y educación sexual de la mujer y ha propiciado una historia sexual, con incorporación plena en el disfrute y la satisfacción sexual.

Bertolini²⁹ refiere que los hombres mayores tienen poco interés en el sexo, pocos pensamientos sexuales y pocas fantasías de ese tipo. Rara vez inician la actividad sexual y suelen resistirse a las insinuaciones de su pareja. Encuentran pocos estímulos excitantes y experimentan poca frustración respecto a su falta de interés, al menos hasta que la pareja insista en el tema.

Se halló en ambos grupos, con respecto a la ocupación que las parejas desempeñaban una actividad laboral, es decir trabajaban (81.6 % y 55.3%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [$\chi^2 = 6.09$ gl = 1 p = 0.0136 RR 0.86 IC 0.60- 40.22]

Bertolini²⁹, en su investigación indica que en la práctica se observa con alguna frecuencia disfunciones sexuales secundarias a parejas disfuncionales en cuanto a intereses, estilos de vida que se relacionan con la ocupación, no mencionando cuáles pero sí refiriendo que en cuanto a disfunciones sexuales del hombre, sobre todo se asocia a la ocupación la disfunción eréctil.

Se informa con respecto al nivel de educación, en ambos grupos, todas las parejas lo presentaron, siendo el nivel secundario el de mayor frecuencia (63.2 % y 84.2%). Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [$\chi^2 = 4.34$ gl = 1 p = 0.0372 RR 0.75 IC 0.57 - 0.99]

Charnay y Henriquez³⁰, nos dice que el 51% de las parejas de las mujeres estudiadas culminaron secundaria seguido por el 19% que culminó técnico superior, mientras que 10% fue analfabeto

Según Real Cancio¹⁵, predominó el nivel preuniversitario o técnico 65% en la pareja. Los estudios científicos de la disfunción del hombre y el poco

desarrollo en el estudio y manejo de los problemas sexuales de la mujer, han sido determinantes para aumentar el interés de investigadores en los problemas sexuales de la mujer.

TABLA 2 A: FACTORES SEXUALES EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL: ANTECEDENTES BIOLÓGICOS

Las disfunciones y los problemas sexuales afectan fundamentalmente la posibilidad de vivir las experiencias eróticas de manera placentera y plena. La presencia de obstáculos produce problemas sexuales y esto tiene una traducción directa en la calidad de vida y los niveles de salud de las personas. Reconocer la importancia de prevenir, detectar y tratar los problemas sexuales implica un reconocimiento al derecho al placer sexual²⁸

Bertolini ²⁹ habla sobre los cambios anatómicos o fisiológicos en el organismo pueden provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de la actividad sexual satisfactoria. Cuando se producen directamente sobre los órganos genitales o en su fisiología, los efectos son fáciles de detectar, pero cuando no están en relación directa, su detección es más difícil y estos factores afectan tanto el desempeño como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma.

En el estudio de Gómez ³¹ dice que la disminución de los estrógenos producen alteraciones en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por lo tanto, la respuesta sexual también sufre modificaciones, la cual debe ser estudiada y comprendida con un enfoque de globalidad, pues ello influye de manera decisiva en la mujer.

En esta investigación se encontró que la edad de la menarquia en ambos grupos se presentó en edad entre 10 a 14 años en mayor frecuencia (76.3 % y 89.5%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa. [$\chi^2 = 2.32$ gl = 1 p = 0.1277 RR 0.85 IC 0.69 - 1.05]

Con respecto al desarrollo e historia sexual Real Cancio¹⁵, la edad promedio de la primera menstruación fue de 12,5 años a semejanza del presente estudio.

La edad de la primera relación sexual mayormente se presentó entre los 13 a 14 años (60.5 % y 15.8%), Al análisis se encontró que no existe asociación significativa. [$\chi^2 = 16.11$ gl = 1 p = 0.0002 RR 3.83 IC 1.76 - 8.34]

Poniendo de manifiesto la precocidad de las relaciones sexuales en un alto índice, siendo las parejas de las adolescentes en su mayoría compañeros de estudio, que no poseen la suficiente madurez lo que indica un bajo nivel de educación sexual y salud reproductiva.

Con respecto al desarrollo e historia sexual Real Cancio¹⁵, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 17 años. De las mujeres del estudio, tuvo una primera relación sexual espontánea el 87.3%, una relación provocada en respuesta a las exigencias sexuales de sus parejas el 11,1 %, y el 1,5 % fueron violadas en su primera relación sexual.

TABLA 2 B: FACTORES SEXUALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL: CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

El placer sexual es un componente esencial del bienestar. Hoy en día contamos con evidencia que da apoyo al planteamiento de que el placer sexual es contribuyente al bienestar físico y emocional.

En el presente estudio la causa de la primera relación sexual fue mayormente espontanea (63.2 % y 81.6%), Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [$ch^2 = 15.74$ gl = 1 p = 0.0001 RR 0.45 IC 0.29 - 0.70]

Real Cancio¹⁵ encontró que el 63,3 % de las mujeres respondieron tener satisfacción en su primera relación sexual y el 36,7 % la clasificaron de no satisfactoria. Refirieron no tener relaciones sexuales en etapa menstrual 75,5%. Solo el 8.9 % de la mujeres señalaron tener hipersensibilidad dolorosa a la estimulación del clítoris, mientras que 91.1 % expresó no tener ninguna molestia a la estimulación, roce o contacto del mismo.

Mayormente el deseo sexual activo presentó siempre (86.9 % y 71.1%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa de riesgo. [$ch^2 = 2.85$ gl = 1 p = 0.0914 RR 1.22 IC 0.96 - 1.55]

Blümel³². encontró que en las mujeres de 40 años se aprecia una alteración del deseo sexual en el 13.3%, cifra que asciende significativamente a 46.7%

en las mujeres de 65 años.

