



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Disfunción Sexual Femenina en el Hospital II – 2 Santa Rosa de Piura – 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Zapata Risco, Jackelyn (ORCID: 0000-0001-5435833X)

ASESORA:

Mg. Romina Takayana Sandoval (ORCID: 0000-0003-2390-091X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020


Dedicatoria

Con mucho cariño le dedico este esfuerzo, a mi padre Damián Zapata y María Risco además de mi hija Kelly Cornejo, por su apoyo incondicional tanto moral como económico durante todo el transcurso de mi carrera profesional ya que sin su apoyo mi sueño de ser una gran profesional no se hubiese cumplido.

Agradecimiento

Le agradezco en primer lugar a Dios por darme salud e iluminarme durante todo el trayecto de mi carrera profesional y llegar hasta esta etapa final de mi profesión. En segundo lugar, agradecerle a mi familia por su apoyo incondicional.

Página del Jurado


 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página _____ de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **ZAPATA RISCO JACKELYN** cuyo título es:

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN EL HOSPITAL II -2 SANTA ROSA DE PIURA-2019"

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: ...15... (número)
 Quince (letras).

Piura..... 03 de 02 .. del 2010...


 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

 Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
 Coordinador de la Escuela de Medicina
 UCV - Piura

 PRESIDENTE


 Dr. Tristán Heredia Calderón
 MÉDICO ANESTESIOLOGA
 C.M.P. 55821 - R.N.E. 21542

 SECRETARIO


 Hospital de Apoyo N.º 1 - SAN JUAN - C.C.C.
 Hospital de Apoyo N.º 1 - San Mercedes - Piura

 Michael David Viza Castilla
 Cirujano General
 C.M.P. 059607 / R.N.E. 130653

Laboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
--------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

Declaratoria de autenticidad

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Jackelyn Zapata Risco, identificada con **DNI N° 76747225** estudiante de la Escuela Académico Profesional de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada “Disfunción Sexual Femenina en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura - 2019” y Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis tampoco ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
5. De identificarse algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Piura, 03 de Febrero del 2020



Jackelyn Zapata Risco

DNI N° 76747225

ÍNDICE

Carátula.....	ii
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO.....	11
2.1.Diseño y Tipo de Investigación.....	11
2.2.Tipo de Estudio.....	11
2.3.Identificación de Variables.....	11
2.3.1.Operacionalización de Variables.....	11
2.4.Población y Muestra.....	14
2.4.1.Población.....	14
2.4.2.Muestra.....	15
2.4.3.Criterios de Inclusión.....	15
2.4.4.Criterios de Exclusión.....	15
2.5.Técnica e instrumento de recolección de datos.....	15
2.6.Análisis de Datos.....	17
2.7.Aspectos éticos.....	17
III. RESULTADOS.....	18
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES.....	26
VI. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS.....	32

Índice de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de DSF en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.....	18
Tabla 2. Prevalencia de alteraciones por dominios del Índice de Función Sexual Femenina en las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura 2019.....	20
Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.....	21
Tabla 4. Características de la sexualidad de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.....	22
Tabla 5. Características clínico-terapéuticas (fumadora actual, índice de masa corporal, condiciones médicas, menopausia, tratamientos recibidos) de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.....	23

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Se incluyó en este estudio una muestra de 126 mujeres de 18 a 65 años que acudieron a consulta en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura durante enero a junio del 2019. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos y Índice de Función Sexual Femenino, los cuales fueron aplicados mediante una entrevista. El análisis estadístico se realizó en STATA v.14, realizándose un análisis univariado y bivariado.

Resultados: Se encontró una prevalencia de DSF entre las participantes del estudio del 30.16%, con una edad media de 36.9 años y procedencia en la mayoría de las áreas urbanas. La DSF se asoció con la procedencia de la participante, la ocupación, la orientación sexual, la frecuencia de relaciones sexuales, tener pareja sexual, las condiciones médicas y el tratamiento recibido.

Conclusiones: Debido a la alta prevalencia de DSF encontrada, es necesario realizar estudios que evalúen a mayor profundidad la DSF de forma población entre las mujeres.

Palabras claves: Disfunción sexual, mujer, prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was to determine the prevalence of female sexual dysfunction in patients seen at Hospital II-2 Santa Rosa de Piura during the year 2019.

Methodology: A descriptive, prospective and cross-sectional study was performed. A sample of 126 women from 18 to 65 years old was included in this study, who came for consultation at the Hospital de Apoyo II-2 Santa Rosa de Piura during January to June 2019. A data collection card and a Female Sexual Function Index were used as an instrument, which were applied by means of an interview. Statistical analysis was performed in STATA v.14, with univariate and bivariate analysis.

Results: A prevalence of DSF was found among study participants of 30.16%, with a mean age of 36.9 years and provenance in most urban areas. DSF was associated with the participant's background, occupation, sexual orientation, frequency of sexual intercourse, having a sexual partner, medical conditions, and treatment received.

Conclusions: Due to the high prevalence of DSF found, it is necessary to carry out studies that evaluate in greater depth the population form of DSF among women.

Keywords: Sexual dysfunction, female, prevalence.

I. INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual femenina (DSF) es un problema común que tiene efectos perjudiciales en la calidad de vida de una mujer (1). Los problemas sexuales son comunes entre las mujeres, pero se convierten en una disfunción cuando causan angustia en lugar de una respuesta fisiológica normal debido a circunstancias difíciles (2). Además, está asociado con varias características psicodemográficas, por ejemplo, edad, educación y mala salud física y emocional. La FSD parece ser más común en mujeres que tienen antecedentes de abuso sexual o coerción. Se cree que en la población general hasta el 60% de las mujeres menores de 60 años tienen algún grado de disfunción sexual (3).

La Encuesta Nacional de Salud de Estados Unidos reveló que el 43% de mujeres <60 años tenían alguna forma de disfunción sexual (4). La disfunción sexual femenina ciertamente no es un problema limitado a las mujeres jóvenes, de hecho, los datos del censo de población de los Estados Unidos muestran que aproximadamente 10 millones de mujeres estadounidenses, aproximadamente el 3% de la población total, de 50 a 74 años, informaron sobre alguna forma de disfunción sexual (5). Una encuesta internacional realizada recientemente que incluyó a 4,507 mujeres de entre 18 y 59 años reveló que el 34% de los participantes había disminuido el interés sexual y el 19% no consideraba que las relaciones sexuales fueran placenteras.

A nivel nacional existen pocos estudios que aborden este problema tan crucial en la esfera sexual de la mujer, por tal motivo, consideramos que es necesario tener una evaluación de dicha situación a nivel local.

Safdar F, et al. 2019. Singapur. Con el objetivo evaluar la prevalencia de la disfunción sexual femenina e investigar los factores de riesgo significativos independientes entre los trabajadores de salud aliados en un hospital terciario en Singapur. Realizó un estudio transversal en el que se distribuyó un cuestionario anónimo que incluía 19 preguntas en el FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) a todos los trabajadores de salud aliados en un hospital terciario en Singapur con edades comprendidas entre 18 y 70 años. Entre los resultados de trescientos treinta cuestionarios completos que participaron en el análisis, se encontró que el 56.0% de las mujeres tenían disfunción sexual. Se encontró una diferencia

significativa en la prevalencia de FSD al comparar enfermeras con otro personal de salud aliado, donde las enfermeras tenían un menor riesgo de desarrollar FSD. La edad no fue un factor de riesgo significativo en nuestro estudio. Los encuestados menores de 40 años tuvieron puntajes de satisfacción significativamente más bajos que aquellos mayores de 40. Se encontró que los indios y filipinos tenían puntajes más bajos que los encuestados chinos y malayos en los dominios de lubricación ($p = 0.02$) y dolor ($p = 0.02$). concluyendo que: Una proporción significativa de nuestras trabajadoras de salud aliadas sufren de disfunción sexual. En este estudio, encontramos que la prevalencia general era independiente de la edad, la raza y el estado civil. Las enfermeras tenían un menor riesgo de desarrollar FSD (4).

