

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE OBSTETRICIA



**Factores demográficos y reproductivos asociados a la
función sexual femenina-Asentamiento Humano Las
Poncianas-Nuevo Chimbote, 2018**

**Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en
Obstetricia con mención en Salud Familiar y Comunitaria**

Autora:

Escobedo Zarzosa, Reyna Margarita

Asesor:

Mg. Sanchez Romero, Víctor Joel

Chimbote-Perú

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia por darme
la fuerza necesaria, para continuar
en el proceso de obtener uno de
mis anhelos más deseados.

AGRADECIMIENTOS

A la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, Dra. Jenny Evelyn Cano Mejía, por su constante apoyo y motivación para la realización de la presente investigación, en bien de la población de Chimbote y Nuevo Chimbote.

A todas aquellas mujeres anónimas y todas las personas que de alguna manera contribuyeron en el desarrollo del presente estudio.

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Escobedo Zarzosa Reyna Margarita, con Documento de Identidad N° 32951575, autora de la tesis titulada “Factores demográficos y reproductivos asociados a la función sexual femenina-Asentamiento Humano Las Poncianas-Nuevo Chimbote, 2018” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico título profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.

Chimbote, abril 16 de 2019.

ÍNDICE

Tema	Página
Carátula	i
Acta de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Derechos de autoría y declaración de autenticidad	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Palabras clave	x
Resumen	xi
Abstract	xii

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	4
3. Problema	4
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	5
5. Hipótesis	5
6. Objetivos	6

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación	7
2. Población y muestra	7
3. Técnicas e instrumentos de investigación	8
4. Procesamiento y análisis de la información	9

RESULTADOS	10
-------------------	-----------

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXOS Y APÉNDICES	28
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de gestantes según características demográficas. Hospital público de Casma, 2017.	10
Tabla 2	Distribución de gestantes según características reproductivas/obstétricas. Hospital público de Casma, 2017.	11
Tabla 3	Asociación entre edad y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	12
Tabla 4	Asociación entre nivel socioeconómico y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	13
Tabla 5	Asociación entre número de gestación y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	14
Tabla 6	Asociación entre control prenatal deficiente y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	15
Tabla 7	Asociación entre estado nutricional (IMC) y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	16
Tabla 8	Asociación entre antecedente de preeclampsia y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital público de Casma, 2017.	17

PALABRAS CLAVE

Sexualidad, sexo, orgasmo, mujer.

KEYWORDS

Sexuality, sex, orgasm, woman.

Línea de Investigación:

Salud Sexual y Reproductiva de la mujer, familia y comunidad.

Área : Ciencias Médicas y de Salud

Sub área : Ciencias de la Salud

Disciplina : Ciencias Socio-Biomédicas

Sub-líneas o Campos de Investigación: Salud Sexual y Reproductiva.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar los factores demográficos y reproductivos asociados a la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018. Investigación básica de nivel relacional con diseño no experimental transeccional correlacional-causal, con muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se encuestó a 196 mujeres adultas sexualmente activas, aplicando el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Para el análisis estadístico se utilizó el estadístico de prueba Chi cuadrado, utilizándose un nivel de significación de $p < 0.05$. El 26.6% (IC: 19-34) de mujeres presentó disfunción sexual, la dimensión deseo es el dominio con mayor alteración de la función sexual (\bar{X} : 2.33; DS: 0.951; IC95%: 2.21 - 2.44); mientras que, la satisfacción durante el acto sexual es el dominio con menor alteración de la función sexual (\bar{X} : 5.30; DS: 1.048; IC 95%: 5.17 - 5.43). La religión es el factor demográfico asociado a la función sexual ($p=0,047$) y la paridad, el factor reproductivo asociado a la función sexual ($p=0.043$).

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the demographic and reproductive factors associated with female sexual function in Las Poncianas de Nuevo Chimbote Human Settlement, 2018. Basic relational level research with non-experimental transectional correlational-causal design, with systematic random probabilistic sampling. A total of 196 sexually active adult women were surveyed, applying the Index of Feminine Sexual Function (IFSF). For the statistical analysis, the Chi square test statistic was used, using a significance level of $p < 0.05$. 26.6% (CI: 19-34) of women presented sexual dysfunction, the desire dimension is the domain with the greatest alteration of sexual function (χ^2 : 2.33, DS: 0.951, IC95%: 2.21 - 2.44); whereas, satisfaction during sexual intercourse is the domain with the least alteration of sexual function (χ^2 : 5.30, DS: 1.048, 95% CI: 5.17 - 5.43). Religion is the demographic factor associated with sexual function ($p = 0.047$) and parity, the reproductive factor associated with sexual function ($p = 0.043$).

PLAN DE INVESTIGACION

1. Antecedentes y fundamentación teórica

La función sexual femenina es definida como la respuesta neurofisiológica y psicofisiológica que experimenta la mujer frente al estímulo sexual, estando referida al deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual (Rosen et al, 2000). Desde este punto de vista la función sexual es valorada desde la respuesta sexual humana, la cual se refiere al conjunto de cambios psicofisiológicos que ocurren durante la actividad sexual (Shibley & DeLamater, 2006).