Para Real Cancio ¹⁵ el trastorno del deseo apareció como principal motivo de consulta en el estudio, siendo la anorgasmia otra forma clínica que mostró alta prevalencia, seguida de los trastornos de la excitación, dispareunia y el vaginismo.

La percepción del orgasmo, siempre estuvo presente (26.3 % y 81.6%), Al análisis se encontró que existe asociación significativo protector de riesgo. [$\chi^2 = 23.36$ gl = 1 p = 0.0000 RR 0.32 IC 0.19 - 0.56]

Valdés ³⁵ refiere que la fase más afectada fue, la fase de deseo sexual (44.7%), fase del orgasmo (43.3%) mientras que en nuestro estudio se presentaron menores porcentaje deseo sexual (36.9 %), y en la percepción del orgasmo (26.3%).

La mayor parte de los estudios ³³ reportan los trastornos de la excitación en tercer lugar como forma de presentación en la edad reproductiva, otros muestran una prevalencia mayor de este trastorno.

Harlow y colaboradores ³⁶ sugiere las siguientes estimaciones sobre la prevalencia de varias alteraciones de tipo sexual como, 25% para problemas del orgasmo en la mujer.

Mayormente el coito doloroso o dispareunia siempre se presentó (39.5 % y 2.6 %), Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo. [$\chi^2 = 10.48$ gl = 1 p = 0.0012 RR 5.00 IC

1. 57 – 15.87]

Según Valdez manifiesta que la dispareunia afecta el deseo y éste a su vez a la excitación, deteriorando dos aspectos centrales de la sexualidad. Si a esto agregamos que los trastornos del ánimo y la depresión, trastornos frecuentes en la perimenopausia, disminuyen el deseo y la excitación, no es sorprendente que esta se asocie con deterioro de la sexualidad ³⁵

Nappi ³⁵ menciona que la dispareunia induce los trastornos del deseo entre ellos aversión al sexo, el cual consiste en el rechazo recurrente o persistente al contacto sexual genital con la pareja. También pertenece a esta situación el deseo sexual hipo activo, que consiste en la disminución o ausencia del deseo o fantasías sexuales en forma recurrente o permanente.

El estudio más detallado efectuado hasta el momento es una muestra representativa de la población de Estados Unidos sugiere las siguientes estimaciones sobre la prevalencia de varias alteraciones de tipo sexual como 15% para la dispareunia femenina ³⁶

La disminución de los niveles de estradiol, induce de alguna manera al temor al dolor lo cual explica las dificultades que presentan algunas mujeres para sentirse sexualmente estimuladas.³⁶

Las causas inflamatorias también influyen en la aparición de disfunciones sexuales en la mujer, relacionadas sobre todo con las de origen doloroso por las molestias que ocasionan antes y durante la penetración, llegando incluso a producir incapacidad para que ocurra. Entre ellas se encuentran los procesos inflamatorios de la vulva y la vagina: vulvitis, vulvovaginitis, colpitis, endometritis, anexitis, endometriosis y el síndrome inflamatorio pélvico crónico. ³⁷

Real Cancio ¹⁵ ratifica en su estudio que la dispareunia induce la anorgasmia con el deseo disminuido que representó un 68,0%, la combinación con deseo ausente fue de 10,3 % y con dispareunia fue de 14,0%.

Por lo tanto, la mujer está expuesta a los múltiples efectos que ejercen sobre su sexualidad, como el climaterio, la sociedad actual, su pareja, entre otros.

Otro estudio que aborda la dispareunia realizado en México por García-Pérez y Harlow ⁴⁰, indica que las mujeres adultas jóvenes (25-34 años) y las mujeres trabajadoras mostraron un mayor riesgo de dispareunia, lo que influye en que cada vez el rango etario disminuye para la aparición de alguna disfunción sexual, además una de cada 19 mujeres en edades de 25 a 54 años ha reducido la frecuencia en el número de relaciones sexuales que ella hubiera deseado tener como resultado de la dispareunia.

En el presente estudio a veces se presentó la percepción de sequedad vaginal mayormente (47.4 % y 23.7%), Al análisis se encontró que existe asociación significativa de riesgo. [$ch^2 = 4.65$ $gl = 1$ $p = 0.0310$ $RR 2.225$ $IC 1.12- 4.54$]

La prolactina, es la hormona producida por las células lactotropas de la adenohipófisis. Es una hormona de estrés que aumenta con determinadas condiciones fisiológicas: ejercicio, embarazo, coito, el orgasmo femenino, hipoglucemia, amamantamiento y por acción de medicamentos. Sufre variaciones con el ciclo menstrual por influencia de los estrógenos. Es la única hormona que se modifica durante el acto sexual y aumenta cuando hay orgasmo y solo en mujeres. ⁴²

Debemos mencionar que las mujeres climatéricas resienten la sequedad vaginal, porque cursan con dificultades en la lubricación, debido a que el epitelio vaginal, se adelgaza por el descenso progresivo de los niveles de estrógenos. Como consecuencia, hay disminución de la capacidad de lubricación y resequedad vaginal, que redundarán en dispareunia.⁴³

Aunque se ha confirmado que la función sexual disminuye con la edad y que muchas mujeres experimentan este fenómeno, existe un 10% al 20% de población que es capaz de mantener una sexualidad sin mayores complicaciones a pesar de los años. Para evaluar la función sexual en las climatéricas es importante conocer el contexto en que se encuentra y no compararla con la edad reproductiva en plenitud. Es importante evaluar a través del estado de presunta normalidad de la propia mujer siendo por lo tanto dinámico e individual.⁴³

TABLA 3 A: FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, tanto de hombres como mujeres, por tanto constituye un problema de salud, que si bien no pone en peligro la vida de las personas, afecta de forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social.

Algunas mujeres pueden sentir la falta de deseo en ciertos momentos de su vida, durante el **embarazo** y el **parto**, la [lactancia](#) y la **menopausia**, y en periodos de crisis o enfermedades por falta de interés en iniciar o participar

en actos sexuales, falta de receptividad a la actividad sexual y la ausencia de pensamientos sexuales o fantasías.