Shahraki1 Z, et al. 2018. Irán. Estudio sobre “Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility” con la finalidad de evaluar la depresión, la función sexual y la calidad de vida sexual en mujeres iraníes con infertilidad, realizaron un estudio con doscientos sesenta y cuatro individuos (115 controles sanos, 78 con primaria y 71 con infertilidad secundaria). Se pidió a todos los participantes que llenaran una versión persa válida y confiable de BDI (Inventario de depresión de Beck), FSFIS (Índice de Función Sexual Femenina) y cuestionarios de calidad de vida sexual femenina (SQOL-F). Resultados: la puntuación media de BDI fue significativamente más baja en individuos sanos. Los individuos con infertilidad primaria sufrieron más disfunción sexual, mientras que la puntuación de BDI fue significativamente más alta y la SQOL-F fue significativamente más baja en los casos con disfunción sexual. Hubo una correlación positiva significativa entre SQOL-F y la puntuación FSFI total ($r = 0.59$, $p < 0.001$). El análisis de regresión lineal al considerar a SQOL-F como dependiente y edad, BDI, duración del matrimonio, disfunción sexual ($FSFI \leq 26.55$ o > 26.55) mostró que el BDI y la disfunción sexual eran predictores independientes de SQOL-F (5).

Wallwiener S, et al. 2017. Germania. Con el objetivo evaluar la prevalencia de inactividad sexual y disfunciones sexuales en mujeres alemanas durante el período perinatal y la verificación de posibles factores de riesgo. Se administraron cuestionarios a 315 mujeres prenatales (TI 3er trimestre) y posparto (TII 1 semana, TIII 4 meses), incluido el Índice de función sexual femenina (FSFI), la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de asociación (PFB). Entre los resultados se encontró: frecuencia de inactividad sexual fue de 24% (TI), 40.5% (TII) y 19.9% (TIII). En general, 26.5-34.8% de

las mujeres estaban en riesgo de disfunción sexual (puntaje FSFI <26.55) en todos los puntos de medición. El trastorno del deseo sexual fue la forma más frecuente de disfunción sexual femenina. Además, especialmente la lactancia materna y la baja calidad de la pareja se revelaron como factores de riesgo significativos para problemas disfuncionales sexuales después del parto. Los síntomas depresivos con cesárea y educación materna alta se correlacionaron con problemas disfuncionales en varios subdominios. Concluyendo que las mujeres en riesgo de FSD diferían significativamente en aspectos de la calidad de la asociación, la lactancia materna, el modo de parto, la educación materna y los síntomas depresivos. Los aspectos de la sexualidad perinatal deben implementarse rutinariamente en el asesoramiento de parejas en clases prenatales (6).

Díaz C. 2016. Chiclayo. Realizó un estudio de casos y controles en mujeres chiclayanas de 18-59 años, atendidas en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, con la finalidad de determinar los factores que se asocian a la disfunción sexual femenina. Se trabajó con 342 mujeres (114 casos/228 controles) y se definió como caso a la mujer cuyo puntaje en el Índice de Función Sexual Femenina fue ≥ 24 puntos. Dentro de los resultados se observó que la edad promedio fue $40,5 \pm 9,2$ años; 45,9% eran casadas; 53,5% tenían secundaria completa; 41,5% amas de casa; 17,8% tenían menopausia. En el análisis multivariado se observó que son factores de riesgo: conviviente 8,11 (IC95%: 2,36-17,84), fumadora 2,26 (IC95%: 1,08-4,76), ansiedad 1,21 (IC95%: 1,10-1,45) (7).

Jiménez J, Jara A. 2014. Lima. Realizó un estudio en pacientes con cáncer de mama del INEN, buscando factores asociados a disfunción sexual en pacientes con dicha patología. Se incluyeron 300 mujeres con edad mayor a 18 años, con actividad sexual. Se observó que la edad promedio fue 47 años, el 61.7% se encontraba en fase clínica I y II de la enfermedad, el 51.1% tenía mastectomía total. El 62.3% presentó algún tipo de alteración en la función sexual después del tratamiento. Al evaluar cada una de las dimensiones de la función sexual, se determinó que el 60% presentó trastorno del deseo sexual; 56.3% alteración de la excitación: 39% alteración de lubricación; 23.7% trastorno del orgasmo; 34.3% presentó ansiedad anticipatoria frente al coito. Las mujeres de fase clínica III-IV, con imagen corporal negativa y mastectomía total, poseen mayor riesgo para desarrollar alguna alteración de la función sexual en cualquiera de sus dimensiones (8).

La DSF se define como un trastorno del deseo sexual, excitación, orgasmo o dolor sexual que produce una angustia personal significativa (9). En 1966, Masters y Johnson (10) informaron que el ciclo normal de respuesta sexual femenina consta de cuatro fases sucesivas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Esta hipótesis fue modificada posteriormente por Kaplan y la fase de excitación se subdividió en deseo y excitación, eliminando así la fase de meseta. Estos modelos suponen una progresión lineal desde una conciencia inicial del deseo sexual a una de excitación con un enfoque en la hinchazón genital y la lubricación, hasta la liberación y resolución orgásmica. Más recientemente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) clasificó la DSF en cuatro grupos (11-13). Las categorías de diagnóstico resultantes que incluyeron cuatro grupos (es decir, trastorno del deseo sexual, trastorno de excitación sexual, trastorno orgásmico y trastornos de dolor) reflejaron este modelo lineal y más bien genitualmente enfocado de la función sexual. Cada uno de estos diagnósticos es independiente de los demás, por ejemplo, un paciente con deseo sexual aún puede despertarse y ser capaz de tener un orgasmo. Por lo tanto, se describieron fases discretas y no superpuestas de respuesta sexual y se definieron disfunciones discretas (14).

La prevalencia de las preocupaciones sobre la función sexual femenina en la clínica de atención primaria es difícil de cuantificar, puede variar entre 30% y 100% a lo largo de la vida de una mujer (15). El costo emocional que la baja libido, el dolor sexual y la anorgasmia tienen sobre las mujeres y sus parejas es significativo. Los pacientes que experimentan dolor sexual pueden dudar en hablar de sus inquietudes, o pueden haber tenido una experiencia negativa con un proveedor de atención médica en el pasado cuando intentaron discutir sus inquietudes (16). En promedio, los pacientes ven a más de seis proveedores de atención médica antes de que se aborde adecuadamente la fuente de sus preocupaciones de dolor sexual o libido. La aparición de preocupaciones sexuales es mayor en pacientes con depresión, dolor crónico, diagnóstico de cáncer, problemas intestinales o de vejiga y artritis, así como en los años posmenopáusicos (17,18).

Si un paciente se queja de disminución del deseo sexual, debe tener en cuenta muchos problemas y preocupaciones de la vida que pueden afectar la intimidad. En el corazón del trastorno del deseo sexual hipoactivo hay un desequilibrio entre los neurotransmisores excitadores (dopamina y norepinefrina) e inhibidores (serotonina) en regiones clave del

cerebro. La dificultad en las mujeres es que la libido se ve afectada por factores psicosociales tales como problemas de relación, problemas físicos como la obesidad o la artritis, afecciones médicas y medicamentos (19). En una investigación que incluye mujeres que se quejan de disminución de la libido, el 30% puede mejorar con placebo solo. Esto nos dice cuán importante puede ser abordar los problemas psicosociales (20).

A lo largo de la vida de una mujer se producen cambios en la función sexual. Estos cambios normativos están relacionados con la edad y la menopausia, el embarazo, el parto y la lactancia (21-24). Hay estudios longitudinales que muestran una disminución en el deseo y el interés en el sexo tanto con la menopausia como con el envejecimiento (25,26). A pesar de esto, la frecuencia real de cualquier actividad sexual en pareja puede cambiar o no dado que las mujeres tienen muchas razones para tener relaciones sexuales distintas al deseo (27). También se ha demostrado que incluso años después de la menopausia, un aumento en el deseo y el interés se informa constantemente con una nueva relación (28).