La primera descripción de la respuesta sexual humana fue hecha por los esposos Masters y Johnson, quienes detallan un modelo lineal caracterizado por una respuesta fisiológica al estímulo sexual e integrado por las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución, además de incluir el periodo refractario presente solo en los varones y la capacidad multiorgásmica de las mujeres (Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C [Amssac], 2016; Shibley & DeLamater, 2006). Posteriormente, una segunda propuesta es dada por Kaplan, quien desarrolla el modelo trifásico de la respuesta sexual humana, donde incluye además de los cambios fisiológicos (vasocongestión de los genitales durante la excitación y las contracciones musculares durante el orgasmo), aspectos psicológicos y motivacionales (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias & Sierra, 2014). Esta última visión permite entender la respuesta sexual como una entidad divisible donde cada unidad puede de manera independiente estar relacionada con la disfunción sexual así mismo orienta a los procedimientos terapéuticos de manera diferenciada (Kaplan, 1979).

Un tercer modelo, el cognitivo, fue desarrollado por Walen y Roth y se basa en la teoría cognitiva del sexo. Este modelo propone que la manera como nos sentimos depende de lo que estamos pensando, de la percepción de lo que está sucediendo y de cómo lo evaluamos. El ciclo inicia con la percepción de un estímulo como sexual, lo cual dependerá de los aspectos culturales y los aprendizajes previos de cada persona;

luego se evaluará este estímulo, si es una evaluación negativa el ciclo de excitación se detiene, por el contrario, si la evaluación es positiva es probable que la conducta sexual prosiga y que la excitación aumente (Walen & Roth, 1987). Este modelo plantea un ciclo de influencia recíproca positiva entre la percepción, la conducta y la excitación (Sorribes et. Al, 2011). Así mismo, el modelo circular de Whipple y Brashh-Mc Greer propone que las experiencias sexuales satisfactorias tienen, probablemente efectos de refuerzo positivo en las mujeres, generando el deseo de tener sexo y a la inversa, si las experiencias sexuales son negativas se produciría en ellas una pérdida de interés por la actividad sexual (Valenzuela, 2014).

Sin embargo, todos estos modelos no han encontrado aceptación consensuada en el ámbito de la sexología pues son modelos lineales donde no queda claro el inicio y fin de cada fase, así como la aplicabilidad terapéutica. En el estudio de la sexualidad femenina el modelo cíclico de la respuesta sexual femenina propuesta por Basson ha encontrado consenso para explicar la función sexual femenina a partir de la respuesta sexual. En este modelo la respuesta sexual de las mujeres no es una línea que comienza con el deseo sexual, por el contrario, es un ciclo de retroalimentación o feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. En las mujeres se presenta una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo; es decir, si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual; por el contrario, si el resultado es negativo se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa (Basson, Brotto, Laan, Redmond & Utian, 2005). Según este modelo la gratificación se consigue por aspectos ligados al erotismo (la satisfacción y el placer sexual, sea con orgasmo o sin él), así como por aspectos afectivos y emocionales con la pareja, como la comunicación, la intimidad, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada) y el bienestar (Basson et al, 2005, Gutiérrez, 2016).

Este modelo, al igual que los anteriores, también plantea que la función sexual femenina dependerá de la integración armónica de las potencialidades eróticas de la

persona (física y psicológica), la naturaleza del vínculo de pareja, y el ambiente social y cultural ante el erotismo. Es decir, está determinada por diversos factores, entre ellos la edad y el estado de salud, la autoestima e imagen corporal, la calidad de la relación con la pareja, así como por los aspectos socioculturales y educativos de la mujer en su naturaleza psicológica. Estos factores pueden alterar el ciclo de la respuesta sexual y por tanto producir problemas en el funcionamiento sexual de las mujeres que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas (Basson et al, 2005; Gorguet, 2008; Gutiérrez, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas tienen al menos una disfunción sexual, la cual repercute en su calidad de vida (World Association for Sexual Health, 2009, p. 122).

Al respecto, estudios (Blümel, 2009; Muñoz y Camacho, 2016; Valenzuela, 2014; Vega et al, 2014), indican la existencia de relación entre las alteraciones de la función sexual femenina (presencia de disfunciones sexuales) con el bajo nivel educativo (primaria y/o secundaria), edad mayor de 40 años, participación religiosa alta, bajo nivel socioeconómico, trabajo fuera del hogar, tiempo de relación de pareja (matrimonio) ≥ 10 años, la maternidad, el síndrome climatérico.

En cuanto a los aspectos reproductivos y la maternidad, Chaparro, Pérez y Sáez (2013) señalan que la mujer en la etapa posparto presenta alteraciones de la función sexual relacionada con factores fisiológicos y emocionales. En general, el índice de función sexual femenina fue mayor en aquellas mujeres que iniciaron actividad sexual porque deseaban hacerlo, que aquellas que iniciaron porque su pareja insistió, el deseo sexual estuvo levemente disminuido en mujeres con lactancia materna exclusiva y tanto el deseo como la excitación fueron menores en las mujeres que iniciaron actividad coital porque su pareja insistió y no por deseo propio.

Sobre el factor físico y estado de salud, el antecedente de cirugía pélvica, sobrepeso u obesidad, enfermedades endocrinas y el consumo de medicamentos están asociados a problemas en la función sexual femenina (Castroviejo, 2010; Matute, Arévalo & Espinoza, 2016). Los factores psicológicos asociados a las alteraciones de la función sexual en la mujer son educación sexual deficiente, autoimagen deteriorada, autoestima baja y temor al desempeño sexual (Cancapa, 2016; Real Cancio, 2012).