Fueron las Multigesta las que prevalecieron en el estudio (63.2 % y 65.8%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa de riesgo. [$\chi^2 = 0.57$ gl = 1 p = 0.8113 RR 1.06 IC 0.67- 1.68]

Real Cancio¹⁵ quien reporta un predominio de Multigesta (38,1%), coincide con Figueroa y cols. donde una de las variables que se consiguieron fue la de paridad y el resultado promedio fue de 2,8 \pm 1,5 niño ⁴⁵ es decir fueron multíparas.

Según Jones ⁴⁴ los partos por vía vaginal pueden contribuir a disfunciones del suelo pélvico, asociado a: desgarros vulvovaginales o uterinos que pueden ocurrir como complicaciones, estos a su vez requieren de cirugías y reconstrucciones del suelo pélvico consideradas como factores predisponentes en la aparición de DS.

Las que prevalecieron en el estudio Fueron las que tuvieron 01 aborto (58.3 % y 80.0%). Al análisis se encontró que no existe asociación significativa de riesgo. [$\chi^2 = 0.726$ gl = 1 p = 0.3942 RR 0.73 IC 0.27- 1.39]

Speckhard ⁶¹ nos dice que un 30 % a 50 % de mujeres que han abortado declaran sufrir disfunciones sexuales, tanto de breve como de larga duración, que comienza inmediatamente después de sus respectivos abortos. En concreto pueden incluir uno o varios problemas de los que se detallan a continuación: ausencia de placer en las relaciones, dolor añadido, aversión al

sexo o a los hombres en general, o desarrollo de una forma de vida de tipo promiscuo.

Según Speckhard ⁶¹ nos dice que someterte a un aborto inducido **podría afectar a tu relación de pareja**. Hay estudios que indican una incidencia de **ruptura de parejas entre el 60% y el 70%**. Tras un aborto **surgidos al tomar la decisión sobre el aborto**: porque la mujer se ha sentido presionada a abortar por la pareja, alguno de los dos sufre en mayor medida la pérdida del hijo y no encuentra en el otro el apoyo emocional que necesita porque aparecen problemas derivados de las secuelas que podría sufrir la mujer tras el aborto: Deseo de acabar la relación con su pareja, Pérdida de interés en el sexo, dispareunia.

Métodos anticonceptivos

En el presente estudio el método anticonceptivo en mayor porcentaje fue el preservativo masculino (23.7 % y 13.2 %) *Sin embargo los MACs hormonales en conjunto significaron 13 (34.2%) y 22 (57.9%) usuarias entre el grupo con disfunción y sin disfunción sexual respectivamente. Al análisis se encontró que existe asociación significativa entre el uso del anticonceptivo y la disfunción sexual [$\chi^2 = 27.244$ gl = 9 p = 0.0003].*

La anticoncepción hormonal con frecuencia se asocia a la aparición de trastornos de la respuesta sexual. Varios métodos contraceptivos se han relacionado con la DS, en usuarias de estos y se justifica a través de diferentes mecanismos. Entre los más relacionados se encuentran los contraceptivos

combinados o los que contienen progestágenos, las píldoras orales, inyectables e implantes.

Algunos de estos contraceptivos tienen efectos anti androgénicos, por tanto producen una reducción de la síntesis ovárica, de testosterona, además de un incremento de la proteína transportadora de los andrógenos y por consiguiente, disminución de los niveles totales de testosterona actuante. Estudios recientes han valorado el impacto de los contraceptivos hormonales combinados sobre la función sexual y se ha observado que en mujeres con trastornos sexuales que tomaban contraceptivos hormonales, los valores de la proteína transportadora de andrógenos era cuatro veces mayor que en el grupo de mujeres que no los usaban.²⁸

En el grupo que presenta disfunciones sexuales, los anticonceptivos orales representan mayor porcentaje 18.4%. Existen trabajos que responsabilizan a los contraceptivos hormonales orales combinados y los que contienen progestágenos solamente, con la aparición de trastornos de la función sexual y plantean en relación a los primeros, que la exposición prolongada a estrógenos sintéticos puede perpetuar la elevación de SHBG al inducir un gen que aumenta la expresión del gen SHBG.⁴⁶ Otros estudios analizan el impacto de los contraceptivos hormonales sobre la función sexual e indican que estos no producen desórdenes metabólicos, ni de la función sexual de manera significativa, especialmente en mujeres sin historia previa de algún trastorno en la esfera sexual.⁴⁷

Charnay Henríquez³⁰ observó que no hay una diferencia significativa entre el dispositivo intrauterino y los anticonceptivos orales.

El uso de métodos contraceptivos contribuye a menos agresiones ginecológicas por la realización de abortos y regulaciones menstruales, a pesar de lo avanzado en este sentido, siguen teniendo alta frecuencia y se mencionan como factores asociados a la aparición de DS en la mujer.

TABLA 4 A : FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL: PRIVACIDAD

Se halló que la presencia de niños u otra persona en la habitación en el grupo que tienen problema de disfunción si existe (73.7%), mientras que en el grupo no tiene problemas es negativo (28.9%). *Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo. [chi² = 15.22 gl = 1 p =0.0001 RR 2.55 IC 1.49 - 4.34]*

Esta situación (falta de privacidad) produce cambios significativos en el comportamiento sexual habitual de la mujer, disminuyendo e incluso desapareciendo los pensamientos y fantasías sexuales; los cuales se posponen o se evitan las relaciones. Coincidimos con Sarrel ⁴⁸ quien explica existe una incapacidad para disfrutar del sexo y esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.

Palomares ⁵⁰ dice que la sexualidad es una temática multidimensional que varía de una cultura a otra, y su concepción varía de sociedad en sociedad., entonces veremos si la mujer vive en una cultura conservadora como es la peruana –aun- ella se ve perjudicada en la falta de privacidad e intimidad.