También hay una reducción en el deseo sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales relacionadas con el embarazo (29). Estos se han relacionado con el miedo de las mujeres a causar un aborto espontáneo o daño al feto. La fatiga, el malestar físico y sentirse menos atractivo son otras razones. Las últimas razones también se han implicado en las madres lactantes (30). Los datos sobre el impacto del parto en la función sexual son contradictorios. Hay una escasez de datos científicamente confiables sobre el impacto del parto en la función sexual y la asociación con los diferentes modos de parto. Se informa ampliamente que la dispareunia posparto se asocia con el modo de parto, con el parto vaginal asistido predominantemente incriminado con al menos un aumento doble de dispareunia en comparación con el parto vaginal espontáneo (31). Las mujeres con un perineo intacto o desgarro perineal de primer grado 6 meses después del parto tenían más probabilidades de experimentar un orgasmo que aquellas con desgarro perineal de segundo, tercer o cuarto grado (32).

Las emociones para la pareja y la relación con su pareja durante la relación sexual junto con el bienestar emocional general como los predictores más fuertes de la salud sexual (33). Se realizó una encuesta telefónica a 987 mujeres blancas o negras/afroamericanas de 20 a 65 años, con inglés como primer idioma, que vivían al menos 6 meses en una relación

heterosexual. La tasa de participación fue del 53,1%. Se aplicó la ponderación para aumentar la representatividad de la muestra. Un total de 24.4% de las mujeres reportaron angustia marcada por su relación sexual y/o su propia sexualidad. Sentirse emocionalmente cerca de su pareja durante la actividad sexual disminuyó las probabilidades de "angustia leve" en un 33% en relación con "no angustia" y "angustia marcada" en un 43%. Los aspectos físicos de la respuesta sexual en las mujeres, incluida la excitación, la lubricación vaginal y el orgasmo, fueron predictores deficientes (34).

Tradicionalmente se han implicado factores psicológicos e interpersonales y las distracciones no sexuales de la vida diaria pueden impedir la excitación (35). Las distracciones sexuales también juegan un papel importante e incluyen preocupaciones relacionadas con estar lo suficientemente excitado, alcanzar el orgasmo, la eyacuación tardía de la pareja masculina, el miedo al embarazo no deseado o la enfermedad de transmisión sexual (ETS) y la falta de privacidad. Se ha demostrado que el bienestar mental es un predictor robusto del deseo sexual y la capacidad de respuesta en estudios longitudinales (35) y transversales (36) de mujeres menopáusicas. Las mujeres que se definían como de buena salud mental eran mucho menos propensas a reportar angustia por su relación sexual en comparación con las mujeres que tenían puntuaciones más bajas de salud mental autoevaluadas. Las mujeres más sanas tenían un 59% menos de probabilidades de reportar angustia por su relación. Los estudios han demostrado una alta correlación de las quejas de deseo con medidas de baja autoimagen, inestabilidad del estado de ánimo y tendencia a la preocupación y la ansiedad (37). Las diferencias entre un grupo de mujeres con un trastorno del deseo sin depresión clínica y un grupo de control de mujeres sanas sin problemas fueron significativas para la mayoría de las escalas en el Inventario de Narcisismo (38). Las mujeres con trastornos del deseo tenían problemas de ansiedad, baja autoestima, inestabilidad emocional y neuroticismo. La excitación sexual y los problemas de orgasmo, por otro lado, fueron más frecuentes en mujeres que generalmente no podían tolerar la pérdida de control (39).

La DSF se diagnostica a través de la historia clínica médica y sexual. Se requiere de un examen pélvico solo para el diagnóstico de trastornos del dolor sexual.

Las disfunciones sexuales se definen en relación con una o más fases del ciclo de respuesta sexual, aunque en la práctica clínica, es poco frecuente ver un trastorno que se limita a una sola fase (40). En los criterios de diagnóstico publicados en 2013, se combinaron varias categorías y se cambiaron las definiciones. Las principales categorías son (41):

Interés sexual / trastorno del deseo: Hay sentimientos ausentes o disminuidos de interés o deseo sexual, pensamientos o fantasías sexuales ausentes y falta de deseo receptivo. Las motivaciones para intentar tener excitación sexual son escasas o ausentes. Se considera que la falta de interés va más allá de la disminución normativa con el ciclo de vida y la duración de la relación (42).

Trastorno de excitación

Trastorno subjetivo de la excitación sexual: ausencia o disminución notable de los sentimientos de excitación sexual (excitación y placer sexuales) por cualquier tipo de estimulación sexual. Todavía se produce lubricación vaginal u otra respuesta física.

Trastorno de excitación genital y subjetivo combinado: ausencia o disminución notable de los sentimientos de excitación sexual (excitación y placer sexuales) por cualquier tipo de estimulación sexual, así como quejas de excitación sexual genital ausente o alterada (hinchazón vulvar, lubricación).

Trastorno de excitación sexual genital: Quejas de excitación sexual genital ausente o alterada. El autoinforme puede incluir una mínima hinchazón vulvar o lubricación vaginal por cualquier tipo de estimulación sexual y la reducción de las sensaciones sexuales de los genitales acariciantes. La excitación sexual subjetiva todavía se produce por estímulos no genitales.

Trastorno orgásmico

A pesar del autoinforme de alta excitación/excitación sexual, hay falta de orgasmo, intensidad disminuida marcada de las sensaciones orgásmicas o retraso marcado del orgasmo de cualquier tipo de estimulación.

Trastorno de dolor sexual

Dispareunia: dolor recurrente o persistente con intento de entrada vaginal completa y/o coito vaginal en el pene.

Vaginismo: dificultades persistentes o recurrentes de la mujer para permitir la entrada vaginal de un pene, un dedo y/o cualquier objeto, a pesar del deseo expresado de la mujer de hacerlo. A menudo hay evitación (fóbica) y anticipación/miedo/experiencia del dolor, junto con una contracción variable involuntaria del músculo pélvico.

Trastorno de excitación sexual persistente

Excitación genital espontánea intrusiva y no deseada (por ejemplo, hormigueo, latidos, pulsaciones) en ausencia de interés y deseo sexual. La excitación no se alivia con uno o más orgasmos y las sensaciones de excitación persisten durante horas o días. Las modificaciones constantes en la clasificación han generado confusión entre los diferentes organismos y dificultan la comparación de los estudios que analizan la FSD debido a estos criterios cambiantes. Además, cualquier sistema de clasificación intenta clasificar la FSD en grupos distintos, aunque a menudo clínicamente son muy difíciles de clasificar como tales.

Como se indicó anteriormente, el tratamiento para esta afección se guía mejor por un historial cuidadoso y una discusión con el paciente. Si la libido ha sido motivo de preocupación durante un período de tiempo significativo, aliente al paciente a ver a un consejero calificado. Es útil tener una lista de recursos disponibles en su área. Si la paciente tuvo previamente lo que considera un buen deseo sexual y este es un problema nuevo, considere nuevos medicamentos, traumas o eventos recientes que pueden haber desencadenado la aparición del dolor. Aunque esto no es exhaustivo, si el paciente toma más de un medicamento que afecta el deseo sexual, es posible que deba trabajar con él para ajustar los medicamentos (43). Si ella es premenopáusica y no toma ningún medicamento, el tratamiento incluye intervención psicosocial, ajuste de estilo de vida y medicamentos.

Los ajustes en el estilo de vida pueden incluir cambiar su horario para que haya tiempo para la intimidad, ya que muchos pacientes están demasiado ocupados para permitir el tiempo adecuado para la excitación y una experiencia sexual positiva. También tenga en cuenta el efecto positivo que el ejercicio tiene sobre el deseo sexual, tanto directamente al aumentar la noradrenalina como indirectamente al mejorar la resistencia y la autoimagen. Las consideraciones dietéticas también son importantes, ya que las mujeres con sobrepeso u obesidad pueden sufrir una libido baja debido a su propia imagen, fatiga por

hiperinsulinemia o diabetes, y problemas gastrointestinales u otros (44). Actualmente, hay dos tratamientos aprobados por la FDA: flibanserina (Addyi), que es un medicamento diario, y bremelanotida (Vyleesi), que es un medicamento inyectable episódico. Ambos deben ser recetados por médicos con experiencia en medicamentos, indicaciones y posibles efectos secundarios. Otra consideración en las mujeres que reciben tratamiento para la depresión es cambiarlas de un medicamento inhibidor a uno que pueda tener un efecto positivo sobre la libido. Alentar a los pacientes a tener una comunicación abierta con sus parejas sobre lo que conduce al placer y lo que no es esencial cuando se trata el deseo y la excitación (45).