Mientras que, presentar una buena comunicación con la pareja es un factor protector de la función sexual femenina, pues se muestra una correlación positiva entre ambas variables (Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá, 2002; Iglesias-Campos, Morell-Mengual, Caballero-Gascón, Ceccato, Gil, 2018; Muñoz y Camacho, 2016; Oerlich, 2006; Pintado, 2016). Al respecto Iglesias-Campos et al (2018) concluyen que la comunicación y una mayor expresión de afecto por la pareja se relaciona con mejores resultados en la función sexual incrementando la satisfacción sexual. Así mismo, el mayor nivel educativo es otro factor que preserva la función sexual femenina (Anci, 2018; Muñoz y Camacho, 2016).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría desarrolló cuatro áreas donde se presenta la disfunción sexual: deseo, excitación, orgasmo y dolor; posteriormente el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions agregó dos más: la lubricación y la satisfacción, adoptándose entonces seis dominios de evaluación de la función sexual (Basson, et al., 2005).

Una mujer presentará trastorno de interés/excitación sexual femenino cuando carece de interés en el sexo o no alcanza una excitación suficiente, haciéndose evidente ante una atracción mínima por la actividad sexual, los pensamientos eróticos, la respuesta a las propuestas de la pareja y el disfrute del sexo (Engloba el trastorno de deseo sexual hipoactivo y trastorno de la excitación sexual en la mujer). Se habla de trastorno del dolor genito-pélvico/penetración cuando la mujer presenta

dolor genital por el coito, con frecuencia durante la penetración, experimentando ansiedad, temor o tensión de los músculos pélvicos (Engloba la dispareunia y el vaginismo). Se señalará trastorno orgásmico femenino cuando, no obstante, un periodo normal de excitación sexual, el clímax en la mujer ocurre de manera tardía o no se alcanza. Es decir, una mujer presenta orgasmos demasiado lentos, infrecuentes o débiles. Para el diagnóstico de estos trastornos se deben presentar con una duración de seis meses a más, pudiendo ser clasificado en primario o adquirido, generalizado o situacional: y de intensidad leve, moderado o grave (Morrison, 2015).

Bajo este contexto, diversos estudios Latinoamericanos donde se analiza de la función sexual femenina demuestran una máxima expresión de la función sexual alrededor de los 35 a 40 años y luego disminuyó progresivamente, especialmente el deseo y la excitación (Anci, 2018; Blümel, et al, 2002; Iglesias-Campos et al, 2018; Pintado, 2016; Valenzuela, 2014).

En Latinoamérica, específicamente en Lima las mujeres en su mayoría (71,8%), presentó alteraciones de la función sexual, alcanzando puntuaciones bajas en cada dominio: deseo ($3,6\pm 1,4$), excitación ($3,8\pm 1,40$), lubricación ($4,1\pm 1,4$), orgasmo ($3,9\pm 1,3$), satisfacción ($4,1\pm 1,3$) y dolor ($3,6\pm 1,5$) (Blümel, 2009). Por el contrario, en Chile, Oelrich (2006) y Valenzuela (2014) en Chile muestran una mejora en la función sexual femenina, pasando del 50,6% al 32,6% de disfunción sexual, de 42,8% a 29% de desorden del deseo, de 19,2% a 10,4% de dificultades de excitación, de 14,6% a 5,6% de problemas de lubricación, de 12,7% a 9,7% de desorden en el orgasmo. Sin embargo, la dispareunia no ha mostrado mejora.

En el Perú todavía hoy la investigación de la función sexual femenina desde el campo de la salud sexual y reproductiva es escasa y más exiguo es su abordaje terapéutico, principalmente en las provincias fuera de la capital, a diferencia de Chile donde la evidencia pone de manifiesto un mayor compromiso en el ámbito de la investigación y terapéutica en los profesionales y asociaciones de salud en este país.

2. Justificación de la investigación

En el Perú el conocimiento sobre la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones aún es limitado, por falta de estudios de enfoque sexológico (salud sexual) y porque la mayor parte de la investigación sobre la sexualidad femenina se ha orientado a problemas relacionados con el embarazo adolescentes, el aborto y otras complicaciones obstétricas, las infecciones de transmisión sexual o con los problemas de la educación sexual. Razón por la cual, no se han logrado obtener información sobre la respuesta sexual femenina contextualizada a las distintas realidades del país, dificultándose así el desarrollar programas educativos, terapéuticos y de rehabilitación de la disfunción sexual femenina, manteniéndose así una demanda insatisfecha con serias consecuencias en la vida sexual de la mujer.

De ahí que, el presente estudio se justifica desde su aporte teórico, ya que permitirá a la comunidad científica y profesional de la salud sexual, tener una visión mucho más clara de la función sexual femenina en la localidad, así como de sus alteraciones y factores determinantes. Así mismo, la investigación se justifica desde la implicancia práctica de sus resultados, los cuales podrán ser usados como fundamento científico para la generación de futuras acciones que promuevan la promoción, prevención, manejo y recuperación de la dimensión sexual de las mujeres con características similares a la población en estudio. Es decir que, de un enfoque de Obstetricia basada en la evidencia, los resultados del estudio permitirán a los profesionales mejorar su práctica clínica y en consecuencia la salud sexual de la mujer.