De lo anterior se desprende la pregunta sobre disponibilidad de un dormitorio propio, que en ambos grupos respondieron que si lo tenían (55.3 % y 78.9%). *Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [chi² = 4.83 gl = 1 p = 0.0280 RR 0.70 IC 0.50 - 0.97]*

Sarrel ⁴⁸ menciona que una relación cercana e íntima con su pareja, tener no solo conocimientos apropiados sobre sexualidad y sobre los cambios en la madurez, sino gozar de un entorno de intimidad adecuado que favorezca, una actitud sexual con puntos de vista abiertos sobre la conducta sexual, es lo ideal. Por ello de la pregunta anterior queda la duda que teniendo la posibilidad de poseer un dormitorio propio, éste lo comparten eventualmente.

La mujer vivirá su sexualidad dependiendo de sus experiencias sexuales previas, de la percepción de su figura y los cambios que ésta experimenta, del grado de intimidad y complicidad con su pareja, del estrés físico o psicológico derivado de problemas laborales o familiares⁴⁹.

TABLA 4 B: FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL: PROBLEMAS PRE EXISTENTES

En nuestro estudio ambos grupos respondieron -entre las que presentaron disfunción sexual y no lo presentaron- que tuvieron problema de parto en 36.8% y 13.2% en cada grupo respectivamente; siendo porcentajes menores. *Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo. [chi² = 5.68 gl = 1 p = 0.0171 RR 2.80 IC 1.12 -*

7.00]

Alba Ávalos ⁴⁹ nos dice que salud sexual de la mujer después del parto el 62% refería mantener relaciones sexuales dolorosas a los tres meses después del parto, a los seis meses la cifra disminuyó a un 31%, de las cuales solo el 12% de ellas había padecido dispareunia en el año previo al embarazo. Chaparro ⁵⁰ escribe en su estudio que la sexualidad en el posparto apunta a determinar las características; no evalúan la sexualidad con parámetros establecidos, sino que buscan las posibles causas de las disfunciones sexuales. La literatura presenta mayores consensos que apuntan a aseverar que la calidad de la vida sexual de las parejas dentro del primer año posnatal lo cual se ve claramente afectada por diversos factores asociados a esta etapa.

De ahí, que Chaparro, Pérez y Sáez ⁴⁸ indican como sus resultados que un alto porcentaje de mujeres con disfunción sexual (73,6 %), es mucho más elevado que lo descrito por otros autores ⁵⁰. sin embargo, esos estudios se refieren a la población femenina en general.

La demanda de la pareja es un factor influyente en la reanudación de las relaciones sexuales en el posparto, en este estudio la mayoría de las mujeres reinició actividad sexual porque deseaba tenerlas, y estas presentaban un nivel de deseo y excitación mayor que las mujeres que no deseaban tener relaciones; además, el IFSF fue menor en aquellas quienes la pareja insistió

en tener actividad coital. Esto demuestra la importancia que sea la mujer quien decida cuál es el momento para reiniciar la actividad sexual posparto ⁴⁹

En el grupo que tienen problema de disfunción existió estrés, sobrecarga de roles (68.4 %), mientras que en el grupo que no tiene este problema fue el porcentaje mayor para la respuesta negativa (39.5%). *Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor de riesgo. [chi² = 6.41 gl = 1 p = 0.0114 RR 1.73 IC 1.11 - 2.72]*

Jones ⁴⁴ nos dice que Durante siglos la mujer fue menospreciada, postergada solo para cumplir el rol de hija obediente, que acataba la decisión de su padre acerca de con quién vivir su sexualidad y maternidad, esposa sumisa y madre abnegada, reprimiendo la expresión de su sexualidad por vergüenza y temor, ya que actuaba en función de lo que el hombre requería.

Según Sánchez ⁵¹ nos dice que puede considerarse al estrés laboral como el factor que desencadena o libera efectos tanto físicos (consecuencias físicas) como psicológicos (consecuencias psicosociales) en los individuos y afirman que no siempre constituye un proceso negativo en nuestras vidas, ya que dependerá de la valoración que cada sujeto hace del proceso y de su capacidad para controlar la situación y afrontar las consecuencias del estrés.

Los problemas de pareja se presentaron en mayor porcentaje en las mujeres que referían disfunción sexual (81.6% y 28.9%), *Al análisis se encontró que existe asociación significativa*

constituyéndose en factor de riesgo. [$\chi^2 = 21.29$ gl = 1 p = 0.0001

RR2.82 IC 1.37 - 4.74]

Álvarez ⁴⁵ nos dice que A través de su historia, la sexualidad era la necesidad imperante de saciar un impulso biológico que los llevaba a la cópula, con los objetivos principales: la reproducción y el mitigar conflictos de la especie, dada la conocida agresividad del macho, Las consecuencias de una disfunción sexual traen con ellos crisis familiar afectando la relación con pareja.

Según picazo Hernández ²⁶ nos dice que las crisis familiares son de dos tipos con una frecuencia y porcentaje de crisis normativas en 81 pacientes y un 54% las para normativas 69 pacientes con un 46 % .según nuestra investigación los problemas de pareja se incrementa por la falta de comunicación, problemas económicos la cual resalta un mayor porcentaje (81.6%) las mujeres que tenían disfunción sexual a comparación las que no presentaban (28.9%). Los problemas de pareja ocuparon el lugar más importante entre los eventos referidos por las mujeres con asociación a los trastornos de la respuesta sexual alcanzaron una frecuencia de 15,15 %

TABLA 4 C : FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE LA PAREJA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL:

Según la entrevista en ambos grupos respondieron que la valoración de la actividad sexual con la pareja fue buena (7.9 % y 86.8%) en diferentes proporciones. *Al análisis se encontró que existe asociación entre esta actividad para la presencia o no de la disfunción sexual; la cual fue significativa constituyéndose en*