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual femenina en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el 2019?

El tema general de la función sexual femenina puede ser difícil de abordar en el entorno de atención primaria. Cuando un paciente se presenta para un examen anual, por ejemplo, y ella dice que tiene dolor durante las relaciones sexuales, puede causar ansiedad por parte del profesional. A menudo, esta no es una visita que se puede lograr en un espacio de 10 minutos, así que no dude en decirle al paciente que desea asegurarse de tener el tiempo adecuado para abordar su inquietud. Tener un conocimiento básico sobre un enfoque sistemático para el dolor sexual femenino puede ayudar al profesional a tener confianza para discutir esta área de angustia con las mujeres y sus parejas.

Se plantea como objetivo general: – Determinar la prevalencia de DSF en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019. Para lograr dicho objetivo nos apoyaremos en.

1. Determinar las características sociodemográficas (edad, años de estudio, nivel educativo, procedencia, número de hijos) de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.
2. Determinar las características de la sexualidad (edad de inicio de relaciones sexuales, pareja sexual actual, disfunción sexual de la pareja, orientación sexual) de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

3. Determinar las características clínico-terapéuticas (fumadora actual, índice de masa corporal, condiciones médicas, menopausia, tratamientos recibidos) de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.
4. Determinar la prevalencia de alteraciones por dominios (deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual, dolor) del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) en las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.
5. Identificar los factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

II. MÉTODO

2.1. Diseño y Tipo de Investigación

El estudio de investigación fue de diseño no experimental.

2.2. Tipo de Estudio

El tipo de estudio descriptivo, transversal, prospectivo y analítico:

2.3. Identificación de Variables

2.3.1. Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Valor final
Disfunción sexual	Interrelaciones entre componentes físicos, sociales y psicológicos que causan impacto en la percepción de la sexualidad de un individuo.	Puntuación ≤ 26 puntos en el IFSF.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Alteración del deseo sexual	Alteraciones del dominio de deseo sexual medido mediante el IFSF.	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio del deseo sexual del IFSF.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Alteración de la excitación	Alteraciones del dominio de excitación medido mediante el IFSF.	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio de excitación del IFSF.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Alteración de la lubricación	Alteraciones del dominio de lubricación medido mediante el Índice de Función Sexual Femenina	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio de lubricación del IFSF	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Alteración del orgasmo	Alteraciones del dominio referente al orgasmo medido mediante el IFSF.	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio sobre el orgasmo del IFSF.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Alteración de la satisfacción sexual	Alteraciones del dominio de satisfacción sexual medido mediante el IFSF.	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio de	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si

		satisfacción sexual del IFSF.		
Alteración del dominio del dolor	Alteraciones del dominio de dolor durante las relaciones sexuales medido mediante el IFSF.	Puntuación ≤ 3 puntos en el dominio de dolor IFSF.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si

Covariables

Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Edad en años cumplidos desde el nacimiento.	Cuantitativa Discreta	Edad en años
Estado civil	Condición de un individuo relacionado con su relación de pareja actual	Estado actual de la participante según su relación de pareja y situación legal actual	Cualitativa Politómica	0=Casado o viviendo con su cónyuge/pareja 1=Divorciado/viudo/separado 2=Soltero
Nivel educativo	Nivel educativo logrado por un individuo al terminar su educación básica o superior.	Nivel educativo más alto cursado por la entrevistada.	Cualitativa Politómica	0= Sin estudios 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior técnica 4=Superior universitario
Procedencia	Lugar de residencia actual de un individuo	Área o zona de donde proviene la paciente.	Cualitativa Dicotómica	0=Rural 1=Urbano
Ocupación	Trabajo que realiza o al que se dedica un individuo.	Actividad o labor a la que se dedica la paciente	Cualitativa Politómica	Nombre de profesión
Número de hijos	Cantidad de hijos que ha tenido un individuo	Cantidad de hijos que ha tenido la paciente hasta el momento de la entrevista.	Cualitativa Politómica	0=Ninguno 1=1 hijo 2=2 hijos 3=3 o más hijos
Orientación sexual	Atracción afectiva, romántica sexual y psicológica que la	Orientación sexual con la cual se identifica la encuestada.	Cualitativa Politómica	0=Heterosexual 1=Homosexual

	persona siente de modo sostenido en el tiempo.			2=Bisexual
Edad de inicio de relación sexual	Edad en la cual un individuo mantuvo su primera relación sexual	Edad en la cual la paciente tuvo su primera relación sexual	Cuantitativa Discreta	Edad en años
Frecuencia de relaciones sexuales	Cantidad de relaciones sexuales que un individuo mantiene en un determinado periodo de tiempo.	Cantidad de relaciones sexuales que la encuestada mantiene al mes durante el año anterior a la encuesta.	Cuantitativa Discreta	Número de relaciones sexuales al mes
Pareja sexual actual	Compañero o pareja con la cual un individuo mantiene relaciones sexuales con frecuencia.	Pareja sexual de la paciente al momento de la entrevista	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Disfunción sexual en la pareja	Problemas de erección o alteraciones sexuales en la pareja de un individuo.	Problemas de erección o de disfunción sexual diagnosticados en la pareja actual de la entrevistada.	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Fumadora actual	Fumar con frecuencia al menos un cigarro.	Consumo de cigarrillo durante el último año	Cualitativa Dicotómica	0=No 1=Si
Índice de masa corporal	Es una medida para evaluar la grasa corporal de un individuo.	Relación entre el peso en kilogramos y la talla de la entrevistada.	Cuantitativa Continua	Kg/m ²
Condiciones médicas	Patologías que afectan la salud de un individuo que pueden ser crónicas o no.	Patologías que la paciente padece hasta el momento de la entrevista	Cualitativa Politómica	0=Hipertensión 1=Artritis 2=Problemas tiroideos 3=Asma 4=Diabetes 5=Enfermedad coronaria u otra afección cardíaca

				6=Dolor crónico 7=Enfermedad del intestino irritable o inflamatoria 8=Incontinencia urinaria 9=Cáncer 10=Ulceras 11=Alteraciones del piso pélvico 12=Otras enfermedades
Menopausia	El cese permanente de la menstruación generalmente se define después de 6 a 12 meses de amenorrea en una mujer mayor de 45 años.	Diagnóstico médico realizado a la paciente.	Cualitativa Politómica	0=Premenopausia 1=Postmenopausia quirúrgica 2=Postmenopausia natural
Tratamientos recibidos	Tratamientos administrados a un paciente por diferentes patologías.	Tratamientos administrados durante los últimos 12 meses a la entrevistada.	Cualitativa Politómica	0=Antihipertensivos 1=Medicamentos para bajar el colesterol 3=Otros

2.4. Población y Muestra

2.4.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres de 18 a 65 años que acuden a consultorio externo de medicina, cirugía y ginecología del Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2019.

2.4.2. Muestra

Se calculó el tamaño muestral de acuerdo con la fórmula para una proporción de una población infinita. Se trabajó con un nivel de confianza de 95%, precisión de 5% y una prevalencia esperada de disfunción sexual femenina del 9% (19); con estos datos se calculó un tamaño muestral para el presente estudio de 126 mujeres según se muestra a continuación:

$$n=(Z_{\alpha}^2*p*q)/e^2$$

$$n=126$$

$Z_{\alpha}=1,96$; valor Z para un nivel de confianza del 95%.

$p = 9\%$; prevalencia de disfunción sexual en mujeres.

$q = 1-p$

$e = 5\%$, precisión absoluta

2.4.3. Criterios de Inclusión

- Mujeres con una edad comprendida entre 18 a 65 años atendidas en consultorio externo de medicina, cirugía y ginecología.
- Mujeres que brinden su consentimiento para participar de la encuesta.

2.4.4. Criterios de Exclusión

- Mujeres con déficit mental que les impida entender el cuestionario.
- Mujeres gestantes o 2 meses en periodo postparto.
- Mujeres con ceguera u otra discapacidad reconocida de los órganos de los sentidos.
- Mujeres con accidente cerebro vascular secuelar o lesión de médula espinal.
- Mujeres con neoplasia maligna, amputación alta de miembros inferiores.
- Mujeres con insuficiencia renal crónica terminal en plan de hemodiálisis.