3. Problema

¿Cuáles son los factores demográficos y reproductivos asociados a la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Factor asociado (Independiente)	Aquellas características personales de tipo estructural y dinámica que organiza de manera estadística a las mujeres, que pueden condicionar una determinada situación, en este caso la función sexual femenina.	Demográficos	- Edad. - Nivel de instrucción - Estado civil. - Religión	Nominal
		Reproductivos	- Edad de inicio de las relaciones sexuales. - Paridad. - Uso de métodos anticonceptivos. - Tiempo de relación actual.	
Funcionalidad sexual femenina	Respuesta neurofisiológica y psicofisiológica que experimenta la mujer frente al estímulo sexual, referida al deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual (Rosen et al, 2000).	Deseo	- Frecuencia. - Intensidad.	Nominal
		Excitación	- Frecuencia. - Intensidad. - Confianza. - Satisfacción.	
		Lubricación	- Frecuencia. - Dificultad. - Duración.	
		Orgasmo	- Frecuencia. - Dificultad. - Satisfacción.	
		Satisfacción	- Cercanía emocional. - Relación sexual con su pareja. - La vida sexual en general.	
		Dolor	- Frecuencia antes y después de la penetración. - Intensidad.	

5. Hipótesis

H₁: La edad, grado de instrucción, estado civil, religión, edad de inicio de las relaciones sexuales, paridad, uso de métodos anticonceptivos y tiempo con la pareja sexual actual se relacionan con la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

H₀: La edad, grado de instrucción, estado civil, religión, edad de inicio de las relaciones sexuales, paridad, uso de métodos anticonceptivos y tiempo con la pareja sexual actual no se relacionan con la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

6. Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores demográficos y reproductivos asociados a la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Objetivos específicos:

1. Determinar la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.
2. Determinar la función sexual femenina en las dimensiones deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.
3. Determinar los factores demográficos asociados a la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.
4. Determinar los factores reproductivos asociados a la función sexual femenina en el Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

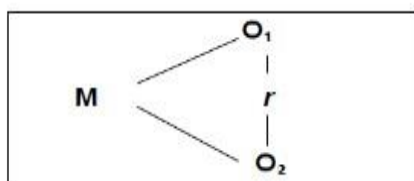
METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

Investigación básica, porque tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de un problema poco estudiado hasta ahora, como lo es la función sexual femenina, con la intención de generalizar los resultados (Gómez, 2003).

Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el proyecto se enmarca en un nivel de investigación relacional, de diseño no experimental transeccional correlacional/causal, pues se busca establecer relaciones entre variables en un momento determinado, sin precisar el sentido de causalidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Esquema:



Dónde:

- M : Mujeres.
O1 : Factor asociado.
O2 : Función sexual femenina.
r : Relación entre O1 y O2.

2. Población y muestra

El ámbito de la investigación está compuesto por el Asentamiento Humano Las Poncianas, ubicado en el distrito de Chimbote, provincia Santa y región Ancash.

La población en estudio estará conformada por todas las mujeres adultas y sexualmente activa que radican en el Asentamiento Humano durante el periodo de investigación.

La muestra quedó conformada por 267 mujeres adultas, a través de un muestreo aleatorio sistemático, empleando la siguiente fórmula (para cuando no se conoce el tamaño de la población):

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde:

Z: Puntaje Z (para 95% de confianza Z= 1.96)

E: Error permitido (E=0.07)

n: tamaño de muestra a ser estudiada

P: Proporción de unidades que poseen cierto atributo. (P=0.50)

Q: Q =1-P (Q=0.50)

Para la conformación de la muestra se tomará en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 18 y 59 años de edad.
- Con actividad sexual en los últimos tres meses.
- Con desempeño normal de su actividad física.
- Mujeres que firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Usuarias de terapia de reemplazo hormonal.
- Mujeres con antecedente de histerectomía o mastectomía.
- Gestantes.
- Mujeres dentro de los primeros seis meses postparto.
- Mujeres con retraso mental u otra discapacidad psíquica que impidiera o dificultara la participación en el estudio.

- Mujeres que no firmen el consentimiento informado.
- Mujeres que no completen la encuesta.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a las mujeres que voluntariamente acepten participar de la investigación. La aplicación de los formularios se realizó por la autora de la investigación con la ayuda de estudiantes de Obstetricia previamente capacitados. Los tópicos de la capacitación fueron: manejo del instrumento y los objetivos de la investigación.

Para identificar los factores demográficos y reproductivos que dificulten o fortalezcan la función sexual femenina se aplicó un cuestionario, donde se preguntó la edad, grado de instrucción, estado civil, religión, edad de inicio de las relaciones sexuales, paridad, uso de métodos anticonceptivos y tiempo con la pareja sexual actual (Anexo 1).

Para la evaluación de la función sexual femenina se aplicó la versión traducida al español del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), desarrollado por Rosen et al (2000). Es un instrumento de auto reporte conformada por 19 preguntas simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Esta versión traducida de la IFSF fue realizada por Blümel et al (2004) en la ciudad de Santiago de Chile, Chile (Anexo 1).

La estructura interna del índice se conforma por 19 preguntas agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, teniendo un puntaje mínimo de 4 y máximo de 95. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, de tal manera que a mayor puntaje mejor función sexual, como se detalla a continuación:

Tabla 1. Puntaje del índice de función sexual femenina.

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	1-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Fuente: Rosen et al, 2000.