**factor protector de riesgo. [$\chi^2 = 47.50$ $gl = 1$ $p = 0.0000$ $RR 0.09$
 $IC 0.03 - 0.27$]**

Wise ⁴⁶ nos dice que las mujeres señalaron tener una relación sexual satisfactoria 78,7 %, no satisfactoria 5,9 % y ocasionalmente no satisfactoria 15,4 %. Del total de mujeres que calificaron como satisfactoria la relación sexual (78.7 %), el mayor número (55,9 %) no presentó DS y el 22,8 % tuvo algún tipo de DS. En aquellas mujeres que calificaron como no satisfactoria la relación sexual, la DS fue de 5,4 % mientras que solo un 0,5 % de estas no presentaron dificultades en la esfera sexual. Las que señalaron sus relaciones sexuales como ocasionalmente no satisfactoria (13,8 %), presentó algún tipo de DS y solo 1,5 % no tuvo dificultades

Realancio ¹⁵ dice que las mujeres no responsabilizaron a su pareja sexual solo de sus dificultades, pero le otorgó un papel importante al señalar que ambos eran responsables de los trastornos presentados.

Según la entrevista la valoración integral de la pareja se encontró que fue buena (76.3 % y 97.4%), aunque con ligera diferencia entre los porcentajes, favoreciendo al grupo sin disfunción sexual. Al análisis se encontró que existe asociación significativa constituyéndose en factor protector de riesgo. [$\chi^2 = 7.37$ $gl = 1$ $p = 0.0066$ $RR 0.78$ $IC 0.68 - 0.94$].

Ahrold ⁵⁵ nos dice que La relación integral entre ambos miembros de la pareja influye en alguna medida sobre la actividad sexual, contribuye a que no aparezcan disfunciones cuando es adecuada y condiciona o agrava la existencia de estas, cuando es disfuncional.

Aquellas mujeres que calificaron su relación integral como buena, mostraron menor porcentaje de DS, y se relacionó con el grupo de las DSS. La relación integral de pareja regular o mala fue señalada con menor frecuencia en este trabajo pero se relacionó con la presencia de problemas en la esfera sexual. Casi la totalidad de las mujeres que calificaron en este grupo presentaron DS con significación estadística.



CONCLUSIONES

Del análisis realizado se concluye lo siguiente:

1. Como factores personales predominantemente fueron mujeres entre 30 a 34 años, de estado civil conviviente y grado de instrucción secundaria; sin mayor significancia estadística. Los factores personales de la pareja, presentaron edades mayor o igual a 35 años, con instrucción secundaria y trabajadores; los cuales al análisis representaron estar asociados como factores protectores de riesgo con significancia estadística. En cuanto a conducta adictiva de riesgo tenemos hábitos de fumar, de auto medicarse, consumo de bebidas alcohólicas, de café, y drogas no permitidas, asociadas con significancia estadística como factor de riesgo.
2. Como factores sexuales, las mujeres entrevistadas tuvieron su primera menstruación e inicio de relación sexual a edad menor de los 14 años, considerándose este último hallazgo al análisis como factor asociado, significativo de riesgo. La primera relación fue espontánea; perciben a veces orgasmo, reconociéndolos como factor asociado significativamente como protector de riesgo. Presentaron además dispareunia, así como la sequedad vaginal; considerándose las como factor significativo de riesgo. Igualmente refirieron que siempre mantienen el deseo sexual activo; sin significancia estadística.
3. Como factores Gineco obstétricos, fueron mayormente Multigesta con

antecedente de aborto; sin significancia estadística. El anticonceptivo más usado fueron los condones; sin embargo en conjunto los hormonales representaron el mayor porcentaje de uso. Al análisis estadístico, se corrobora que los anticonceptivos se encuentran asociados a la disfunción sexual en la mujer.

4. Como factores de relación integral, refirieron presencia de niños u otra persona en la habitación y ausencia de puertas que les permita privacidad, se exponen como factor significativo de riesgo; sin embargo, si disponen de dormitorio propio. De igual manera tener problemas en el parto, estrés, sobrecarga de roles y problemas de pareja se presupone al análisis como factor significativo de riesgo para la disfunción sexual en la mujer.

Finalmente se comprueba que existen algunos factores, que se asocian a la presencia de la disfunción sexual femenina en mujeres del Centro de Salud Carlos Protzel.



RECOMENDACIONES

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno y por tanto constituye un problema de salud, que si bien no pone en peligro la vida de los pacientes, afecta en forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social.

Por ello, a las y los obstetras de la institución, se sugiere las siguientes

recomendaciones:

- Profundizar el conocimiento de este problema de salud sexual, con la finalidad de brindar información adecuada a las mujeres y así promover factores protectores para esta situación.

- Se hace preciso el profundizar la educación sexual que se brinda en la institución, fortaleciendo la relación obstetra – paciente en temas de sexualidad, para lograr un mejor acercamiento a la paciente y brindarle los servicios que requiera.
- Que se realicen investigaciones, en mayor tiempo y/o de corte cualitativo para así poder brindar una mejor atención y educación a la mujer sobre temas de sexualidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2000). [En línea] Salud sexual y reproductiva. [Consultado el 12 de setiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>
2. Pérez, V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012. 24(1), pág. 36-59
3. International Urogynecological Association (IUGA) Sexual Dysfunction in Women Roundtable. IntUrogynecology J. 7 de abril de 2011;20(S1):1-2.
4. Alcántara, E. y Amuchástegui, A. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. En: Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2009. 19(3).
5. Figueroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., Del Prado, M., Flores, D. y Blümel, J, E. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Revista Médica de Chile. 2009. 137(3).
6. Del Prado, M., Fuenzalida, A., Jara, D., Figueroa, R., Flores, D. y Blümel, J, E. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS. Revista Médica de Chile. 2009. 136, 1511- 1517.
7. Blümel, J, E. Disfunción sexual en la mujer chilena. Revista de Medicina y Humanidades. 2009; 1(3).
8. García Pérez, H. y Harlow, S. Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. Salud pública de México. 2010; 52(2).
9. Tabbuso C. MedicalSex, Sexualidad, Educación Sexual, Disfunciones