2.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

1. Para la recolección de datos se aplicó una entrevista y se aplicó la ficha de recolección de datos y el IFSF.
2. Se contó con el permiso de la Unidad de Investigación y Dirección del Hospital Santa Rosa, para acceder a las áreas de consultorio externo de medicina, cirugía y ginecología.

3. Las encuestadas fueron identificadas de la lista de atención diaria de los consultorios previamente mencionados y se les aplicó el consentimiento informado por escrito antes de su ingreso a consulta, tras lo cual se continuó con la entrevista a aquellas que manifiesten su deseo de participar en el estudio.
4. La entrevista se realizó en un área seleccionada del hospital, donde se aplicó la ficha de recolección de datos y el Índice de Función Sexual Femenina.
5. Los datos referentes a peso y talla de las pacientes, utilizados para el cálculo del índice de masa corporal se recolectaron de las mediciones tomadas en triaje antes de su ingreso a consulta.
6. La recolección de datos se realizó hasta completar el número necesario de entrevistadas, según la muestra calculada en el presente estudio.
7. La información se trasladó de las fichas de recolección e instrumentos aplicados a una base de datos elaborada en Microsoft® Excel 2016.

Para el presente estudio se utilizó tres instrumentos:

1. Fichas de recolección de datos: Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada en base a la revisión bibliográfica y que fue revisada por el asesor del presente estudio y un médico ginecólogo. La ficha de recolección de datos estuvo estructurada en:
 - Características sociodemográficas: edad, años de estudio, nivel educativo, procedencia, número de hijos.
 - Características de la sexualidad: edad de inicio de relaciones sexuales, pareja sexual actual, disfunción sexual de la pareja, orientación sexual.
 - Características clínico-terapéuticas: fumadora actual, índice de masa corporal, condiciones médicas, menopausia, tratamientos recibidos.
2. Índice de Función Sexual Femenino (IFSF): Se utilizó un instrumento de 19 ítems, con puntuación, basada en 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, validado al castellano (25-30). El sistema de puntuación del IFSF es el resultado de puntuaciones de preguntas individuales y de los dominios, multiplicados por el factor correspondiente. Se considerará un punto de corte menor o igual a 26 puntos para indicar disfunción sexual, mientras que se utilizará un punto de corte menor o igual a 3 puntos por cada dominio para señalar alteración en el mismo

2.6. Análisis de Datos

La información obtenida de las fichas de recolección fue codificada en una base de datos en Microsoft® Excel 2016 y se analizó mediante la aplicación del programa STATA® versión 14. En el análisis univariado las variables categóricas se expresaron mediante el uso de frecuencias y porcentajes, así como de gráficos de tortas según corresponda, y las variables cuantitativas expresaron mediante la utilización de media y desviación estándar. Se utilizó un análisis bivariado, tomando como variable independiente la presencia de disfunción sexual en las encuestadas, dividiendo de esa manera a la muestra en dos grupos: son y sin disfunción sexual. Para identificar la asociación entre las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado, y en el caso de las variables cuantitativas se aplicó la prueba de T de Student. Se considerará que la asociación entre las variables es significativa si el valor p de cada prueba aplicada es menor de 0.05.

2.7. Aspectos éticos

La investigación siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki y fue evaluada por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo. La información obtenida de las entrevistas de las pacientes en estudio fue tratada de forma confidencial de acuerdo con los principios éticos actualmente vigentes.

III. RESULTADOS

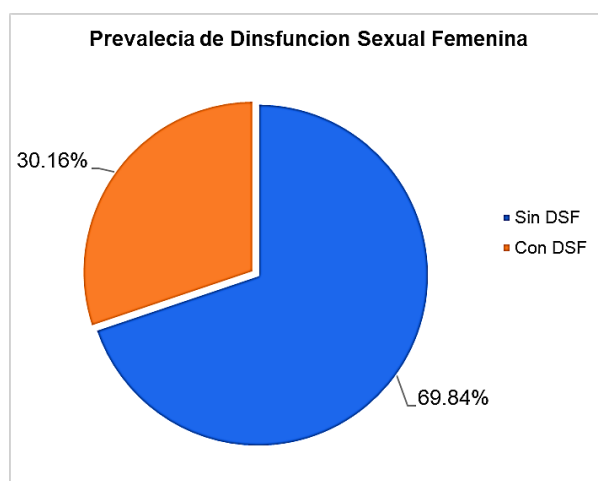
En el presente estudio se incluyeron 126 mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019. Se encontró que la DSF se presentó en 38 (30.16%) de las mujeres encuestadas. Ver tabla 1 y Gráfico 1.

Tabla 1. Prevalencia de DSF en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción sexual		
Si	88	69.84
No	38	30.16

Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

Gráfico 1. Prevalencia de DSF en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.



Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

Las alteraciones de las dimensiones del Índice de Función Sexual Femenino se presentaron con mayor frecuencia entre las mujeres con DSF que entre aquellas que no tenían DSF, encontrándose asociación entre las alteraciones de la dimensión correspondiente al deseo

sexual ($p < 0,001$), lubricación ($p = 0,012$) y satisfacción sexual ($p = 0,027$) con la presencia de DSF. Las alteraciones de la dimensión del deseo sexual se presentaron en 11 (12,5%) mujeres sin DSF y 26 (70,27%) mujeres con DSF. Las alteraciones de la excitación se presentaron con en 21 (42,11%) mujeres con DSF y 33 (37,5%) mujeres sin DSF, de forma similar las alteraciones de la lubricación fueron reportadas por 16 (42,11%) mujeres con DSF y 18 (20,45%) mujeres sin DSF. En el caso de la dimensión referente al orgasmo, las alteraciones fueron identificadas en 14 (36,84%) y 33 (37,5%) mujeres sin DSF. Las alteraciones de la satisfacción sexual se identificaron en 20 (52,63%) mujeres con DSF y 28 (31,82%) mujeres sin DSF, mientras que la presencia de dolor durante las relaciones sexuales se reportó en 14 (36,84%) mujeres con DSF y 28 (31,82%) mujeres sin DSF. Estas características se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Prevalencia de alteraciones por dominios del Índice de Función Sexual Femenina en las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura 2019.

Características	Sin DSF	Con DSF	Valor p
Alteración del deseo sexual			
No	77(87.5)	11(29.73)	<0,001
Si	11(12.5)	26(70.27)	
Alteración de la excitación			
No	55(62.5)	17(44.74)	0.064
Si	33(37.5)	21(55.26)	
Alteración de la lubricación			
No	70(79.55)	22(57.89)	0.012
Si	18(20.45)	16(42.11)	
Alteración del orgasmo			
No	55(62.5)	24(63.16)	0.944
Si	33(37.5)	14(36.84)	
Alteración de la satisfacción sexual			
No	60(68.18)	18(47.37)	0.027
Si	28(31.82)	20(52.63)	
Alteración del dominio del dolor			
No	60(68.18)	24(63.16)	0.583
Si	28(31.82)	14(36.84)	

Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

Entre las características sociodemográficas de las participantes del estudio, se encontró que la edad promedio de las mujeres con DSF fue de 36.5 años mientras que las que no tuvieron DSF tuvieron una edad promedio de 33.5 años, siendo esta diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.705$). El nivel educativo predominante entre las mujeres con DSF y sin DSF fue el superior (técnico/universitario), reportado por 15 (39.48%) y 30 (34.09%) mujeres con y sin DSF respectivamente, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa ($p=0.72$). El ser casada o conviviente fue reportado por 13 (34.21%) mujeres con DSF y 40 (45.45%) mujeres sin DSF, sin encontrarse asociación significativa ($p=0.471$). Se identificó que un porcentaje mayor de mujeres con DSF provenían de zonas rurales, representado por 12 (31.58%) y 13 (14.77%) mujeres con y sin DSF, encontrados asociación significativa entre ambas variables ($p=0.03$). Respecto a la ocupación de las participantes, 24 (68.16%) mujeres con DSF y 31 (35.23%) mujeres sin DSF reportaron ser amas de casa, encontrado asociación significativa entre la ocupación realizada por la mujer y la presencia de DSF. Estas características se exponen en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