Respecto a la confiabilidad, el instrumento presenta las siguientes características:

Tabla 2. Consistencia interna de los diferentes dominios de la encuesta.

Dominio	Preguntas	Alfa de Cronbach
Deseo	1-2	0,71
Excitación	3-6	0,87
Lubricación	7-10	0,85
Orgasmo	11-13	0,74
Satisfacción	14-16	0,88
Dolor	17-19	0,85
Índice total		0,82

Fuente: Elaboración propia.

4. Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23. Se realizó el análisis estadístico descriptivo para establecer las proporciones porcentuales relativas y absolutas. Para establecer la relación estadística entre los factores demográficos y reproductivos con la función sexual femenina se definió dos grupos, el primero como casos a las mujeres que presentaban uno o más trastornos de la sexualidad (TS), y como controles a aquellas que no los presentaban; los resultados se expresan como media \pm desviación estándar. La relación entre variables se estableció mediante el estadístico Chi cuadrado, para todos los análisis se supone un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). Como regla de decisión se tomó en cuenta lo siguiente:

- Si el valor de $p < \alpha$ se considera región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.
- Si el valor de $p > \alpha$ se considera región de aceptación, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

RESULTADOS

Tabla 3. Funcionamiento sexual femenino en el Asentamiento Humano las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Función sexual	f	%	Intervalo IC 95%
Con disfunción	71	26.6	19 – 34
Sin disfunción	196	73.4	66 – 81
Total	267	100.0	

Fuente: Encuesta a las mujeres del A.H. Las Poncianas, Nuevo Chimbote.

En la tabla 3 se puede apreciar que el 26.6% de las mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote presentan disfunción sexual y el 73.4% presenta no tiene disfunción sexual. También se puede decir que, existe un 95% de confianza para indicar que el porcentaje de mujeres con disfunción sexual se encontrará entre un 19 y 34%. Por otro lado, se tiene que el porcentaje de mujeres del total de la población sin disfunción sexual se encontrará entre un 66 y 81%.

Tabla 4. Determinación del funcionamiento sexual femenino por dominio. Asentamiento Humano las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Dominio	Media	Desviación estándar	Intervalo IC 95%
Deseo	2.33	0.951	2.21 – 2.44
Excitación	4.21	1.354	4.04 – 4.37
Lubricación	4.59	1.369	4.43 – 4.76
Orgasmo	4.34	1.534	4.15 – 4.52
Satisfacción	5.30	1.048	5.17 – 5.43
Dolor	5.21	0.974	5.09 – 5.33

Fuente: Encuesta a las mujeres del A.H. Las Poncianas, Nuevo Chimbote.

En la tabla 4 se visualiza que, los dominios del funcionamiento sexual femenino con mayor valor medio son satisfacción y dolor, con un 5.3 (IC 95%: 5.17 - 5.43) y 5.21 (IC 95%: 5.09 - 5.33) respectivamente. En tanto, los dominios que registran menor valor medio corresponde al deseo con un 2.33 (IC 95%: 2.21 - 2.44). Con respecto a la variabilidad de los puntajes se puede apreciar que, es mayor en la dimensión orgasmo (DS=1.534) y menor en los dominios deseo (DS=0.951) y dolor (DS=0.974).

Tabla 5. Asociación entre factores demográficos y funcionamiento sexual femenino en el Asentamiento Humano las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Factores demográficos	Función sexual femenina				χ^2	<i>p</i>
	Con disfunción		Sin disfunción			
	f	%	f	%		
Edad						
40 o menos años	52	73.2	141	71.9	0.044	0.834
Más de 40 años	19	26.8	55	28.1		
Total	71	100.0	196	100.0		
Estado civil						
Soltera	11	15.5	18	9.2	3.049	0.218
Casada	37	52.1	97	49.5		
Conviviente	23	32.4	81	41.3		
Total	71	100.0	196	100.0		
Nivel de instrucción						
Educación básicas	37	52.1	101	51.5	0.007	0,933
Educación superior	34	47.9	95	48.5		
Total	71	100.0	196	100.0		
Ocupación						
Ama de casa	41	57.7	134	68.4	2.603	0,107
Trabajo remunerado	30	42.3	62	31.6		
Total	71	100.0	196	100.0		
Religión						
Católica	47	66.2	151	77.0	5.830	0,047
Evangélica	24	33.8	41	20.9		
Otra	0	0.0	4	2.0		
Total	71	100.0	196	100.0		

Fuente: Encuesta a las mujeres del A.H. Las Poncianas, Nuevo Chimbote.

En la tabla 5 se evidencia que la religión es el único factor demográficos de las mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, que registra una asociación significativa con el funcionamiento sexual femenino ($p=0.047$).

Tabla 6. Asociación entre factores reproductivos y funcionamiento sexual femenino en el Asentamiento Humano las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Factores reproductivos	Función sexual femenino				χ^2	<i>p</i>
	Con disfunción		Sin disfunción			
	f	%	f	%		
Edad de primera relación sexual						
Adolescencia						
(10 – 19 años)	44	62.0	101	51.5	2.290	0.130
Adulthood (≥ 20 años)	27	38.0	95	48.5		
Total	71	100.0	196	100.0		
Tenencia de hijos						
Si	43	90.1	151	77.0	6.972	0.043
No	28	9.9	45	23.0		
Total	71	100.0	196	100.0		
Uso de métodos anticonceptivos						
Si	40	56.3	109	55.6	0.011	0.916
No	31	43.7	87	44.4		
Total	71	100.0	196	100.0		
Tiempo de relación con la pareja actual						
Meno de un año	14	19.7	27	13.8	1.416	0.234
Uno o más años	57	80.3	169	86.2		
Total	71	100.0	196	100.0		

Fuente: Encuesta a las mujeres del A.H. Las Poncianas, Nuevo Chimbote.