- Sexuales, 2013. [En línea]. Argentina. [Fecha de acceso 02 de setiembre 2015]. Disponible en: www.medicalsex.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=111
10. Gómez, M, A. Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas Profesión*. 2010; 11(3-4).
 11. López-Olmos J. Dispareunia: Investigación de causa física y de causa infecciosa crónica (estudio prospectivo de 4 años) España. *Clínica de Investigación Gineco Obstétrica* 2008 Jiménez, M., Enríquez, B. y Puentes, E. 2010.
 12. Kamei J. Análisis de la respuesta sexual femenina y grado de satisfacción sexual en parejas de hombres tratados de una disfunción eréctil. *Revista chilena de Urología* 2005 Vol.70; N°4; Pág. 236-239
 13. Matute O. Viviana Función y disfunciones sexuales [Internet]. [citado 25 de setiembre de 2015]. Recuperado a partir de: UNIVERSIDAD DE CUENCA http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/502v35n02a131351_64pdf001.pdf
 14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2012. Ginebra: OMS.
 15. Real Cancio R. Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. Ministerio de Salud Pública Universidad De Ciencias Médicas De La Habana Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” Servicio de Endocrinología Y Reproducción. Ciudad de la Habana 2010. Cuba.
 16. Álvarez M. María, Fernández P. D, Gallardo A. Perfil biosociodemográfico

en mujeres de 35 a 55 años que cursan con disfunción sexual en la Comuna de Lanco, durante el segundo semestre del año 2012. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura Chile 2012

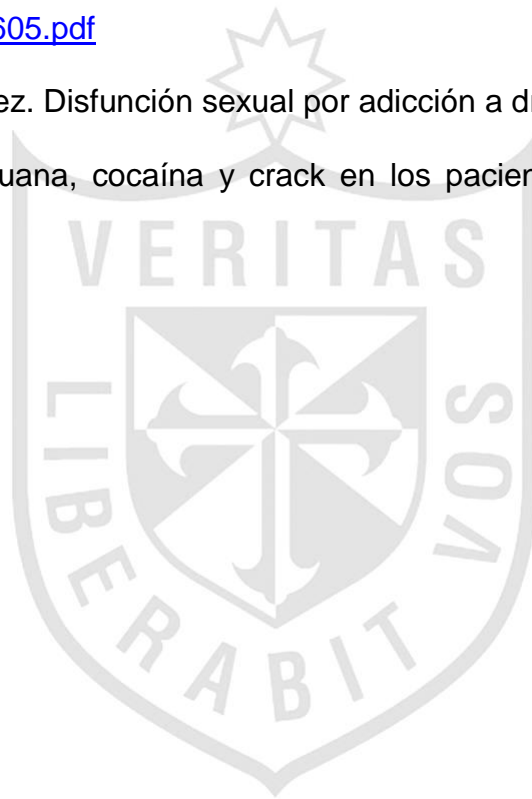
17. Figueroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., Del Prado, M., Flores, D. y Blümel, J, E. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Revista Médica de Chile*. 137(3). Obtenido el 2/12/2011, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872009000300004&script=sci_arttex
18. Matute V. Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados, Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca-Ecuador. 2014
19. Costa RM, Brody S. Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex. *J. Sex Med* 2010; 6: 142-8.
20. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Coronado Romero D, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ et al. Habilidades en salud mental paramédicos generales. *Sociedad española de Medicina General*, 2. ed. Madrid: 2006; 357-70.
21. Balodis IM, Potenza MN, Olmstead MC. Binge drinking in undergraduates: relationships with sex, drinking behaviors, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behav Pharmacol* 2009; 20:518-26.
22. El estrés y las disfunciones sexuales [En línea]. Parte 3. [Consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.sexovida.com/colegas/estresydisfunciones3.htm>

23. Drogas y sexo, grandes enemigos. [En línea] [Consultado el 03 de enero de 2016]. Disponible en: www.esmas.com/salud/home/sexualidad/348442.htm

24. González M. T, Elisa , Gálvez, N. Álvarez V, Cobas F. F, Cabrera .N [En línea]. Drogas y sexualidad: grandes enemigos [Consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi155-605.pdf

25. Cruz Hernández. Disfunción sexual por adicción a drogas de abuso: alcohol, marihuana, cocaína y crack en los pacientes que asisten a la



unidad de tratamiento al farmacodependiente (UTAF) año 2012.
Universidad de Oriente Núcleo de Sucre Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social. Cumaná, Julio de 2012

26. Picazo Hernández [En Línea]. Disfunciones Sexuales Femeninas Asociación Mexicana para la Salud Sexual [Consultado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-femeninas/>
27. Jara J, Lledó E , Sandoica E, Ogaya P. , Hernández F. C. Disfunción sexual: consideraciones sobre asesoramiento psicopedagógico. En: Revista Internacional de Andrología » Vol.08 Núm. 03. Julio - Septiembre 2010
28. Chedraui P, Pérez-López FR, San Miguel G, Ávila C. La valoración de sexualidad entre mujeres de mediana edad. Uso del índice de la función sexual en mujeres. Climacteric 2009; 12:213-21.
29. Bertolini MV. Andrógeno y sexualidad femenina. Rev. de la sociedad Argentina de Sexualidad Humana 2013; 17: 31-48.
30. Charnay M, Henríquez E. [En Línea]. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados [consultado el 11 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000100007&script=sci_arttext
31. Gómez, M, A. (2010). [En Línea]. Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matronas Profesión. 11(3-4). [consultado el 11 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.federacion>

matronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/15237/173/disfuncion-sexual-femenina-en-el-climaterio

32. Blümel, J, E. (2009). Disfunción sexual en la mujer chilena. Revista de Medicina y Humanidades. 1(3). Obtenido el 23/11/2011, desde http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n32009/03_Disfuncion_sexual.pdf
33. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. J Postgrad Med 2009; 55:113-20
34. Nappi, R., Martini, E., Terreno, E., Albani, F., Santamaria, V., Tonani, S., Chiovato, L. y Polatti, F. (2010). Manejo del trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres: tratamientos actuales y nuevos. Revista del Climaterio. 14(79), 20- 30. Obtenido el día 15/01/2012, desde <http://nietoeditores.com.mx/download/climaterio/noviembrediciembre2010/Climaterio%2079.3%20MANEJO.pdf>
35. Valdés M, Hernández E, Galvañy Peguero M, Rodríguez P. Mujer posmenopáusica. ¿Fin de la vida sexual?. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas «Dr. Enrique Cabrera». Policlínico Universitario «Federico Capdevila» Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana. 2013
36. Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab 2012; 97:1159.
37. Serpa, M. y Ramírez, E. (2009). Sexualidad y menopausia: un estudio en Bogotá. Revista Colombiana de Siquiatría. 38(1). Obtenido el 28/12/2011,

desde

http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100007&lng=es&nrm=

38. Avellanet YR, Ortiz AP, Pando JR, Romaguera J. Dyspareunia in puerto rican

middle-aged women. *Menopause* 2009; 16:742.

39 Real Cancio R. Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. Ministerio de Salud Pública Universidad De Ciencias Médicas De La Habana Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” Servicio de Endocrinología

40 Blümel, J, E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F. y Gramegna, G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de remplazo hormonal. *Revista Médica de Chile*. 130(10). Obtenido el 2/12/2011, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001000007&script=sci_arttext

41 García-Pérez, H. y Harlow, S. (2010). Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. *Salud pública de México*. 52(2). Obtenido el día 01/12/2012 desde http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342010000200007&script=sci_arttext

42 .Gómez, M, A. (2010). Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas Profesión*. 11(3-4). Obtenido el 4/12/2011, desde

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/15237/173/difuncion-sexual-femenina-en-el-climaterio>

- 43 Hung LLamos S. Prolactina y Reproducción. En: Endocrinología en Ginecología Tomol. Cuba. Ed Ciencias Medicas, 2006: 100-64.
- 44 Serpa, M. y Ramírez, E.. Sexualidad y menopausia: un estudio en Bogotá. Revista Colombiana de Siquiatría. 38(1). Obtenido el 28/12/2011, desde http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100007&lng=es&nrm=
- 45 Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assailants' sexual dysfunction during rape: Prevalence and relationship to genital trauma in female victims. J Emerg Med 2009; 19-22.
- 46 Alvarez Mancilla M, Fernandez PD, Gallardo Gustavo , Perfil biosociodemografico en mujeres de 35 a 55 años que cursan con disfunción sexual en la Comuna de Lanco, durante el segundo semestre del año 2012. Universidad Austral de Chile Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura. Valdivia – Chile 2012
- 47 Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay UN, Goldstein I. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. J Sex Med 2006; 3: 567- 70. 145
- 48 Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of

- contraception in Female German Medical Students. J Sex Med.2010; 4: 24-8.
- 49 Sarrel PM. Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behaviour in postmenopause. J Women Health Gend Based Med 2000; 9 (suppl1): 525-32.
- 50 Chaparro G Morin, Pérez V Ruth, Sáez C Katia. Función sexual femenina durante el período posparto. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013 Sep; 73(3): 181-186.
- 51 Ávalos-Moreno, Alba Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud Repercusión de la episiotomía en las relaciones sexuales postparto 24-jun-2015
- 52 Gómez, M, A. (2010). Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matronas Profesión. 11(3-4). Obtenido el 4/12/2011, desde <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/15237/173/disfuncion-sexual-femenina-en-el-climaterio>
- 53 Figueroa R, Jara D, Fuenzalida A, Del Prado M, Flores D, Blumel J. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev Méd Chile. 2009;137:345- 350.
- 54 Palomares. L. (2009). Respuesta Sexual Humana. Madrid, España: Sexología.org; Disponible en: <http://www.sexologia.org/respuesta>
- 55 Steel JL, Herlitz CA. Risk of sexual dysfunction in randomly selecte nonclinical sample of the swedisht population. Obstet Gynecol 2007;109:663-8.

- 56 Lutfey KE, Link CI, Litman HJ, Rosen RC, Mckinlay JB. An examination of the association of abuse physical, sexual or emotional and female sexual dysfunction results from the Boston Area of Community Health Survey. *Fertil Steril* 2008; 90: 957-64.
- 57 Hernández PI, Formental HS. Diferencia de género y su influencia en las disfunciones sexuales. Centro de Salud Mental (CENSAM) 2007, Cuba. (Fecha de acceso 23 de nov. 2012). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X07740633>
- 58 Zorozábal DCF. Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer Hospital Loayza 2009, Tesis para optar grado académico de Magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- 59 Vázquez S, Secín R. [En línea] Disfunción sexual asociada a antidepresivos [Consultado el 16 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am121d.pdf>
- 60 Ahrold TK, Meston CM. Effects of SNS activation on SSRI-induced sexual side effects differ by SSRI. *J Sex Marital Ther* 2009; 35(4):311- 9.
61. Speckhard, "Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern," *Journal of Social Issues*, 48(3):95-119

ANEXO 1. CUESTIONARIO
DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Tiene dificultades sexuales:

- No tienen dificultades Si tienen dificultades

I. FACTORES PERSONALES DE LA MUJER

Edad

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15 a 19 años | <input type="checkbox"/> 30 a 34 años |
| <input type="checkbox"/> 20 a 24 años | <input type="checkbox"/> 35 a 39 años |
| <input type="checkbox"/> 25 a 29 años | <input type="checkbox"/> 40 a 44 años |

Nivel de escolaridad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria, | <input type="checkbox"/> Técnico medio |
| <input type="checkbox"/> Secundaria, | <input type="checkbox"/> Universitario |
| <input type="checkbox"/> Preuniversitario | |

Estado civil

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Soltera |
| <input type="checkbox"/> Conviviente | |

Creencias religiosas

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> Cristiana |
| <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> Pentecostal |

Conducta adictiva de riesgo, hábitos tóxicos.

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hábito de fumar: | Si () no () |
| <input type="checkbox"/> Hábito de consumo de Bebidas
alcohólicas | Si () no ()
Si () no () |
| <input type="checkbox"/> Hábito de café | |
| <input type="checkbox"/> Hábito de: Drogas | Si () no () |
| <input type="checkbox"/> Hábito de auto medicarse | Si () no () |

FACTORES PERSONALES DE LA PAREJA

Edad

- Menos de 35 años Mayor o igual a 35 años

Ocupación

- Trabajador Desocupado

Nivel de escolaridad

- Secundaria,
 Superior técnico

FACTORES SEXUALES

Edad de la menarquia

- Entre 10 y 14 años Entre 15 a 18 años

Edad de la primera relación sexual

- Entre 13 y 14 años Entre 15 y 16 años

Características de la primera relación sexual.

- Espontánea Forzada

Conocimiento del Orgasmo

- Si No

Deseo sexual Siempre

- A veces siempre

Coito doloroso o dispareunia

- Siempre Nunca

Sequedad vaginal.

- Si No

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS

Número de Embarazos

Primigesta

Multigesta

Número de abortos

1 aborto

2 abortos

Métodos contraceptivos utilizados.

Hormonales orales

Hormonales inyectables

Dispositivo intrauterino

Implantes

Condón

Abstinencia sexual

Práctica folklórica

Ninguno



FACTORES DE RELACIÓN INTEGRAL DE PAREJA

Condiciones ambientales y sociales : PRIVACIDAD

Presencia de niños u otra persona en la habitación

- Si No

No disponer de un dormitorio

- Si No

Algún evento específico de vida conyugal o de convivencia

Problemas de pareja

- Si No

Problemas de parto

- Si No

Problemas de aborto

- Si No

Stress, sobrecarga de roles

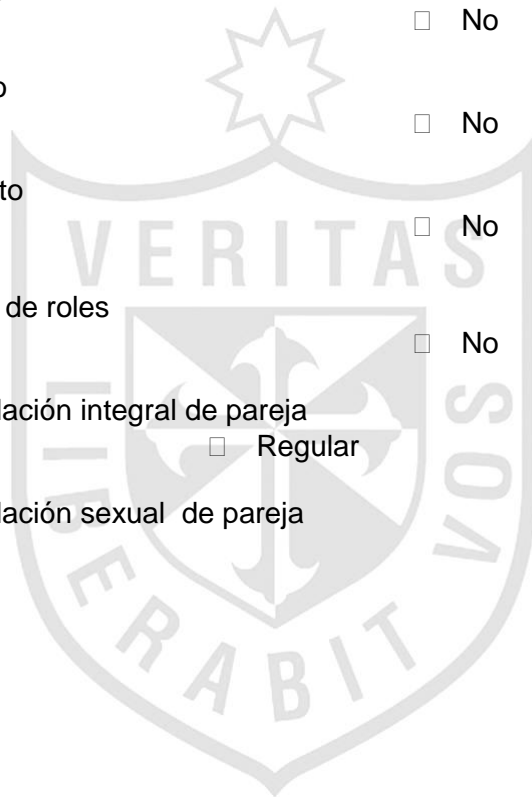
- Si No

Valoración de la relación integral de pareja

- Buena Regular

Valoración de la relación sexual de pareja

- Buena
 Regular



ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de la salud

APA: Asociación Psiquiátrica Americana

IFSF: Índice de Función Sexual Femenina

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RR: Riesgo Relativo

CHI²: Chi cuadrado

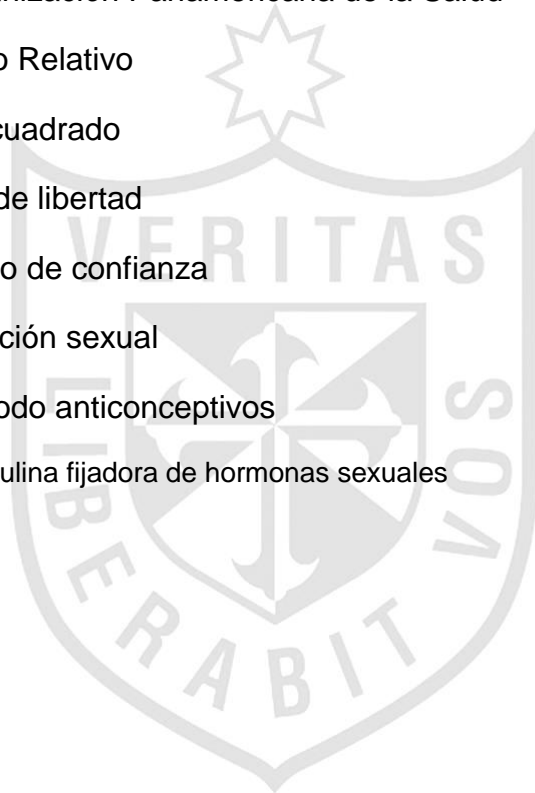
GI: Grado de libertad

IC: Intervalo de confianza

DS: Disfunción sexual

Macs: Método anticonceptivos

SHBG: Globulina fijadora de hormonas sexuales



Consentimiento informado

Yo _____,
con

_____ años con DNI _____; certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio academico que la Srta. Bachiller de Obstetricia **KAREN CABRERA VILCA** me ha invitado a participar.

Por lo que actuo consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este procedimiento en forma activa en la entrevista que se me va a realizar.

Soy conocedor de la autonomia suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio academico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificacion alguna, que no me haran devolucion escrita y que no se trata de una intervencion con otros fines.

Que se respetara la buena fe , la confidencialidad e intimidad de la informacion por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad fisica y personal.

Firma : _____

Fecha : _____ de _____ del 2015