Características	Sin DSF	Con DSF	Valor p
Edad	33.5±14.5	36.9±17.7	0.705
Estado civil			
Casado o conviviente	40(45.45)	13(34.21)	0.471
Divorciado/viudo/separado	21(23.86)	12(31.58)	
Soltero	27(30.68)	13(34.21)	
Nivel educativo			
Sin estudios	6(6.82)	3(7.89)	0.72
Primaria	25(28.41)	13(34.21)	
Secundaria	27(30.68)	7(18.42)	
Superior técnica	19(21.59)	10(26.32)	
Superior universitaria	11(12.5)	5(13.16)	
Procedencia			
Rural	13(14.77)	12(31.58)	0.03
Urbano	75(85.23)	26(68.42)	
Ocupación			
Ama de casa	31(35.23)	24(63.16)	0.005
Trabajador asalariado	6(6.82)	4(10.53)	
Trabajador independiente	51(57.95)	10(26.32)	
Número de hijos			
Ninguno	10(11.36)	9(23.68)	0.263
1 hijo	22(25)	9(23.68)	
2 hijos	36(40.91)	11(28.95)	
3 o más hijos	20(22.73)	9(23.68)	

**Media y desviación estándar*

Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

En general las mujeres encuestadas refirieron una orientación sexual heterosexual, de las cuales 30 (78.95%) mujeres tenían DSF y 86 (97.73%) mujeres no tenían DSF, encontrado asociación significativa entre la orientación sexual y el desarrollo de DSF. En promedio las mujeres con DSF iniciaron sus relaciones sexuales a los 17.6 años, mientras que las mujeres sin DSF reportaron una edad promedio de inicio de sus relaciones sexuales de 16 años, sin que se encontrara asociación con DSF ($p=0.989$). Las mujeres con DSF reportaron una frecuencia de 4.8 relaciones sexuales al mes, mientras que las mujeres sin DSF reportaron una frecuencia de 7.6 relaciones sexuales al mes, encontrado asociación significativa con la presencia de DSF ($p<0.001$). Entre las mujeres con DSF, 25 (65.79%) mujeres manifestaron tener una pareja sexual al momento de la entrevista, mientras que 76

(86.36%) mujeres sin DSF respondieron de forma afirmativa a esta pregunta, encontrándose asociación con DSF ($p=0.008$). La disfunción sexual en la pareja fue manifestada por 10 (26.32%) mujeres con DSF y 23 (26.14%) mujeres sin DSF, sin que se asociara esta variable con DSF ($p=0.983$). Ver tabla 4.

Tabla 4. Características de la sexualidad de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

Características	Sin DSF	Con DSF	Valor p
Orientación sexual			
Heterosexual	86(97.73)	30(78.95)	0.002
Homosexual	1(1.14)	4(10.53)	
Bisexual	1(1.14)	4(10.53)	
Edad de inicio de relaciones sexuales*	16.0±2.2	17.6±3.0	0.989
Frecuencia de relaciones sexuales*	7.6±4.1	4.8±3.0	<0.001
Pareja sexual actual			
No	12(13.64)	13(34.21)	0.008
Si	76(86.36)	25(65.79)	
Disfunción sexual en la pareja			
No	65(73.86)	28(73.68)	0.983
Si	23(26.14)	10(26.32)	

**Media y desviación estándar*

Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

El ser fumador no se asociación ($p=0.983$) con DSF, siendo fumadoras actuales al momento de la entrevista 10 (26.32%) mujeres con DSF y 23 (26.14%) mujeres sin DSF. El IMC promedio de las mujeres con DSF fue de 26.7 kg/m², mientras que entre las mujeres sin DSF fue de 26.2 kg/m², sin que se asociara de forma significativa a DSF ($p=0.117$). Las condiciones médicas se asociaron con DSF ($p=0.036$) en las mujeres encuestadas, siendo la principal condición médica reportada por las mujeres con DSF el ser hipertensas, reportada por 8 (21.05%) mujeres, mientras que entre las mujeres sin DSF las principales comorbilidades fueron ser hipertensa, presentar dolor crónico o incontinencia urinaria, siendo reportada cada condición por 7 (7.95%) mujeres sin DSF. Las alteraciones del piso pélvico solo fueron reportadas por 1 (2.63%) mujer con DSF. La menopausia fue reportada por 12 (31.58%) mujeres con DSF y 16 (18.18%) mujeres sin DSF, sin que se encontrara

asociación entre menopausia y DSF ($p=0.109$). El uso de tratamientos como antihipertensivos y fármacos para el control del colesterol se asoció con DSF ($p=0.002$), siendo reportado el uso de antihipertensivos por 7 (18.42%) mujeres con DSF y 16 (18.18%) mujeres sin DSF, mientras que el uso de fármacos para el control del colesterol fue reportado por 15 (39.47%) mujeres con DSF y 11 (12.5%) mujeres sin DSF. Revisar la tabla 5.

Tabla 5. Características clínico-terapéuticas (fumadora actual, índice de masa corporal, condiciones médicas, menopausia, tratamientos recibidos) de las mujeres atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.

Características	Sin DSF	Con DSF	Valor p
Fumadora actual			
No	65(73.86)	28(73.68)	0.983
Si	23(26.14)	10(26.32)	
IMC	26.2+/-4.8	26.7+/-6.0	0.117
Condiciones medicas			
Ninguna	42(47.73)	5(13.16)	0.036
Hipertensión	7(7.95)	8(21.05)	
Artritis	5(5.68)	2(5.26)	
Problemas tiroideos	3(3.41)	1(2.63)	
Asma	5(5.68)	6(15.79)	
Diabetes	5(5.68)	2(5.26)	
Enfermedad coronaria u otra afección cardíaca	2(2.27)	3(7.89)	
Dolor crónico	7(7.95)	4(10.53)	
Enfermedad del intestino irritable o inflamatoria	2(2.27)	2(5.26)	
Incontinencia urinaria	7(7.95)	3(7.89)	
Cáncer	2(2.27)	0(0)	
Ulceras	1(1.14)	1(2.63)	
Alteraciones del piso pélvico	0(0)	1(2.63)	
Menopausia			
Premenopausia	69(78.41)	23(60.53)	0.109
Postmenopausia quirúrgica	3(3.41)	3(7.89)	
Postmenoapusia natural	16(18.18)	12(31.58)	
Tratamientos recibidos			
No	61(69.32)	16(42.11)	0.002
Antihipertensivos	16(18.18)	7(18.42)	
Fármacos para el control del colesterol	11(12.5)	15(39.47)	

Fuente: Índice de Función Sexual Femenino

IV. DISCUSIÓN

La DSF se refiere a un problema sexual asociado con angustia personal. Toma diferentes formas, incluida la falta de deseo sexual, la alteración de la excitación, la incapacidad para alcanzar el orgasmo o el dolor con la actividad sexual (31). La disfunción sexual puede ser un problema desde el inicio de la actividad sexual o puede adquirirse más adelante en la vida después de un período de funcionamiento sexual normal. La DSF se ha reportado por aproximadamente el 40% de las mujeres en todo el mundo, y aproximadamente el 12% (una de cada ocho mujeres) tienen un problema sexual asociado con angustia personal o interpersonal (32-36). En el presente estudio se incluyó un total de 126 mujeres atendidas por consultorio externo en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura, encontrándose una prevalencia de DSF entre estas del 38%, lo cual es similar a lo reportado en la literatura.

La DSF se presentó entre mujeres con edad promedio de 36.9 años, en su mayoría casadas o convivientes, con un nivel de educativo superior (técnico o universitario) y con 76.32% participantes que reportaron tener al menos un hijo, además se encontró asociación entre DSF con la procedencia de las participantes, quienes provenían en su mayoría de áreas rurales (68.42%), y la ocupación de estas, siendo la mayoría ama de casas (63.16%). De forma similar en otros estudios, se ha identificado que el mayor número de mujeres con disfunción sexual corresponden al rango de edad comprendida entre 30-39 años (35.6%), con una alta frecuencia de mujeres casadas (94%) y con 81.2% que reportaron tener al menos un hijo, datos similares a los encontrados en este estudio (37). Resultados similares fueron encontrados entre pacientes de origen chino, en quienes se reportó como factores protectores de DSF el nivel educativo secundario o superior, el provenir de zonas urbanas y el tener como un mínimo un hijo vivo (38).