En la tabla 6 se evidencia que la tenencia de hijos es el único factor reproductivo de las mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, que registra una asociación significativa con el funcionamiento sexual femenino ($p=0.043$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con Rosen et al (2000), la función sexual femenina es definida como la respuesta neurofisiológica y psicofisiológica que experimenta la mujer frente al estímulo sexual, estando referida al deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual. En ese sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría señala que una mujer puede presentar disfunción sexual a nivel del deseo, excitación, orgasmo y dolor; a estos se suma, la lubricación y la satisfacción, a partir de la International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (Basson, et al., 2005).

Al respecto, en el estudio se halló disfunción sexual en el 26.6% (IC 95%:19 – 34) de las mujeres entrevistadas. Estos resultados son menores a lo comunicado en los primeros estudios realizados en Latinoamérica por la Oficina Panamericana de la Salud, quién señala una incidencia de 40 a 45% en mujeres adultas (World Association for Sexual Health, 2009) así como para Lima, donde se tienen 71.8% de casos de disfunción sexual femenina (Blümel, 2009). Sin embargo, se encuentran dentro del rango de las mujeres chilenas, donde más recientemente se comunican casos de disfunción sexual en el 32% de mujeres (Valenzuela, 2014). Esta situación se debería a la mejora en las técnicas de diagnóstico de la disfunción sexual femenina, evitando así los falsos positivos, que llevan a patologizar casos eventuales o de simples ciclos comportamentales de las mujeres (Moraga, 2017). Aun así, la incidencia sigue siendo alta, por lo cual los servicios de salud sexual y reproductiva deben poner mayor atención a las necesidades y dificultades sexuales de las mujeres, principalmente en las provincias y comunidades fuera de las capitales, como en el caso de Chile, donde la evidencia pone de manifiesto un mayor compromiso en el ámbito terapéutico de la sexualidad femenina.

Morrison (2015), señala que las alteraciones de la función sexual femenina se presentan bajo la forma de desinterés en el sexo; disminución de la capacidad de excitación y lubricación; dolor genital por el coito, con frecuencia durante la penetración; presencia de orgasmos demasiados lentos, infrecuentes o débiles; y alteración de la satisfacción general con el coito. Presentándose con una duración de seis meses a más, pudiendo ser clasificado en primario o adquirido, generalizado o situacional: y de intensidad leve, moderado o grave. En relación a este punto, el estudio identificó la satisfacción ($M: 5.30$ $DS: 1.048$ $IC\ 95\%: 5.17 - 5.43$) y dolor ($M: 5.21$ $DS: 0.974$ $IC: 5.09 - 5.33$) como los dominios del funcionamiento sexual femenino con mejores puntuaciones. En tanto, el dominio que registró menor valor fue el deseo ($M: 2.33$ $DS: 0.951$ $IC: 2.21 - 2.44$), concluyéndose que las mujeres entrevistadas presentan disfunción sexual en el deseo. Los demás dominios, lubricación ($M: 4.59$ $DS: 1.369$ $IC: 4.40 - 4.76$), orgasmo ($M: 4.34$ $DS: 1.534$ $IC: 4.18 - 4.52$) y excitación ($M: 4.21$ $DS: 1.354$ $IC: 4.04 - 4.37$). Resultados similares a los comunicados por Blümel (2009), donde las mujeres que presentaron alteraciones de la función sexual, alcanzaron puntuaciones bajas en deseo (3.6 ± 1.4), excitación (3.8 ± 1.40), lubricación (4.1 ± 1.4) y orgasmo (3.9 ± 1.3). De ahí que, la participación de los profesionales de Obstetricia en la salud sexual de las mujeres deberá ser más activa, incluyendo en la anamnesis aspectos ligados a la función sexual para la identificación de factores de riesgo, síntomas/signos de alteración de las relaciones sexuales, así como participar en el manejo multidisciplinario de la sexualidad femenina.

Según el modelo cíclico de la respuesta sexual femenina la gratificación se consigue por aspectos ligados al erotismo (la satisfacción y el placer sexual, sea con orgasmo o sin él), así como por aspectos afectivos y emocionales con la pareja, como la comunicación, la intimidad, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada) y el bienestar (Basson et al, 2005, Gutiérrez, 2016). Este modelo plantea que la función sexual femenina está determinada por diversos factores, entre ellos la edad y el estado de salud, la autoestima e imagen corporal, la calidad de la relación con la pareja, así como por los aspectos socioculturales y educativos,

alterándolo y por tanto produciendo problemas en el funcionamiento sexual de las mujeres (Basson et al, 2005; Gorguet, 2008; Gutiérrez, 2016). Sobre este punto, es reconocido que la presencia de disfunciones sexuales en la mujer, se asocian con los factores demográficos nivel educativo (primaria y/o secundaria), edad mayor de 40 años, participación religiosa alta, bajo nivel socioeconómico, trabajo fuera del hogar (Blümel, 2009; Muñoz y Camacho, 2016; Valenzuela, 2014; Vega et al, 2014). Sin embargo, en el estudio solo se ratificó la relación con la religión ($p=0.047$); ya que, del total de mujeres con disfunción sexual el 66.2% profesa el catolicismo y 33.8% otra religión. Situación que plantea que las creencias religiosas y el adoctrinamiento protestante repercuten en la expresión libre de la sexualidad, sobre todo en la satisfacción del deseo erótico. En ese sentido, el profesional de Obstetricia debe propiciar, a partir de la educación para la sexualidad, el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas.

Por otro lado, los autores (Blümel, 2009; Muñoz y Camacho, 2016; Valenzuela, 2014; Vega et al, 2014) resaltan también la relación entre factores reproductivos como la maternidad, el uso de anticoncepción y el tiempo de relación de pareja (incluido el matrimonio ≥ 10 años), con una función sexual alterada. En el estudio solo se halló asociación significativa entre tener hijos y el funcionamiento sexual femenino ($p=0.043$); dado que, del total de mujeres con disfunción sexual el 90.1% tiene hijos y solo 9.9% no, en tanto del total de mujeres sin disfunción sexual el 77% tiene hijos y el 23% no. Resultados que pueden ser comparables a los hallados por Chaparro et al (2013), quien resalta que la maternidad altera la función sexual femenina. En esa misma línea, la maternidad provoca cambios en el aspecto físico de la mujer, que podría deteriorar la autoimagen y autoestima de la mujer, lo que repercutirá indefectiblemente en la función sexual (Cancapa, 2016; Real Cancio, 2012). Otros aspectos relacionados con la maternidad son: el incremento de responsabilidades de la pareja derivadas del/los nuevo/s miembro/s de la familia, la falta de espacios de tiempo y privacidad para la pareja dentro del mismo hogar y las dificultades de comunicación consecuentes con los dos anteriores (Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá, 2002; Iglesias-Campos, Morell-Mengual,

Caballero-Gascón, Ceccato, Gil, 2018; Muñoz y Camacho, 2016; Oerlich, 2006; Pintado, 2016). En ese sentido, el profesional de Obstetricia en el marco de la salud familiar y comunitaria debe propiciar la mayor participación posible de la pareja en la atención de salud sexual y reproductiva, dado que un mejor entendimiento de los cambios físicos, psicológicos y sociales de la maternidad, podrá ser un facilitador para la comunicación y una mayor expresión de afecto por la pareja; favoreciendo así la mejora en la función sexual (Iglesias-Campos et al, 2018).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- El 26.6% (IC: 19-34) de mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018 presentan disfunción sexual. El deseo es el dominio con menor puntuación (\bar{X} : 2.33 DS: 0.951 IC95%: 2.21 - 2.44) y por tanto con mayor alteración de la función sexual. En tanto, la satisfacción durante el acto sexual es el dominio con mayor puntuación (\bar{X} : 5.30 DS: 1.048 IC 95%: 5.17 - 5.43) y por tanto con menos alteración de la función sexual.
- La religión es el factor demográfico asociado a la función sexual ($p=0,047$) en las mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.
- El tener hijos es el factor reproductivo asociado a la función sexual ($p=0.043$) en las mujeres del Asentamiento Humano Las Poncianas de Nuevo Chimbote, 2018.

Recomendaciones

- Recomendar a la institución de salud ámbito del estudio, específicamente a los profesionales Obstetras, considerar los resultados en el desarrollo de estrategias para el abordaje preventivo de la función sexual femenina, en un marco de salud familiar y comunitaria. En ese sentido, este abordaje debe poner mayor énfasis en los aspectos culturales como las adherencias doctrinales religiosas y la maternidad; toda vez que, se encontró relación con la disfunción sexual femenina.
- A los futuros investigadores, ampliar el espectro de la población e incluir aspectos médicos, psicosociales, culturales e institucionales, como el enfoque de género, para trabajar con las distintas vivencias de la sexualidad desde el punto de vista de la mujer, de manera que permita enriquecer y contribuir a la investigación de la función sexual.

Referencias bibliográficas

- Amssac. (2016a). Respuesta sexual humana. Recuperado de <http://www.amssac.org/biblioteca/respuesta-sexual-humana/>
- Anci, E. (2018). *Relación entre trabajo por turnos diurnos y nocturnos y función sexual femenina en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2018.* (Tesis de grado). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.
- Basson, R., Brotto, L., Laan, E., Redmond, G. & Utian, W. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*, 2 (3), 291-300.
- Blümel, J. (2009). Disfunción sexual en la mujer Chilena. *Rev. Medicina y Humanidades*, 1 (3), 12-22.
- Blümel, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. & Sarrá, S. (2002). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69 (2), 118-125.
- Cancapa, R. (2016). *Determinantes del índice de la función sexual en mujeres de edad media que laboran en la Red de Salud Puno. 2014.* (Tesis de maestría). Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca, Perú.
- Castroviejo, F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León; Rangos de Normalidad.* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Chaparro, M., Pérez, R. & Sáez, K. (2013). Función sexual femenina durante el período posparto. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 73 (3):181-186.

- Gómez, S. (2003). *Técnicas de investigación*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD.
- Gorgueti, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba, Cuba: Editorial Oriente.
- Gutiérrez, B. (2016). La respuesta sexual humana. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Iglesias-Campos, P., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., Ceccato, R. y Gil, M. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *Revista INFAD de Psicología*, 1 (1), 85-92.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy: Active Treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner/Mazel (La nueva terapia sexual). Vol.1 y 2. Madrid: Alianza Editorial.
- Matute, V., Arévalo, C. & Espinoza, A. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Revista Médica HJCA*, 8 (1), 19-24.
- Moraga, K. (2017). *Función sexual y calidad de vida en mujeres chilenas diagnosticadas con disfunción del piso pélvico*. (Tesis de maestría). Universidad de Concepción, Chile.

- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico* [Traducido al español de DSM-5 ® Made Easy The clinician's Guide to Diagnosis]. México D.F, México: Editorial El Manual Moderno.
- Muñoz, A. & Camacho, P. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 81 (3): 168-180.
- Oelrich, P. (2006). *Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva*. (Tesis de grado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Pintado, Sh. (2016). Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 84 (11), 679-683.
- Real Cancio, R. (2012). *Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina. Asociación con ...* (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26 (2), 191-208.
- Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P. & Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67-75.
- Shibley, J. & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad humana* [Traducido al español de Understanding human sexuality Copyright © MMVI]. México D.F, México: Editorial McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- Sorribes, F., Lega, L., Calvo, M. & Trujillo, J. L. (2011). *Baja tolerancia a la frustración y perfeccionismo en los problemas sexuales y de pareja*. Barcelona. España: Academia de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES) – Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual.
- Valenzuela, R. (2014). *Función sexual de trabajadoras en turno del sector salud*. (Trabajo de grado). Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Vega, G., Flores, P., Ávila, J., Becerril, A., Vega, A., Camacho, N. et al (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 79 (2), 81-85.
- Walen, S. R. & Roth, D. (1987). A cognitive approach. In J. H. Geer y W. T. O'Donohue (Eds.). *Theories of Human Sexuality* (pp.335-362). New York: Plenum Press.
- World Association for Sexual Health. (2009). *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información

Número de instrumento

Información Demográfica

Edad de la mujer (años cumplidos):

Estado civil:

1. Soltera ()
2. Casada ()
3. Conviviente ()
4. Otra ()

Nivel de instrucción:

1. Educación básica ()
2. Educación superior ()

Ingreso económico promedio mensual:

Ocupación:

1. Ama de casa ()
2. Trabajo remunerado ()

Que religión profesa con continuidad:

1. Católica ()
2. Evangélica ()
3. Otra ()

Información Reproductiva

Edad de la primera relación sexual:

1. Adolescencia (10 -19 años) ()
2. Adulthood (≥ 20 años) ()

Hijos:

1. Si ()
2. No ()

Número de hijos:

Uso de métodos anticonceptivos:

1. Si ()
2. No ()

Si usa un método anticonceptivo, señale cual:

1. Natural (Ritmo, Billings) ()
2. Hormonal (Píldora, inyectable, implante sub dérmico) ()
3. T de cobre ()
4. Ligadura de trompas ()

Tiempo de relación con la pareja actual:

1. < 1 año ()
2. ≥ 1 año ()

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

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

Definiciones

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

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

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

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.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- (1) Muy alto
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Bajo
- (5) Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy alto
- (2) Alto
- (3) Moderado

- (4) Bajo
- (5) Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy alta confianza
- (2) Alta confianza
- (3) Moderada confianza
- (4) Baja confianza
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre la mantengo
- (2) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- (3) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil o imposible
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Poco difícil
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy satisfecha
- (2) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (4) Moderadamente insatisfecha
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy satisfecha
- (2) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (4) Moderadamente insatisfecha
- (5) Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- (1) Muy satisfecha
- (2) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (4) Moderadamente insatisfecha
- (5) Muy insatisfecha

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

- (1) Muy satisfecha
- (2) Moderadamente satisfecha
- (3) Ni satisfecha ni insatisfecha
- (4) Moderadamente insatisfecha
- (5) Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)

- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Siempre o casi siempre
- (2) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- (3) A veces (alrededor de la mitad)
- (4) Pocas veces (menos que la mitad)
- (5) 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?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Muy alto
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Bajo
- (5) Muy bajo o nada

Muchas gracias.

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nuevo Chimbote, _____ de 2018.

Yo, como sujeto de investigación, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

He decidido participar en el estudio denominado: **FACTORES DEMOGRÁFICOS Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS A LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA-ASENTAMIENTO HUMANO LAS PONCIANAS, NUEVO CHIMBOTE 2018**, cuyo responsable es la **Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa**, estudiante de la Especialidad en Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro. En el mencionado estudio se desarrollará una encuesta a través de un cuestionario auto aplicado denominado Índice de Función Sexual Femenina (ÍFSF), que permite identificar alteraciones de la funcionalidad sexual en mujeres adultas.

Declaro que he sido informada de la metodología que tendrá la investigación y que la información recolectada será utilizada con estricta atención a las normas éticas de la investigación en seres humanos, garantizando en todo momento la confidencialidad de mi identidad.

Entiendo que en este estudio no se me administrará ningún tipo de fármaco ni exámenes médicos, la valoración será a través de una encuesta anónima y voluntaria, en un ambiente de confort, y que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Cabe recalcar que recibiré una copia firmada del presente documento.

Atentamente,

Firma

DNI: _____