Respecto a las características relacionadas a la sexualidad de las participantes, se encontró asociación entre la orientación sexual, la frecuencia de relaciones sexuales y el tener pareja sexual con la presencia de DSF, además se reportó que el 26.32% de las parejas sexuales de las participantes presentaban algún tipo de disfunción sexual. En la literatura se ha reportado que además de la salud física y mental general, la relación con una pareja es un determinante principal de la satisfacción sexual. En una muestra de probabilidad nacional de

casi 1000 mujeres de 20 a 65 años, los mejores predictores de angustia sexual fueron los marcadores de bienestar emocional general y la relación con una pareja (39). En el Estudio Internacional de Salud y Sexualidad de las Mujeres (WISHeS), un estudio de cuestionario de más de 2000 mujeres, el bajo deseo sexual con angustia se asoció con angustia emocional y psicológica, menor satisfacción sexual y de pareja, y disminuciones en el estado de salud general, incluidos aspectos de salud mental y física (40). En un estudio longitudinal de más de 400 mujeres estudiadas durante la transición menopáusica, la respuesta sexual se predijo por el nivel previo de función sexual, el cambio en el estado de la pareja y los sentimientos hacia la pareja, lo que demuestra que los factores de relación eran más importantes que los determinantes hormonales de la función sexual para mujeres de mediana edad (40). Además, los problemas sexuales de la pareja, más comúnmente la disfunción eréctil, también se ha reportado que influirán en la experiencia sexual de una mujer.

Entre las características clínico terapéuticas estudiadas, se encontró asociación entre DSF con las condiciones médicas y el uso de antihipertensivos y fármacos para el control del colesterol. La hipertensión puede ser un factor de riesgo para la disfunción sexual (29,30). No está claro si esto está relacionado con la hipertensión en sí o si es un efecto adverso de los medicamentos antihipertensivos. Varios estudios han informado que las mujeres hipertensas tienen tasas más altas de disfunción sexual, incluido el dolor sexual, que las mujeres normotensas (42 versus 19 por ciento en un estudio) (41). Estos estudios tampoco encontraron diferencias significativas en los problemas sexuales en mujeres con hipertensión tratada en comparación con no tratada.

Además, los datos prospectivos de un estudio de más de 2700 mujeres posmenopáusicas no encontraron asociación entre problemas sexuales y antihipertensivos (32). Sin embargo, algunos datos sugieren que los betabloqueantes tienen un efecto perjudicial sobre la función sexual femenina. Los efectos de los betabloqueantes en la función sexual masculina son bien conocidos. Dos pequeños estudios informaron que el riesgo de disfunción sexual era mayor en las mujeres hipertensas tratadas con betabloqueantes en comparación con las tratadas con otros agentes (69 versus 43 por ciento en un estudio) (41).

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de DSF fue del 30.16% entre las mujeres encuestadas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el año 2019.
2. La DSF se presentó entre mujeres con edad promedio de 36.9 ± 17.7 años, principalmente casadas o convivientes, con un nivel de estudios superior, procedentes principalmente de áreas urbanas y cuya principal ocupación es ser ama de casa.
3. La DSF se presentó con más frecuencia en mujeres cuyas características sexuales correspondieron a ser principalmente heterosexuales, con un inicio promedio de relaciones sexuales a la edad de 17.6 ± 3.0 años, con una frecuencia de relaciones sexuales de 4.8 ± 3.0 veces por mes, con pareja sexual al momento de la encuesta y con una baja frecuencia de reporte de disfunción sexual en sus parejas.
4. La DSF se presentó con mayor frecuencia en mujeres cuyas características clínico-terapéuticas correspondieron a no ser fumadoras al momento de la entrevista, con un IMC promedio de 26.7 ± 6.0 kg/m², cuya principal comorbilidad fue ser hipertensa, siendo además mujeres en la premenopausia, y que han recibido tratamiento para hipertensión y fármacos para el control del colesterol.
5. La DSF presentó una prevalencia del 70.27% de alteraciones del deseo sexual, 55.26% con alteración de la excitación, 42.11% con alteraciones de la lubricación, 36.84% con alteraciones del orgasmo, 52.63% con alteraciones de la satisfacción sexual y con 14% de dolor durante las relaciones sexuales.
6. La DSF se asoció de forma significativa con la procedencia de la mujer, ocupación, orientación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, tener una pareja sexual, condiciones médicas, el recibir tratamiento antihipertensivo y uso de fármacos para el control del colesterol.

VI. RECOMENDACIONES

La disfunción sexual femenina toma diferentes formas, incluyendo falta de deseo sexual, alteración de la excitación, incapacidad para alcanzar el orgasmo o dolor con la actividad sexual. La función sexual se ve fuertemente afectada por la relación y los factores socioculturales, además de los problemas fisiológicos y psicológicos. Los medicamentos, específicamente ciertos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), están asociados con la disfunción sexual femenina. Otros agentes, incluidos los betabloqueantes y los antipsicóticos, pueden contribuir a los problemas sexuales. En este contexto tan complejo, es necesario que este aspecto sea tomado en cuenta en la evaluación integral de la mujer, y generar estudios longitudinales que permitan identificar los factores de riesgo y predictores que permitan identificar en la consulta de atención primaria aquellas mujeres que necesiten ser evaluadas de forma más integral ante problemas de disfunción sexual y repercutir de esta manera en su calidad de vida, ya que también se ha señalado en la literatura que la función sexual tiene un impacto importante en la calidad de vida tanto del hombre como de la mujer.

REFERENCIAS

1. Kalmbach D, Pillai V. Daily affect and female sexual function. *J Sex Med.* 2014; 11(12): 2938-54.
2. Kingsberg S, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(2): 477-86.
3. Faubion S, Rullo J. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician.* 2015; 92(4): 281-8.
4. Safdar F, Eng C, Wai K, et al. Prevalence of female sexual dysfunction in allied health workers: a cross-sectional pilot study in a tertiary hospital in Singapore. *BMC Womens Health.* 2019; 19(1): 137.
5. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-544.
6. Shahraki Z, Tanha F, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health* 2018; 18: 92.
7. Wallwiener S, Müller M, Doster A. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 295(4): 873-83.
8. Díaz C, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2017; 82(4): 386-95.
9. Jiménez J, Jara A. Factores asociados a la disfunción sexual femenina en pacientes con cáncer de mama en un hospital especializado en Lima, Perú. [tesis de grado]. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientiae. 2014.
10. Masters WH, Johnson V. *Human sexual response.* Boston: Little, Brown & Co.; [Ref. Type: Generic].
11. Sexual dysfunctions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed,* American Psychiatric Association, Arlington 2013.
12. Bhattacharyya N. The prevalence of voice problems among adults in the United States. *Laryngoscope.* 2014; 124(10): 2359-62.
13. Zhang C, Tong J, Zhu L, et al. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *J Sex Med.* 2017; 14(11): 1348.

14. Laumann E, Nicolosi A, Glasser D, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005; 17(1): 39.
15. Wright J, O'Connor K. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am.* 2015; 99(3): 607-28.
16. Phillips R. Sexual dysfunction: premature ejaculation and female sexual satisfaction. *Nat Rev Urol.* 2014; 11(6): 304.
17. Santoro N, Worsley R, Miller K, et al. Role of Estrogens and Estrogen-Like Compounds in Female Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016; 13(3): 305-16.
18. Houman J, Feng T, Eilber K, et al. Female Sexual Dysfunction: Is It a Treatable Disease?. *Curr Urol Rep.* 2016; 17(4): 28.
19. McCabe M, Sharlip I, Lewis R, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016; 13(2): 144-52.
20. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No 706: Sexual Health. *Obstet Gynecol* 2017; 130: 42.
21. Rosen RC, Connor MK, Miyasato G, Link C, Shifren JL, Fisher WA, et al. Sexual desire problems in women seeking healthcare: a novel study design for ascertaining prevalence of hypoactive sexual desire disorder in clinic-based samples of U.S. women. *Journal of women's health (2002).* 2012;21(5):505-15.
22. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2004;69(2):118-25.
23. M. BV, Jane EM, Jiahui W, Brenda T, Ellen W, Noorulain M. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-oncology.* 2016;25(1):66-76.
24. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005;31(1):1-20.
25. Jackson S, Firth J, Veronese N, et al. Decline in sexuality and wellbeing in older adults: A population-based study. *J Affect Disord.* 2019; 245: 912-17.

26. Lee D, Nazroo J, O'Connor D, et al. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav.* 2016; 45(1): 133-44.
27. Lee D, Vanhoutte B, Nazroo J, et al. Sexual Health and Positive Subjective Well-Being in Partnered Older Men and Women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016; 71(4): 698-710.
28. Christensen B, Grønbaek M, Osler M, et al. Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav.* 2017; 40(1): 121-32.
29. Dheresa M, Worku A, Oljira L, et al. Pelvic floor disorders associated with higher-level sexual dysfunction in the Kersa district, Ethiopia. *Turk J Obstet Gynecol.* 2018; 15(4):210-16.
30. Kalka D. Depression symptoms, sexual satisfaction and satisfaction with a relationship in individuals with type 2 diabetes and sexual dysfunctions. *Psychiatr Pol.* 2018; 52(6): 1087-99.
31. Grabski B, Dora M, Iniewicz G, et al. The character of sexual function of women who have sex with women. *Psychiatr Pol.* 2018; 52(6): 1075-85.
32. Dickenson J, Gleason N, Coleman E, et al. Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA Netw Open.* 2018; 1(7): e184468.
33. Maaita M, Khreisat B, Tasso O, et al. Prevalence and associated risk factors of female sexual dysfunction among Jordanian women. *J Family Med Prim Care.* 2018; 7(6): 1488-92.
34. da Costa C, Spyrides M, de Sousa M. Consistency of three different questionnaires for evaluating sexual function in healthy young women. *BMC Womens Health.* 2018; 18(1): 204.
35. Tong J, Zheng C, Ziu L, et al. Sexual dysfunction in perimenopausal women based on a national epidemiological survey in China. *Climacteric.* 2019; (2): 190-194.
36. Tam T, Levine E. Female Sexual Dysfunction in Women with Pelvic Pain. *Semin Reprod Med.* 2018; 36(2): 152-8.
37. Da Luz R, de Deus J, Valadares A, et al. Evaluation of sexual function in Brazilian women with and without chronic pelvic pain. *J Pain Res.* 2018; 11: 2761-67.

38. Kingsberg S, Goldstein I, Kim N, et al. Female Sexual Dysfunction and the Placebo Effect: A Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(6): 1504.
39. Thomas H, Neal G, Hess R. Female Sexual Function at Midlife and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018; 45(4): 709-22.
40. Gracia C, Freeman E. Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018; 45(4): 585-97.
41. Chapa H, Fish J, Hagar C, et al. Prevalence of female sexual dysfunction among women attending college presenting for gynecological care at a university student health center. *J Am Coll Health.* 2018; 2: 1-9.
42. Salomão P, Navarro P, Romão A, et al. Sexual Function of Women with Infertility. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018; 40(12): 771-78.
43. Saotome T, Yonezawa K, Suganuma N. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. *Sex Med.* 2018; 6(4): 348-55.
44. Coady D. Chronic sexual pain: a layered guide to evaluation. *Contemporary OB/GYN* 2015; 60: 18-28
45. Goldstein A, Belkin Z, Krapf J, et al. Polymorphisms of the androgen receptor gene and hormonal contraceptive induced provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 2014; 11: 2764-71.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN EL HOSPITAL II-
2 SANTA ROSA DE PIURA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2019”**

Solicito a Usted su participación voluntaria, en el estudio que llevaremos a cabo sobre DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

Antes de tomar una decisión sobre su participación conozca lo siguiente:

- I. Se aplicará un cuestionario para evaluar el índice de función sexual femenina.
- II. Toda la información que Usted nos ofrezca es considerada CONFIDENCIAL y solo será utilizada con fines de la investigación.
- III. En caso de no desear participar puede hacerlo y puede retirarse sin que esto implique ningún prejuicio actual ni futuro para su persona.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles,

YO:....., con DNI.....

Domiciliado en:, ACCEDO A PARTICIPAR Y DAR MI CONSENTIMIENTO en el presente estudio según las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Firma del investigador: _____

ANEXO N°2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA
EN EL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA DE PIURA, ENERO A DICIEMBRE DEL
2019”

La siguiente encuesta es anónima, le agradeceremos que marque con una X lo que más realizó en el último semestre de estudio

Ficha N°

1. Características sociodemográficas

Edad: _____ años

Estado civil: Soltera - Casado o viviendo con su cónyuge/pareja -
 Divorciado/viudo/separado

Nivel educativo: Sin estudios - Primaria - Secundaria - Superior técnica -
 Superior universitario

Procedencia: Urbano - Rural

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

2. Características de la sexualidad

Orientación sexual: Heterosexual - Homosexual - Bisexual

Edad de inicio de relación sexual: _____ años

Frecuencia de relaciones sexuales (al mes): _____

Pareja sexual actual: → No - Si

Disfunción sexual en la pareja: → No - Si

Fumadora actual (ha fumado durante el último mes): → No - Si

Índice de masa corporal (peso: ____ kg/talla: ____ m): _____ Kg/m²

3. Características clínico-terapéuticas

Hipertensión: → No - Si

Artritis: → No - Si

Problemas tiroideos: → No - Si

Asma: → No - Si

Diabetes: → No - Si

Enfermedad coronaria u otra afección cardíaca: → No - Si

Dolor crónico: → No - Si

Enfermedad del intestino irritable o inflamatoria: → No – Si

Incontinencia urinaria: → No – Si

Cáncer: → No – Si

Ulceras: → No – Si

Alteraciones del piso pélvico: → No – Si

Otras enfermedades: _____

Menopausia: Premenopausia - Postmenopausia quirúrgica - Postmenoapusia natural

Tratamientos recibidos: Antihipertensivos - Medicamentos para bajar el colesterol

Otros tratamientos: _____

Cuestionario: Índice De Función Sexual Femenino

Instrucciones:

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Marque sólo una alternativa por pregunta. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones:

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 -
 - Bajo
 - Muy bajo o nada
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?
 - No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada

Puntaje total en IFSF: _____

ANEXO N° 3: ACTA DE ORIGINALIDAD

	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	-----------------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN EL HOSPITAL II -2 SANTA ROSA DE PIURA-2019” del (de la) estudiante **ZAPATA RISCO JACKELYN** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020



Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ANEXO N° 4: PORCENTAJE DE TURNITIN

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows a text document with several plagiarism matches highlighted in pink. The matches are numbered 1, 2, and 3. Match 1 is a question about the frequency of female sexual dysfunction in patients at Hospital II-2 Santa Rosa de Piura in 2019. Match 2 is a sentence about the general theme of female sexual function. Match 3 is a sentence about the general theme of female sexual function. The sidebar on the right shows a 'Resumen de coincidencias' (Summary of matches) with a total of 23% and a list of 7 matches with their respective percentages.

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es/?u=1073626525&o=1245916337&lang=es&cs=1

feedback studio Tesis24.01

Resumen de coincidencias X

23 %

1 Entregado a Universida... 15 % >
Trabajo del estudiante

2 es.scribd.com 1 % >
Fuente de Internet

3 www.scribd.com 1 % >
Fuente de Internet

4 Entregado a Universida... 1 % >
Trabajo del estudiante

5 www.revistasochog.cl 1 % >
Fuente de Internet

6 Entregado a Universida... 1 % >
Trabajo del estudiante

7 Entregado a Universida... <1 % >
Trabajo del estudiante

Página: 9 de 29 Número de palabras: 7754 Text-only Report High Resolution Activado 11:27 a.m. 24/01/2020

ANEXO N° 6: AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

ZAPATA RISCO JACKELYN

INFORME TITULADO:

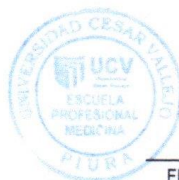
DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN EL HOSPITAL II -2 SANTA ROSA DE PIURA-2019

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 03/02/2020

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION