

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN  
SEXUAL EN MUJERES ADULTAS CENTRO  
DE SALUD DELICIAS DE VILLA  
CHORRILLOS NOVIEMBRE  
2020**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
ESTHER MALPARTIDA APARCO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**LIMA - PERÚ  
2021**

**ASESORA DE TESIS: DRA. ROSARIO PAULINA RIVERO ÁLVAREZ**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por darme la oportunidad de continuar en este largo camino a nivel personal y profesional, por haberme otorgado la sabiduría y la fortaleza necesaria para llevar a cabo la presente investigación.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Por haberme brindado la oportunidad de formarme profesionalmente a base de esfuerzo, dedicación, perseverancia e ímpetu.

### **Al Centro de Salud Delicias de Villa**

Por brindarme confianza y abrir las puertas para realizar el presente trabajo de investigación además de contribuir el acceso hacia el grupo poblacional, porque sin ellos no lo hubiera logrado.

### **A mi asesora**

Por su apoyo incondicional, orientaciones, motivaciones, enseñanzas, por ser mi guía, por sus exigencias y críticas, por confiar en mí y por sus contribuciones realizadas como aportes.

## **DEDICATORIA**

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar. A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir buenos y malos momentos.

## RESUMEN

**Introducción:** La disfunción sexual constituye un problema de salud sexual y reproductiva, si bien no pone en peligro la vida de las mujeres, afecta en forma directa la sexualidad en su sentido pleno y la calidad de vida. **Objetivo:** Determinar los factores que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos noviembre 2020. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 mujeres adultas. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumentos el “Cuestionario de Factores que Intervienen en la Disfunción Sexual” (Sandi 2019) y el “Test de Función Sexual Femenina (Rossen y Cools 2016)”. **Resultado:** Los factores personales, familiares y socioculturales que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son la edad > 30 años ( $p < 0.010$ ), más de dos hijos ( $p < 0.016$ ), violencia de pareja ( $p < 0.018$ ), estrés laboral ( $p < 0.018$ ), consumo de alcohol ( $p < 0.026$ ), religión ( $p < 0.035$ ), privacidad en el hogar ( $p < 0.041$ ) y el uso de anticonceptivo hormonal ( $p < 0.049$ ). **Conclusiones:** Los factores que intervienen de manera significativa con la disfunción sexual en mujeres adultas son los personales, familiares y socioculturales.

**PALABRAS CLAVE:** Factores, disfunción sexual, mujeres adultas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual dysfunction is a disorder that affects the sexuality of the person, in its fullest sense, and therefore constitutes a problem of Sexual and Reproductive Health, which, although it does not endanger the lives of patients, affects in directly health and quality of life. **Objective:** To determine the factors involved in sexual dysfunction in adult women who attend the Delicias de Villa Health Center - Chorrillos November 2020. **Methodology:** Quantitative approach, correlational descriptive level, non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of 50 adult women. The survey was used as a technique and as instruments the "Questionnaire of Factors Involved in Sexual Dysfunction" (Sandi 2019) and the "Test of Female Sexual Function (Rossen and Cools 2016)". **Result:** The personal, family and sociocultural factors that intervene significantly with sexual dysfunction in adult women are age > 30 years ( $p < 0.010$ ), more than two children ( $p < 0.016$ ), partner violence ( $p < 0.018$ ), work stress ( $p < 0.018$ ), alcohol consumption ( $p < 0.026$ ), religion ( $p < 0.035$ ), privacy at home ( $p < 0.041$ ) and the use of hormonal contraceptives ( $p < 0.049$ ). **Conclusions:** The factors that intervene in a significant way with sexual dysfunction in adult women are diverse and there are both personal, family and sociocultural factors.

**KEY WORDS:** Factors, sexual dysfunction, adult women.

## PRESENTACIÓN

La sexualidad en la mujer es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psíquico y social. La disfunción sexual femenina es una alteración muy frecuente y el abordaje del equipo de salud ante este problema suele ser mínimo. Posiblemente se deba al temor o la vergüenza de las mujeres, a la falta de profesionales especializados en estos aspectos; por lo que es necesario el soporte de la enfermera en el cuidado salud reproductiva, familiar y comunitaria.

La presente investigación planteó como objetivo: Determinar los factores que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos noviembre 2020. Con el propósito de brindar información actualizada como marco de referencia, así como el de desarrollar intervenciones educativas participativas sobre sexualidad dirigidas a las mujeres y fortalecer el funcionamiento de las consultas multidisciplinarias de terapia y orientación sexual en las áreas de salud.

La estructura del trabajo de investigación está compuesta por los siguientes capítulos: **Capítulo I:** engloba la situación problemática, los objetivos, justificación y propósito. El **Capítulo II:** Describe el marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis y la definición de términos operacionales. **Capítulo III:** Hace referencia al tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. **Capítulo IV:** Comprende análisis de los resultados y discusión. **Capítulo V:** Las conclusiones y recomendaciones, finalmente las referencias bibliográficas, bibliografías, y anexos.

## ÍNDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>CARÁTULA</b> .....                  | i           |
| <b>ASESORA</b> .....                   | ii          |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....            | iii         |
| <b>DEDICATORIA</b> .....               | iv          |
| <b>RESUMEN</b> .....                   | v           |
| <b>ABSTRACT</b> .....                  | vi          |
| <b>PRESENTACIÓN</b> .....              | vii         |
| <b>ÍNDICE</b> .....                    | viii        |
| <b>LISTA DE TABLAS</b> .....           | x           |
| <b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....         | xi          |
| <b>LISTA DE ANEXOS</b> .....           | xii         |
| <br>                                   |             |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....   | 13          |
| I. a. Planteamiento del problema ..... | 13          |
| I. b. Formulación del problema.....    | 16          |
| I. c. Objetivos .....                  | 16          |
| I.c.1. Objetivo general.....           | 16          |
| I.c.2. Objetivos específicos .....     | 16          |
| I. d. Justificación .....              | 17          |
| I. e. Propósito.....                   | 18          |

|   |    |
|---|----|
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....                     | 19 |
| II. a. Antecedentes bibliográficos .....                    | 19 |
| II. b. Bases teóricas.....                                  | 23 |
| II. c. Hipótesis.....                                       | 34 |
| II. d. Variables .....                                      | 35 |
| II. e. Definición operacional de términos .....             | 35 |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....  | 36 |
| III. a. Tipo de estudio .....                               | 36 |
| III. b. Área de estudio.....                                | 36 |
| III. c. Población y muestra.....                            | 36 |
| III. d. Técnica e instrumento de recolección de datos ..... | 37 |
| III. e. Diseño de recolección de datos .....                | 39 |
| III. f. Procesamiento y análisis de datos.....              | 39 |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b> .....        | 40 |
| IV. a. Resultados.....                                      | 40 |
| IV. b. Discusión .....                                      | 47 |
| <br>  |    |
| <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....     | 60 |
| V. a. Conclusiones .....                                    | 60 |
| V. b. Recomendaciones .....                                 | 61 |
| <br>  |    |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                     | 62 |
| <br>  |    |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....                                   | 76 |
| <br>  |    |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 77 |

## LISTA DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>TABLA 1</b> Datos generales de las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos, noviembre 2020.  | 40          |
| <b>TABLA 2</b> Factores personales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos, noviembre 2020.          | 41          |
| <b>TABLA 3</b> Factores familiares que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos, noviembre 2020.          | 42          |
| <b>TABLA 4</b> Factores socioculturales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos, noviembre 2020.     | 43          |
| <b>TABLA 5</b> Factores que intervienen en la disfunción sexual según dimensiones en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos, noviembre 2020. | 46          |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>GRÁFICO 1</b> Disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos, noviembre 2020.                   | 44          |
| <b>GRÁFICO 2</b> Disfunción sexual según dimensiones en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos, noviembre 2020. | 45          |

## LISTA DE ANEXOS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>ANEXO 1</b> Operacionalización de variables                | 78          |
| <b>ANEXO 2</b> Instrumento de medición de la primera variable | 81          |
| <b>ANEXO 3</b> Instrumento de medición de la segunda variable | 87          |
| <b>ANEXO 4</b> Escala de valoración                           | 90          |
| <b>ANEXO 5</b> Gráficos de las mediciones de las variables    | 92          |
| <b>ANEXO 6</b> Consentimiento informado                       | 95          |

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La disfunción sexual femenina, puede estar determinada por múltiples factores de origen socioeconómico, imposibilidad de contar con privacidad, enfermedades crónicas, problemas relacionados con el consumo de fármacos, problemas psicológicos desde la pérdida de la satisfacción sexual, falta de interés, dispareunia, etc<sup>1</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), resalta que cerca de 40% a 45% de las mujeres adultas tienen al menos una alteración que se traduce en disfunción sexual; éstas no se diagnostican con frecuencia, y en algunos casos pasan por hechos imperceptibles e ignorados. Debido a la alteración biológica, algunas mujeres sienten vergüenza y desconocen cómo afrontar el problema; por otro lado, la mayoría de los profesionales de la salud carecen de información suficiente para abordar la situación en el momento oportuno<sup>1</sup>.

En la India, un estudio para determinar los factores externos que intervienen en la disfunción sexual femenina, reportó que los factores culturales influyen de manera directa sobre los comportamientos de las mujeres, debido a que actúan a nivel del cerebro regulándolo a través de algunos aspectos míticos religiosos que generan en la mujer la imposibilidad de disfrutar y expresar plenamente su sexualidad<sup>2</sup>.

En España, diversas investigaciones indican que la disminución del deseo sexual es frecuente en mujeres de todas las edades, pero con mayores porcentajes en mujeres en la etapa del climaterio, con efectos negativos en el bienestar del individuo. Se estima, además, que el 22% de la población femenina presenta disfunción sexual en la edad reproductiva, debido al trastorno de una de las fases existentes en cuanto al deseo, excitación y dolor que impide una respuesta sexual humana placentera<sup>3</sup>.

En Honduras, se reportó una prevalencia de disfunción sexual femenina en más del 50%, entre los aspectos más relevantes estuvo la limitada integración del hombre al desenvolvimiento de la sexualidad de la mujer; un tema vinculado a la cultura de países en vías de desarrollo es la creencia que el hombre debe experimentar plenamente su sexualidad y la mujer el de mantener ciertas limitaciones, convirtiéndose en un ser sumiso y dominado<sup>4</sup>.

En Argentina, una investigación identificó que factores biológicos que intervinieron en la disfunción sexual en aquellas mujeres adultas fueron la disminución progresiva del tamaño de los ovarios, atrofia del endometrio y la mucosa del cuello uterino así como la disminución de la capacidad multiorgásmica y de la lubricación femenina, las respuestas orgánicas constituyeron el 34 a 45%; además, sufrir trastornos sexuales orgásmicos y vaginismo en diferentes edades sin distinción de raza o país de origen<sup>5</sup>.

En Colombia, un estudio reportó que los factores que más intervienen en la disfunción sexual femenina estaban relacionados con la educación, pues el desconocimiento y desinformación influyeron en la relación de pareja; además, de la aparición de sentimientos de culpabilidad con la edad avanzada, depresión, ansiedad, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico; así como, la presencia de problemas de salud en la familia contribuyeron a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en la mujer<sup>6</sup>.

Un estudio en Chile, en mujeres adultas con edad promedio de 46 años, demostró que el 98% presentó disfunción sexual. El 67% eran casadas y 77% vivían en sector urbano. El 33% era múltipara y el 31% cursó con menopausia; entre los factores de riesgo asociados a la disfunción sexual femenina fueron la baja frecuencia de relaciones sexuales, presencia de enfermedad, bajo nivel educativo, edad mayor de 40 años, menopausia, mala comunicación con la pareja y presentar una pareja con disfunción eréctil<sup>7</sup>.

En Perú, un estudio reportó que los factores psicológicos 52% pueden incidir en la disfunción sexual y están asociados al dolor causado por la vulvodinia en mujeres con un pasado de abuso sexual y físico en la infancia que conllevan a estados de la ansiedad y depresión; así mismo, se ha reportado casos de experiencias de dolor a la penetración que inducen a la sensación de temor que inhiben la excitación genital, lo cual se refleja en una lubricación insuficiente<sup>8</sup>.

Sin embargo, la disfunción sexual en las mujeres es influenciada por factores externos como la carga de trabajo, violencia de género, represión sexual y crianza de los hijos que no permiten tener la tranquilidad para alcanzar el goce y el placer sexual; en tal sentido, cabe precisar que este trastorno en las mujeres, no solo se relaciona con el placer físico, sino con aspectos emocionales como el cariño y afecto para lograr satisfacciones recíprocas con la pareja<sup>9</sup>.

Al interactuar de manera inopinada e informal con las mujeres que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos hicieron referencia, que “Cada vez que tenemos relaciones con mi esposo no siento nada de lo que es un orgasmo pero lo hago por amor”, “Cuando tengo relaciones me duele mis partes pues no me humedezco” por otro lado manifestaron que “se sentían obligadas a tener relaciones sexuales por su pareja o esposo”, en algunos caso referían “Cuando estoy con mi esposo siento que el disfruta pero yo no sé lo que es un orgasmo, solo me han contado”, “Los hombres no saben llegar a una mujer, posiblemente porque no conoce”, de manera que los factores que intervienen en la disfunción sexual son diversos y merecen ser analizados.

Por lo tanto, de acuerdo con lo expuesto se planteó la siguiente interrogante:

## **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos; noviembre 2020?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos; noviembre 2020.

### **I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores personales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; según edad mayor a 30 años, estado civil, antecedente de abortos, cesáreas previas, uso de métodos anticonceptivos hormonales y número de parejas sexuales.
- Identificar los factores familiares que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; según la falta de privacidad en el hogar, hacinamiento familiar, violencia de pareja y relación con los padres.
- Identificar los factores socioculturales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; según el estrés de tipo laboral, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, religión, hábito de fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas.
- Identificar la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa.

## **I.d. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación, se justifica debido a que aborda aspectos ligados a la disfunción sexual femenina; así como las alteraciones más frecuentes que tienen impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales de la pareja; entre ellas, la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad para alcanzar el orgasmo lo cual genera estrés personal.

Asimismo, pretende aportar nuevos conocimientos al considerar las pocas investigaciones específicas que abordan esta problemática en la salud sexual de la mujer. Por otro lado, cabe precisar que la relevancia social, está relacionada con el estudio de los múltiples factores de disfunción sexual, como los socioculturales, familiares, personales, como influyentes y reguladores del comportamiento humano, entre ellos la religión, los mitos, tabúes, algunas normas y leyes.

El estudio, pretende contribuir de manera significativa en las actividades de prevención y promoción de la salud sexual desde el campo de la enfermería, dado a que su labor está orientada al fortalecimiento de la salud sexual debido a que es parte de este proceso de interacción con la comunidad, es por ello, que el estudio brinda aquella información necesaria para prevenir la disfunción sexual.

A través de los resultados del presente estudio, se busca motivar la realización de nuevas investigaciones y visibilizar la magnitud del problema de la disfunción sexual femenina.

## **I.e. PROPÓSITO**

Los resultados del estudio, puede ser una base para que los profesionales de la salud y especialmente las enfermeras, puedan diseñar y planificar estrategias innovadoras en el primer y segundo nivel de atención, a fin de aplicar la escucha activa, sobre los trastornos y factores que afectan su función sexual y el impacto de éstos en su calidad de vida de las mujeres.

Asimismo, los hallazgos de esta investigación serán entregados a la jefatura del Centro de Salud Delicias de Villa, a fin de que sirvan de apoyo para la aplicación de estrategias y ser base para posteriores estudios con muestreo probabilístico o de nivel explicativo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### Internacionales.

Parlaguachi PM. En el año 2019, en Ecuador, desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD TIPO C DE ECUADOR.**

**Metodología:** Diseño descriptivo, transversal. Contó con la participación de 300 pacientes seleccionadas de manera aleatoria, en quienes se utilizó el índice de función sexual femenina para la evaluación de la disfunción sexual. **Resultados:** La prevalencia de disfunción sexual femenina fue baja 40%, encontrándose trastorno del deseo en 33% y excitación en un 20%. Los factores intervienen de manera significativa a la disfunción sexual femenina son la edad mayor a 40 años (OR= 1,74), tener >2 hijos (OR = 1,62), el estrato socioeconómico bajo (OR= 3,57), el bajo grado de instrucción - primaria (OR=1,82), manifestaciones de violencia en la pareja (OR= 2,24), sobrecarga laboral (OR= 1,93) y menopausia (RP= 1,82). **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de disfunción sexual femenina, la cual está asociada principalmente con factores sociodemográficos, violencia de pareja y menopausia<sup>9</sup>.

Bustos BG, Pérez VR. En el año 2018, en Chile. Realizaron una investigación para establecer la relación entre **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y LOS FACTORES BIOPSIOSOCIALES DE UNA POBLACIÓN FEMENINA RURAL DE CHILE.** **Metodología:** Diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 305 mujeres, se utilizó la Escala de Graffar y el Cuestionario de Rosen para valorar el estrato socioeconómico, autoestima, funcionalidad familiar, tipo de violencia conyugal y función sexual en la mujer respectivamente. **Resultados:** El 41% presenta disfunción sexual, el

37% desorden del deseo, un 12% dificultades de excitación, el 9% problemas con la lubricación, 63% alteraciones a nivel del orgasmo, 13% problemas con la satisfacción sexual y 11% de dispareunia. El 72% de los factores intervienen a la disfunción sexual en mujeres adultas; y el 28% no intervienen. Con relación a los factores biopsicosociales, se detectaron diferencias significativas para autoestima ( $p < 0,0001$ ), violencia psicológica en la pareja ( $p < 0,0001$ ), nivel socioeconómico ( $p < 0,0025$ ), hacinamiento familiar ( $p < 0,0021$ ) y estructura familiar ( $p < 0,0002$ ). **Conclusión:** La disfunción sexual está asociada a varios factores biopsicosociales que deben ser abordados por los profesionales de salud<sup>10</sup>.

Vizcaíno AM, Montero VY. En el año 2017, en Cuba, ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar los **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN UN GRUPO DE MUJERES APARENTEMENTE SANAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LA HABANA**. **Metodología:** Diseño no experimental, asociativo; contó con una muestra de 62 mujeres entre los 19 y 64 años en quienes se aplicaron cuestionarios validados DSM-V. **Resultados:** Es 56% de las mujeres presentó disfunción sexual. Respecto a los factores predominó los problemas en el trabajo 42% y con la pareja 59%, falta de privacidad para las relaciones sexuales 100%, problemas familiares 22%, sobrecarga laboral 61%, problemas de carácter 18%, agotamiento 53%, ideología religiosa 54%, presencia de enfermedades cardiovasculares 32% y la edad 57%. **Conclusión:** Los factores psicosociales más frecuentes asociados a disfunción sexual son la sobrecarga laboral y la falta de privacidad<sup>11</sup>.

## Nacionales.

Gonzales PE, Carhuaz PL. En el 2018, en Perú, realizaron un estudio con el objetivo de determinar los **FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN USUARIAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN HOSPITAL DE CHACHAPOYAS**. **Metodología:** De tipo descriptivo correlacional, no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 60 usuarias las cuales fueron identificadas mediante la prueba de Funcionamiento Sexual Femenino (TFSF). **Resultados:** Los principales factores biológicos que intervienen a la disfunción sexual fueron las enfermedades crónicas (OR = 1,74) y el uso de anticonceptivos orales (OR = 1,91); entre los factores psicológicos, sobresalen el estrés laboral (OR = 1,43) y la ansiedad (OR = 1,128), y en el caso de los factores interpersonales, se identificaron a la fatiga (OR = 1,776), el abuso sexual (OR = 1,283) y la preocupación (OR = 6,171). **Conclusión:** Los factores asociados a disfunción sexual en las mujeres son diversos y deben ser abordados de manera integral por los especialistas en estos temas<sup>12</sup>.

Cabrera VK. En el año 2017, en Perú. Ejecutó una investigación con el objetivo de determinar los **FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PRESENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA**. **Metodología:** El estudio fue de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal; contó con una muestra de 76 mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de selección, la técnica de estudio fue la encuesta e instrumento el instrumento de Función sexual de la Mujer (FSM). **Resultados:** Los factores personales que intervinieron en la disfunción sexual fueron la conducta adictiva de fumar (OR=3,38), tomar bebidas alcohólicas (OR=4,75), consumo de café (OR=2,90), consumo de drogas no permitidas (OR=11) y auto medicarse (OR= 2,25). Entre los factores de privacidad de la pareja fueron significativos la presencia de niños en la habitación (OR= 2,55) y ausencia de puertas en el dormitorio (OR= 13,50). Los factores relacionados con

problemas preexistentes en la mujer que obtuvieron asociación significativa de riesgo fueron el parto distócico (OR= 2,80), el estrés laboral (OR=1,73) y los problemas de pareja (OR= 2,82). **Conclusión:** Existen diversos factores que están asociados a la presencia de disfunción sexual femenina y necesitan un abordaje multidisciplinario<sup>13</sup>.

**La revisión de la literatura facilitó la comprensión de un tema complejo como es la disfunción sexual, los resultado reportados de estudios realizados en otros países arrojan datos indicando la complejidad del problema y los indicadores que más se repiten como causantes de la disfunción sexual de la mujer, así mismo a partir de los trabajos de investigación revisados se pueden establecer una marco teórico que permite dar consistencia y validez a la investigación, esta misma literatura revisada facilita la comprensión del problema a partir de los resultados obtenidos. La disfunción sexual en la mujer adulta se da por factores diversos relacionados a comportamientos que son regulados por la cultura y la educación, entre eso factores están los sociales como son la violencia de géneros de educación así mismo hay factores netamente biológicos que producen ciertas reacciones en los organismos de la mujer, provocando reacciones adversas que se denomina la disfunción sexual.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 DEFINICIÓN DE FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL**

Según Baquedano y Lara, los factores de la disfunción están determinados por síndromes metabólico como un factor de riesgo independiente, la edad, el grado de instrucción, la salud física y mental en la mujer, aunque otros autores refieren además el estado civil casado, hábito de fumar, así como tener más de 14 años de matrimonio, más de 2 hijos, el grado de instrucción, el tener una pareja mayor de 42 años y el uso de terapia antidepresiva<sup>14</sup>.

Para Ortiz y Vieira, son todos aquellos factores de riesgo de causa materna como patologías infecciosas (infección urinaria), enfermedades metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2), hipertensión arterial, amenaza de aborto, anemia, que pueda potencialmente desencadenar en disfunción sexual<sup>15</sup>.

Mota y Santos<sup>16</sup>, refieren que: “los factores de la disfunción sexual están relacionada a los diferentes factores externos como son los estilos de vida como es el trabajo, el estrés, por otro lado, se tiene a los factores internos como son: la enfermedad, desordenes fisiológicos”.

### **2.2.2. DIMENSIONES DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

#### **a. DIMENSIÓN FACTORES PERSONALES**

Para Olivares y Sánchez<sup>17</sup>, los factores personales de disfunción sexual femenina son la edad, número de hijos, antecedentes de abortos, uso de anticonceptivos hormonal y abuso sexual. La edad es un factor que está relacionado con la disfunción sexual femenina en especial las etapas de excitación y lubricación. Además, considera que la función sexual

disminuye a medida que avanza la edad de la mujer como producto de los cambios biológicos.

De acuerdo con Paredes<sup>18</sup>, la mayoría de los problemas sexuales se relacionan con la mayoría de la edad, debido a los problemas de lubricación y trastornos emocionales que provocan desinterés en la actividad sexual específicamente en la etapa del climaterio debido al cese de la función ovárica. El uso de anticonceptivos hormonales afecta el deseo sexual de la mujer, siendo considerado por ello dentro de sus efectos secundarios.

Según López<sup>19</sup>, esto se debe a que las hormonas inhiben la producción natural de andrógenos, como la testosterona, produciéndose una disminución de la libido en la actividad sexual. Además, el abuso sexual está relacionado con alteraciones emocionales o de comportamiento sexuales produciendo disfunciones en la etapa adulta de la mujer. Por otro lado, Ortiz y Vieira<sup>15</sup>, consideran dentro de este grupo a los factores psicosociales cuya influencia en la sexualidad se produce mediante el prisma psíquico de la persona y dependen de su desarrollo personal.

Estos se dividen factores individuales e interpersonales, de acuerdo con que la dinámica psicológica en la regulación del comportamiento obedece a necesidades individuales o devienen de la relación afectiva con otra persona; los individuales se asocian al poco deseo sexual, las tensiones psicoemocionales y la no masturbación, y los interpersonales a la comunicación de pareja, el acople sexual de pareja y los trastornos sexuales en la pareja.<sup>15</sup>

## **b. DIMENSIÓN FACTORES FAMILIARES**

Camacho<sup>20</sup>, señala que los factores familiares de disfunción sexual femenina son violencia de la pareja, privacidad en el hogar y relación con los padres. Asu vez, las mujeres tienen temor a la infidelidad, temor a crear conflicto con la pareja; este tipo de temores tiene influencia directa sobre la respuesta sexual de la mujer quien se siente en la obligación de complacer a su pareja aun sin deseos, lo cual afecta el disfrute de ambos .<sup>20</sup>

Para Del Prado<sup>21</sup>, la privacidad en el hogar puede contribuir a la disfunción sexual, porque un lugar que no es suficientemente seguro o privado no favorece la expresión sexual de la mayoría de mujeres. Del Prado<sup>21</sup>, refiere: “Esta privacidad se ve más disminuida aun cuando la familia tiene hijos o vive con otros familiares, en algunos casos, en condiciones de hacinamiento. Por ello es importante mejorar la relación mediante una comunicación efectiva y un lugar privado entre la pareja, lo cual permitirá mejorar las condiciones posibles para la actividad sexual satisfactoria”.

## **c. DIMENSIÓN FACTORES SOCIOCULTURALES**

Para Prieto<sup>22</sup>, los factores socioculturales de disfunción sexual femenina son: escolaridad, ocupación, estrés laboral, religión, hábito de fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas. El nivel de escolaridad no está relacionado directamente con la disfunción sexual, sin embargo, una persona que tiene un nivel educativo bajo presenta una mayor ignorancia sobre la enfermedad y permite que esta progrese de manera paulatina sin recibir un tratamiento oportuno, ya que considera a la disfunción sexual como algo normal.

De acuerdo con Díaz<sup>23</sup>, la religión ejerce en muchas mujeres una influencia en la toma de decisiones sobre sexualidad. El respeto a Dios o las leyes divinas, limita especialmente a las mujeres a disfrutar las relaciones sexuales como una fuente de placer, y la convierten en un acto netamente reproductivo.

Para Rosen<sup>24</sup>, el hábito de fumar está asociado a la respuesta sexual femenina, produciendo una disminución de la excitabilidad, lo cual dificulta la lubricación de la cavidad vaginal, y genera retardo del orgasmo. Además, los efectos negativos del consumo del tabaco como la disminución del oxígeno, aumento del trabajo cardíaco, aumento del colesterol y triglicéridos, afectan también el rendimiento sexual.

Paz<sup>25</sup>, señala que: “La ocupación puede influir en el deseo sexual de la mujer, en especial las que se dedican a labores del hogar. Esto está muy relacionado al cansancio y al estrés laboral, así como en mujeres que trabajan fuera del hogar.”

Además, Prieto<sup>22</sup>, sostiene que los factores culturales son aquéllos que reflejan la asimilación por el sujeto de entorno cultural y la influencia directa o indirecta en la formación de la concepción personal de éste en los diversos aspectos del área sexual, mediante las creencias, las experiencias, las informaciones y las vivencias.

López<sup>15</sup>, considera como factor directo la escolaridad de menor grado, la carencia de educación sexual y la presencia de prejuicios sexuales e indirectos por haber tenido algún antecedente personal de trastorno sexual, algún antecedente familiar de trastorno sexual, una vivencia afectiva negativa en la primera relación sexual y no tener ocupación laboral.

Asu vez, enmarca que los factores ambientales abarcan las características físicas del entorno donde pueden tener lugar las relaciones sexuales de forma regular, y que pueden dificultar la respuesta sexual de la pareja o de uno de sus miembros. Considera las condiciones negativas de la habitación y el hacinamiento de ésta.<sup>15</sup>

### **2.2.3. DEFINICIONES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

De acuerdo con Becerra y Yuneidi<sup>26</sup>, la disfunción sexual femenina se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales.

Carta y Gonzáles<sup>27</sup>, indican que una disfunción sexual es una alteración persistente de los patrones normales del interés y de la respuesta sexual, y que, si bien correlaciona con las fases de la respuesta sexual, se amplía el concepto a las alteraciones relacionadas con el dolor y otras no específicas.

La Organización Mundial de la Salud definió<sup>28</sup>, que la: “disfunción sexual es la dificultad o imposibilidad de individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”. Según Sánchez y Morales<sup>29</sup>, refieren que: “las difusiones sexuales como las alteraciones en el deseo sexual, así como los cambios en la psicofisiológica que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”.

Lliveras y Durand<sup>30</sup>, señalan que la disfunción sexual se refiere a una deficiencia persistente o recurrente de deseo de actividad y fantasía sexuales que causan notable angustia o dificultades interpersonales. Sousa y Driessanck<sup>31</sup>, manifiestan que: “la disfunción sexual femenina está relacionada a la insatisfacción sexual de la mujer, esto se debe al no cumplir sus ciclos de excitación y debido a la influencia de factores externos y factores biológicos internos, provocando dolor y ansiedad en la mujer, dando como resultado la disfunción sexual femenina”.

### **2.2.3.1. DIMENSIONES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

Soria<sup>32</sup>, manifiesta que la disfunción sexual femenina (DSF) es un trastorno que del comportamiento sexual que ocasiona principalmente una disminución del recurso erótico como pensamientos y fantasías sexuales, que motiva a las mujeres a evitar las relaciones sexuales por miedo al dolor en el acto sexual. Por consiguiente, considera un síndrome, ya que altera el proceso erótico de la respuesta sexual del individuo, trayendo consigo alteraciones persistentes o recurrentes en la fase de la respuesta sexual.

Se clasifica en cuatro categorías que son el trastorno del deseo sexual, trastorno de la excitación sexual, trastorno del orgasmo y trastorno sexuales doloroso.

#### **a. DIMENSIÓN DESEO**

Lopetegui y Pujol<sup>33</sup>, refieren que: “Los trastornos del deseo pueden ser una las causas de la disfunción sexual más difíciles de abarcar en la actualidad, cuyas manifestaciones son el deseo sexual disminuido; puede ser de manera global y abarca expresiones sexuales y limitaciones en la actividad sexual, debido a que existe poca motivación a nivel del estímulo impidiendo el proceso normal de la respuesta sexual”.

Además, considera la aversión al sexo que es la evitación de la actividad sexual y del contacto sexual genital con otra persona. Las personas que presentan este tipo de trastorno generalmente no buscan una pareja, debido a que las relaciones sexuales pueden ocasionar dolor en la zona genital.<sup>33</sup>

#### **b. DIMENSIÓN EXCITACIÓN SEXUAL**

Blanco<sup>34</sup>, señala que este tipo de trastorno provoca manifestaciones clínicas como molestias o dificultades en las relaciones interpersonales. Además de generar incapacidad persistente o recurrente en la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual.

Desde el punto de vista de Lluveras y Durand<sup>30</sup>, los trastornos de la excitación sexual consisten en la falta de respuesta a la estimulación sexual, mental o emocional (subjetiva), o física (ingurgitación, cosquilleo o palpitación en la zona genital o humedad vaginal), o ambas. La depresión, la baja autoestima, la ansiedad, el estrés y los problemas en la relación interfieren con la excitación sexual.

En general, cuando existe un desorden la mujer, no se siente excitada sexual, mental y emocionalmente. También ciertos cambios físicos no surgen durante la actividad sexual como: la vagina no presenta secreciones que proporcionan lubricación (que causan humedad), los tejidos alrededor de la abertura vaginal (labios) y el clítoris (equivalente al pene en los hombres) no se inflaman, los pechos no se endurecen ligeramente, y en todas estas áreas no suele sentirse un cosquilleo.<sup>30</sup>

### **c. DIMENSIÓN ORGASMO**

Según Paredes<sup>35, 36</sup>, es la dificultad en experimentar orgasmo o sensaciones orgásmica durante la actividad sexual o coito, debido a los factores educativos, psicólogo, uso de drogas y psicofármacos. Se caracteriza por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, dado que es importante destacar que las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo de intensidad que depende de la estimulación que desencadena el orgasmo pudiendo ser inferior a la que correspondería por edad, experiencia y estimulación sexual recibida.

Para Díaz<sup>23</sup>, la cantidad y el tipo de estimulación requerida para el orgasmo varían mucho. La mayoría de las mujeres pueden alcanzar el orgasmo con la estimulación del clítoris (que es el equivalente del pene en los hombres), pero menos de la mitad llegan al orgasmo de forma habitual durante el coito. Aproximadamente una de cada 10 nunca alcanza el orgasmo, aunque no obstante muchas consideran satisfactoria su actividad sexual.

Desde la posición de Becerra y Yuneidi<sup>26</sup>, quienes padecen de trastorno del orgasmo no llegan a tener un orgasmo bajo ningunas circunstancias, ni siquiera cuando se masturban o, aunque estén muy excitadas. Sin embargo, algunos factores ambientales y psicológicos pueden contribuir al trastorno del orgasmo, como:

Relaciones sexuales que acaban siempre antes de que la mujer se excite lo suficiente, juego erótico previo insuficiente, desconocimiento del funcionamiento de los órganos genitales, falta de comunicación sobre él, problemas en la relación, como conflictos no resueltos y falta de confianza, ansiedad por el rendimiento sexual, miedo a dejarse llevar, hacerse vulnerable y no tener el control, experiencia física o emocional traumática, como abuso sexual y trastornos psicológicos.<sup>26</sup>

Algunos trastornos físicos también pueden contribuir al trastorno del orgasmo, como lesiones nerviosas (debidas a diabetes, lesiones de la médula espinal o esclerosis múltiple) y anomalías en los órganos genitales. Algunos fármacos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, algunos tipos de antidepresivos pueden inhibir el orgasmo de manera específica.<sup>26</sup>

#### **d. DIMENSIÓN DOLOR SEXUAL**

Para Vega<sup>37</sup>, la etiología del trastorno de dolor sexual puede incluir desde el ámbito anatómico, fisiológico, psicológico y psicosociales; asimismo, el vestíbulo bulbar, la uretra y vejiga se desarrollan en conjunto de manera embriológico por lo cual una afección podría desencadenar presencia de dolor. Es decir, el dolor sexual puede ser de carácter nociceptivo producto de una enfermedad o lesión.

Desde el punto de vista de Del Prado<sup>20</sup>; el dolor sexual al ser de carácter nociceptivo producto de una enfermedad o lesión en curso y neuropático ocurre por daños directos del nervio o actividad neuronal anormal, este tipo de dolor sexual persiste incluso en ausencia de un compromiso orgánico específico; dentro de las principales causas orgánicas que se han

encontrado relacionadas con el dolor se describen las infecciones vaginales recurrentes, uso de anticonceptivos orales, endometriosis, deficiencias estrógenicas, prolapso de los órganos pélvicos y malformaciones anatómicas entre otros.

- **Dispareunia**

Sanabria<sup>38</sup>, considera la dispareunia como el coito doloroso, que se caracteriza principalmente por la presencia de dolor en la zona genital o aparato genital femenino, debido a los problemas orgánicos como inflamaciones o infecciones genitales, vaginales o del tracto urinario; ocasionado por la disminución de la producción de estrógenos durante la etapa de la menopausia, cicatrices dolorosas como la episiorrafia, lesiones en la cavidad uterina o traumatismo en el aparato genital o causa del tratamiento oncológicos de radioterapia.

- **Vaginismo**

Para Ávila, Pérez y Olazábal<sup>39</sup>, el vaginismo se produce por el temor de que el coito sea doloroso, debido al reflejo de la contracción muscular de la cavidad uterina produciendo el impedimento de la penetración. Se ha evidencia que la mayoría de las mujeres con vaginismo no pueden tolerar la penetración ya sea parcial o total, sin embargo, pueden disfrutar de la actividad sexual sin penetración.

### **2.3. MODELO DE FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE MASTERS Y JOHNSON.**

El modelo de Masters y Johnson sobre la respuesta sexual femenina reconoce la complejidad del funcionamiento sexual de las mujeres e incorpora la importancia de la intimidad, estímulos sexuales, y satisfacción de la relación. Además, señala que la disminución del deseo sexual es compleja y se debe considerar tomando en cuenta un enfoque biopsicosocial. Dicho enfoque enfatiza la importancia de comprender la salud y enfermedad humana en sus contextos más integrales, considera de manera sistemática factores biológicos, psicológicos y sociales.<sup>40</sup>

Por otro lado, el modelo considera que los factores biológicos contribuyen a la disminución del deseo mediante mecanismos directos o indirectos. Ciertas condiciones médicas comunes y su tratamiento se asocian con disminución del deseo sexual. Con frecuencia, los problemas sexuales se traslapan, como en el caso de presencia de dispareunia, que es una causa subyacente de disminución del deseo.<sup>41</sup>

De acuerdo con Masters y Johnson, la intensidad del deseo sexual que experimenta una mujer puede disminuir como resultado de cambios neuroendocrinos (disminución de la testosterona, cambios en la neuroquímica y cambios indirectos por pérdida de estrógenos). La sensación genital puede variar, requiriendo un estímulo más fuerte y prolongado para lograr la excitación. Los niveles bajos de estrógeno pueden causar atrofia vulvovaginal y dispareunia, que se asocian con disminución del deseo.<sup>40</sup>

Otro punto son los factores psicosociales que influyen en la función sexual durante la transición de la menopausia que ocupan un papel significativo en el deseo sexual y pueden incluso superar en ocasiones a los factores biológicos. Dentro de ello se encuentra las condiciones psiquiátricas y su tratamiento; el abuso y trauma sexual en la infancia y la pubertad, el estrés percibido, la distracción, la atención centrada en sí misma o la ansiedad,

los trastornos de la personalidad, y la imagen corporal o inhibiciones, son todos elementos que afectan el deseo negativamente.<sup>41</sup>

También el presente modelo, enfatiza que se debe considerar el efecto de los factores sociales en el deseo sexual. Las costumbres y valores culturales, sociales y religiosos pueden influir de manera negativa, especialmente en las mujeres criadas en culturas o religiones altamente restrictivas. Los factores de la relación como el conflicto o la disfunción sexual de la pareja y los factores de tensión tales como problemas financieros, presiones relacionadas con la profesión y obligaciones familiares también pueden contribuir a la disminución del deseo sexual.<sup>41</sup>

#### **2.4. MODELO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA DE BASSON.**

El modelo de Basson, sostiene que en las mujeres existe el deseo que provoca la búsqueda de una actividad, así como, 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. Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual.<sup>42</sup>

Además, el modelo alude que la gratificación se consigue por la satisfacción y el placer, y con otros aspectos subjetivos de mucha importancia, como la comunicación con la pareja, intimidad emocional, expresión de afecto, compartir placer físico, complacer al compañero, autoestima, relax o el bienestar. En tal sentido, todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres, descrita al principio, a tener posteriores encuentros o actividades sexuales, es decir, son estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y el deseo.<sup>42</sup>

Si el resultado es negativo, como en los casos de dispareunia, disfunción sexual de la pareja, por efecto de medicamentos, etc., se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa. Algunas mujeres tienen deseo espontáneamente y se puede relacionar con el ciclo

menstrual, con el pico que hay a mitad del ciclo de testosterona y androstenediona. Sin embargo, de acuerdo con Basson y su modelo, la función sexual disminuye con la edad y en cualquier edad aumenta con cada nueva relación.<sup>43</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS**

### **II.c.1. General**

Los factores personales, familiares y socioculturales intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa están asociados, Chorrillos – noviembre 2020.

### **II.c.2. Específicas:**

- Los factores personales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; son la edad mayor a 30 años, estado civil, antecedente de abortos, cesarías previas, uso de métodos anticonceptivos hormonales y número de parejas sexuales.
- Los factores familiares que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; son la falta de privacidad en el hogar, hacinamiento familiar, violencia de pareja y relación con los padres.
- Los factores socioculturales que intervienen en la disfunción sexual en mujeres adultas; son el estrés de tipo laboral, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, religión, hábito de fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas.
- Las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa; presentan disfunción sexual.

## II.d. VARIABLES

- Variable independiente:

Factores

- Variable dependiente:

Disfunción sexual

## II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Factores:** Diversos aspectos que repercuten en el ser humano, pueden ser internos o externos, de carácter social, cultural, económico, educacional o fisiológico.
- **Disfunción sexual:** Trastornos fisiológicos o psicológicos en el comportamiento sexual rutinario de la mujer.
- **Sexualidad:** La fenómeno plural y diverso, implica relaciones de poder y autoridad, construcción de la identidad sexual, ejercicio de derechos y toma de decisiones.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es de enfoque cuantitativo; porque se utilizó métodos estadísticos para la recopilación y exploración de los datos para dar respuesta a la interrogante del estudio. De diseño no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Se basó en la observación de los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

Por consiguiente, el estudio es de nivel descriptivo correlacional porque busca establecer una relación entre dos variables sin intervenir o manipular alguna de ellas. De acuerdo con el momento en que se recolectó la información, es de corte transversal porque sólo se realizó una vez.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se desarrolló en el Establecimiento de Salud Delicias de Villa – Chorrillos con mujeres adultas que acudieron al consultorio externo de medicina; ubicado en el Jr. Nevado Carhuarazo s/n II Zona Asentamiento Humano Delicias de Villa, a la altura del Km. 18.5 de la Antigua Carretera Panamericana Sur. Limita por el sur con la Av. Cordillera Occidental, por el norte con la Av. Cordillera Central, por el este con la calle 15 de abril y por el oeste con el pasaje 17 de agosto. Para el efecto se tomó en cuenta las atenciones establecidas durante el periodo del mes de noviembre del 2020.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo constituida por 50 mujeres adultas que acudieron al Centro de Salud Delicias de Villa durante el periodo del mes de noviembre; la muestra fue determinada por muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión

siendo en total el número de muestra de 50 mujeres adultas al ser una cantidad pequeña.

#### **Criterios de Inclusión.**

- Mujeres que acuden Centro de Salud Delicias de Villa.
- Mujeres de 18 a 59 años atendidas en consultorio externo.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres con y sin pareja.
- Mujeres que tienen vida sexual activa.

#### **Criterios de exclusión.**

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres con enfermedades psiquiátricas o alteraciones mentales.
- Mujeres gestantes o 2 meses en periodo postparto.
- Mujeres en tratamientos con betabloqueadores, antidepresivos, neurolépticos y corticoides.

### **III.d. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó como técnica la encuesta, para la primera variable se utilizó el “Cuestionario de Factores que Intervienen a la Disfunción Sexual Femenina”, elaborado y validado por Santi en 2019 en la USJB Lima – Perú; obtuvo como propiedades psicométricas una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0,80 que avala su uso generalizado en la evaluación de los factores personales, familiares y socioculturales asociados a la función sexual femenina en diferentes grupos de edades. La prueba, está constituido por tres dimensiones, 20 indicadores y 24 ítems:

- a) Factores personales; edad >30 (1), estado civil (2), número de hijos >2 (3), antecedentes de aborto (4), cesáreas previas (5) y número de parejas sexuales (6). Factores familiares e indicadores; violencia de la pareja, falta de privacidad en el hogar, relación con los padres y hacinamiento (9 – 16).
- b) Factores socioculturales e indicadores; escolaridad (17), ocupación (18),

estrés laboral (19), nivel económico (20), religión (21), hábitos de fumar (22), consumo de alcohol (23) y consumo de drogas (24). En tal sentido, el puntaje total de la prueba corresponde: si 13 – 24 puntos y no 0 – 12 puntos.

Para la segunda variable se tomó el instrumento el “Test de Función Sexual Femenina” elaborado por Rossen y Cools (2009); validado y adaptado al castellano a través del juicio de expertos en el año 2016 por Díaz. La fiabilidad entre las preguntas una a una, se determinó mediante el análisis de concordancia con índice kappa. Las variaciones significativas por comparación de frecuencias se analizaron mediante la prueba de la  $\chi^2$  de bondad de ajuste, a su vez, fue sometido a un análisis de la consistencia interna:  $\alpha$  de Cronbach.

Para la validez de contenidos se consideraron el consenso de expertos, la correlación interobservadores (CCI) y el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. De acuerdo con Díaz<sup>40</sup>: “cada pregunta tiene de 5 a 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.” El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. Según en la prueba de Función Sexual Femenina (FSF), es puntaje de menor o igual a 18.

La “escala consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas; posee seis dominios o dimensiones: deseo (ítem 1 y 2), excitación (ítem 3, 4, 5 y 6), lubricación (ítem 7, 8, 9 y 10), orgasmo (ítem 11, 12 y 13), satisfacción (ítem 14, 15 y 16) y dolor (ítem 17, 18 y 19). En cuanto a las dimensiones, las puntuaciones fluctúan de la siguiente manera: Deseo (1 – 5 puntos), excitación (0 – 5 puntos), lubricación (0 – 5 puntos), orgasmo (0 – 5 puntos), satisfacción (0 – 5 puntos) y dolor (0 – 5 puntos). Asimismo, el puntaje total de la prueba corresponde: Presentan (19 a 36 puntos) y no presentan (2 – 18 puntos).”

Las puntuaciones individuales se obtienen por la suma de los ítems que comprenden cada dominio (puntajes simples), que son multiplicadas por el

factor de ese dominio y dan el puntaje ponderado. La puntuación final (puntaje total: mínimo 2 y máximo 36) se obtiene por la suma de los puntajes ponderados de cada dominio. Se evalúa el puntaje de cada dominio y el puntaje total de la respuesta sexual.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica y proceso de recolección de datos se realizó luego de concluir con los trámites pertinentes, previamente se solicitó la autorización correspondiente emitida por la Dirección de Redes Integradas Lima Sur y el Centro de Salud Delicias de Villa para aplicar los instrumentos de investigación, para ello buscó información en absoluta confidencialidad con el informante y consignó los datos personales.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

De acuerdo con la naturaleza de las preguntas se utilizó el programa estadístico Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) v. 25; y Microsoft Excel Plus v. 2019. Se utilizó la técnica estadística de análisis la distribución de frecuencias muestrales, cuadros de doble entrada y gráficos de frecuencia. Para la aceptación o rechazo de la hipótesis estadística se empleó la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), con un nivel de significancia ( $p$ ) de 0,05.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS

TABLA 1

**DATOS GENERALES DE LAS MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS  
NOVIEMBRE 2020**

| DATOS                               | CATEGORÍA          | n = 50    | 100%      |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|
| <b>Edad</b>                         | 28 – 35            | 19        | 38        |
|                                     | <b>36 – 59</b>     | <b>31</b> | <b>62</b> |
| <b>Hijos</b>                        | 1 a 2              | 18        | 36        |
|                                     | <b>3 a más</b>     | <b>32</b> | <b>64</b> |
| <b>Estado civil</b>                 | Soltera            | 11        | 22        |
|                                     | Casada             | 9         | 18        |
|                                     | <b>Conviviente</b> | <b>24</b> | <b>48</b> |
|                                     | Otros              | 6         | 12        |
| <b>Situación<br/>laboral actual</b> | <b>Si trabaja</b>  | <b>44</b> | <b>88</b> |
|                                     | No trabaja         | 6         | 12        |
|                                     | Superior/técnico   | 2         | 3         |
| <b>Grado de<br/>instrucción</b>     | Secundaria         | 12        | 24        |
|                                     | <b>Primaria</b>    | <b>27</b> | <b>54</b> |
|                                     | Ninguno            | 8         | 16        |

Con relación a la edad, la mayoría de las mujeres adultas oscilan entre los 36 a 59 años 62% (31), en cuanto al número de hijos predomina de 3 a más 64% (32), el 48% (24) es conviviente, el 88% (44) trabaja y el 54% (27) estudió solo primaria.

**TABLA 2**

**FACTORES PERSONALES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020**

| Factores personales    | Disfunción sexual |              |      |    | X <sup>2</sup> | P            |
|------------------------|-------------------|--------------|------|----|----------------|--------------|
|                        | Si                | No           | Si   | No |                |              |
| Edad >30               | <b>84 %</b>       | 16 %         | 42   | 8  | <b>6.643</b>   | <b>0.010</b> |
| Estado civil           | 22 %              | <b>78 %</b>  | 11   | 39 | 0.552          | 0.755        |
| Número de hijos >2     | <b>74 %</b>       | 26 %         | 37   | 13 | <b>1.532</b>   | <b>0.016</b> |
| Antecedente de abortos | 2 %               | <b>98 %</b>  | 1    | 49 | 11.01          | 0.612        |
| Cesáreas previas       | 4 %               | <b>96 %</b>  | 2    | 48 | 2.970          | 0.585        |
| Uso de anticonceptivo  | <b>72 %</b>       | 28 %         | 36   | 14 | <b>2.048</b>   | <b>0.049</b> |
| Hormonal               |                   |              |      |    |                |              |
| Abuso sexual           | 0 %               | <b>100 %</b> | 0    | 50 | 0.095          | 0.759        |
| Número de parejas      | 4 %               | <b>96 %</b>  | 2    | 48 | 0.499          | 0.680        |
| Sexuales               |                   |              |      |    |                |              |
| Total                  | 100%              |              | n=50 |    |                |              |

Los factores personales que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son la edad > 30 años ( $p < 0.010$ ), más de dos hijos ( $p < 0.016$ ) y el uso de anticonceptivo hormonal ( $p < 0.049$ ).

**TABLA 3**

**FACTORES FAMILIARES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN  
SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO  
DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS  
NOVIEMBRE 2020**

| <b>Factores familiares</b>      | <b>Disfunción sexual</b> |             |           |           | <b>X<sup>2</sup></b> | <b>P</b>     |
|---------------------------------|--------------------------|-------------|-----------|-----------|----------------------|--------------|
|                                 | <b>Si</b>                | <b>No</b>   | <b>Si</b> | <b>No</b> |                      |              |
| Violencia de pareja             | <b>58 %</b>              | 42 %        | 29        | 21        | <b>5.580</b>         | <b>0.018</b> |
| Falta de privacidad en el hogar | <b>82 %</b>              | 18 %        | 41        | 9         | <b>6.246</b>         | <b>0.042</b> |
| Relación con los padres         | 14 %                     | <b>86 %</b> | 7         | 43        | 2.533                | 0.112        |
| Hacinamiento familiar           | <b>70 %</b>              | 30 %        | 35        | 15        | <b>2.300</b>         | <b>0.041</b> |
| Total                           | 100%                     |             | n=50      |           |                      |              |

Los factores familiares que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son la violencia de pareja ( $p < 0.018$ ), el hacimiento familiar ( $p < 0.041$ ) y falta de privacidad en el hogar ( $p < 0.041$ ).

TABLA 4

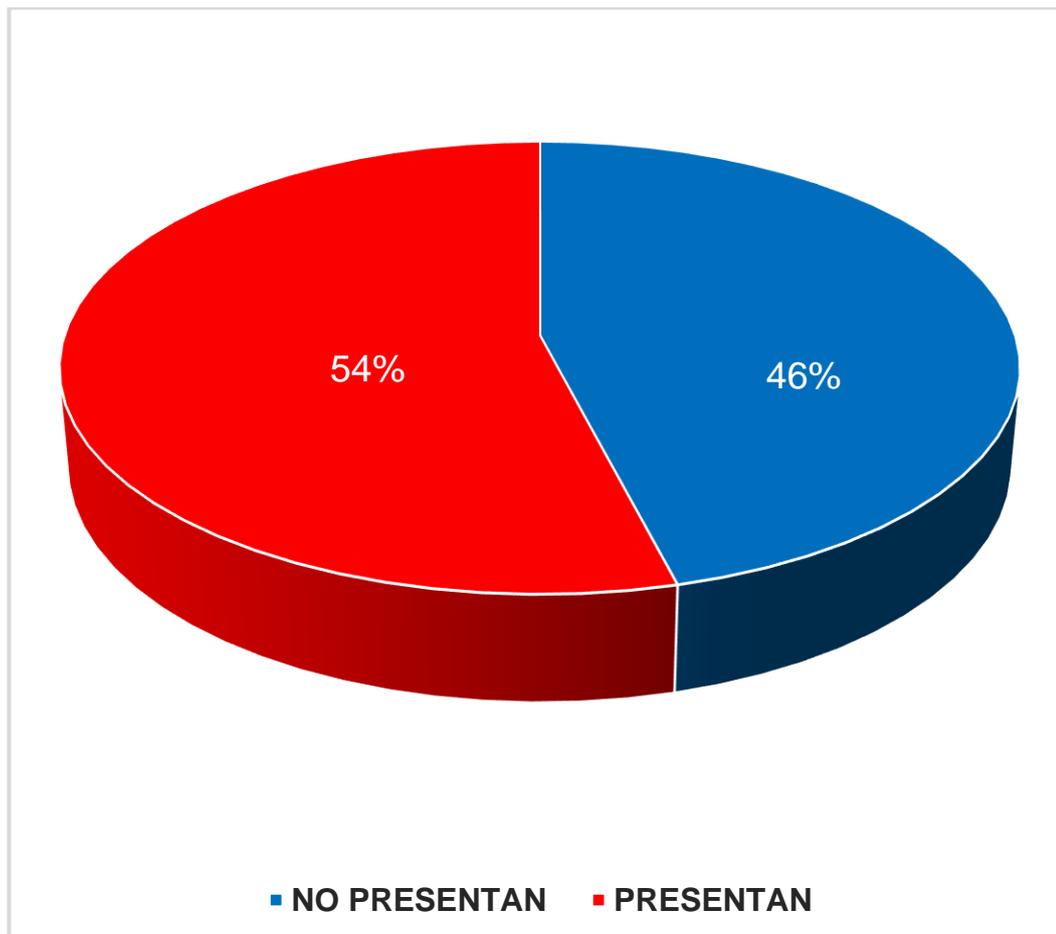
**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA  
DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE  
VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020**

| Factores<br>socioculturales | Disfunción sexual |             |      |    | X <sup>2</sup> | P            |
|-----------------------------|-------------------|-------------|------|----|----------------|--------------|
|                             | Si                | No          | Si   | No |                |              |
| Escolaridad                 | 44 %              | <b>56 %</b> | 22   | 28 | 2.162          | 0.141        |
| Ocupación                   | 40 %              | <b>60 %</b> | 20   | 30 | 0.006          | 0.937        |
| Estrés laboral              | <b>88 %</b>       | 12 %        | 44   | 6  | <b>4.820</b>   | <b>0.028</b> |
| Nivel económico             | 46 %              | <b>54 %</b> | 23   | 27 | 0.045          | 0.735        |
| Religión                    | <b>58 %</b>       | 42 %        | 29   | 21 | <b>5.052</b>   | <b>0.035</b> |
| Hábito de fumar             | 6 %               | <b>94 %</b> | 3    | 47 | 2.638          | 0.267        |
| Consumo de alcohol          | <b>52 %</b>       | 48 %        | 26   | 24 | <b>0.964</b>   | <b>0.026</b> |
| Consumo de drogas           | 2 %               | <b>98 %</b> | 1    | 49 | 0.781          | 0.677        |
| Total                       | 100%              |             | n=50 |    |                |              |

Los factores socioculturales que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas el consumo de alcohol ( $p < 0.026$ ), el estrés laboral y la religión ( $p < 0.035$ ).

## GRÁFICO 1

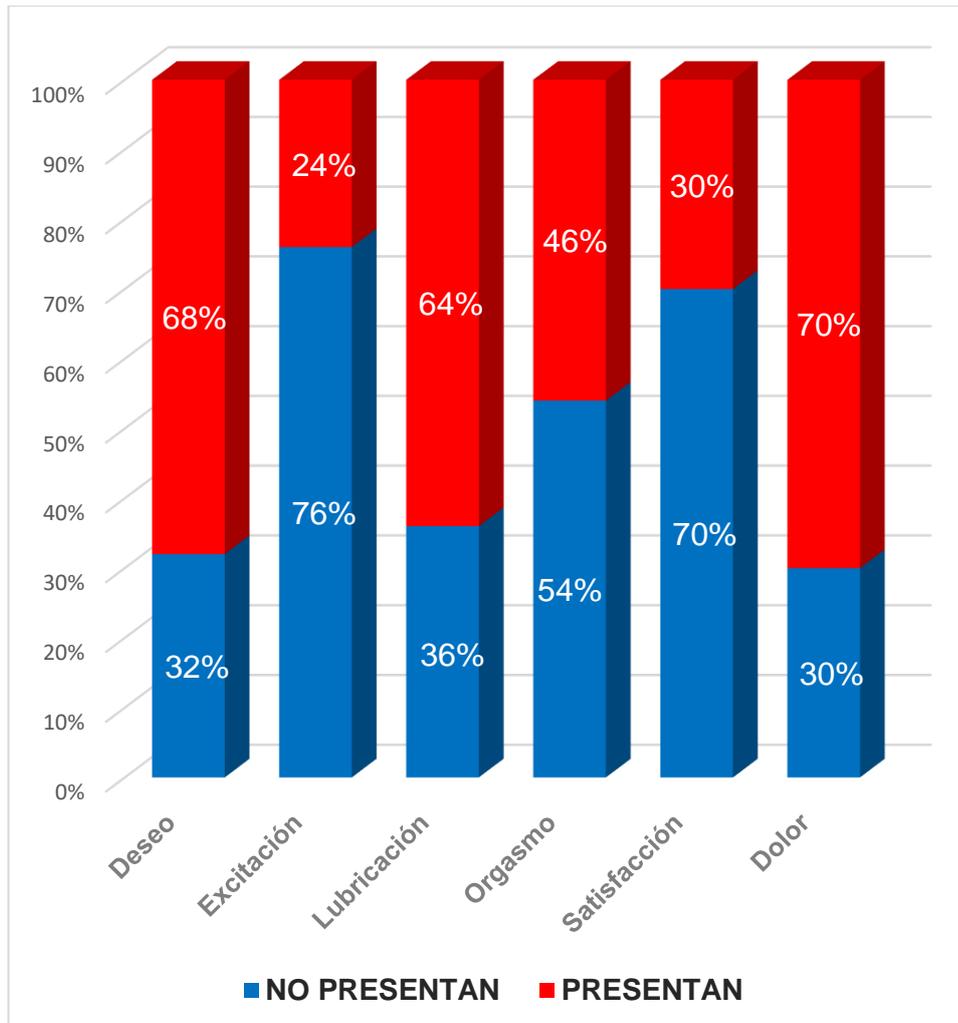
### DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020



El 54% (27) de las mujeres adultas presentan disfunción sexual y porcentaje restante no 46% (23).

## GRÁFICO 2

### DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN DIMENSIONES EN MUJERES ADULTAS CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020



El 70% (35) de las mujeres adultas presentan trastorno del dolor, el 68% (34) trastorno del deseo y 64% (32) trastorno de la lubricación.

**TABLA 4**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN  
DIMENSIONES EN MUJERES ADULTAS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS  
DE VILLA CHORRILLOS  
NOVIEMBRE 2020**

| <b>Dimensión</b>       | <b>Factores</b>                | <b>X<sup>2</sup></b> | <b>P</b> |
|------------------------|--------------------------------|----------------------|----------|
| <b>Personales</b>      | Edad >30 años                  | 6.643                | 0.010    |
|                        | Número de hijos >2             | 1.532                | 0.016    |
|                        | Uso de anticonceptivo hormonal | 2.048                | 0.049    |
| <b>Familiares</b>      | Privacidad en el hogar         | 6.246                | 0.041    |
|                        | Violencia de pareja            | 5.580                | 0.018    |
| <b>Socioculturales</b> | Estrés laboral                 | 4.820                | 0.028    |
|                        | Religión                       | 5.052                | 0.035    |
|                        | Consumo de alcohol             | 0.964                | 0.026    |

Los factores personales, familiares y socioculturales que intervienen de manera significativa con la disfunción sexual en mujeres adultas son la edad > 30 años ( $p < 0.010$ ), más de dos hijos ( $p < 0.016$ ), violencia de pareja ( $p < 0.018$ ), estrés laboral ( $p < 0.018$ ), consumo de alcohol ( $p < 0.026$ ), religión ( $p < 0.035$ ), privacidad en el hogar ( $p < 0.041$ ) y el uso de anticonceptivo hormonal ( $p < 0.049$ ); por lo que se acepta la hipótesis planteada. Se considera un nivel de significancia de 0,05 para los factores que fueron aceptados y asociados de manera significativa.

## IV.b. DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales en las mujeres abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Algunos, se relacionan con la violencia de pareja, la escolaridad, las creencias, la disfunción hormonal por el envejecimiento, la falta de interés, la imposibilidad de sentir placer, la violencia de pareja, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para la interacción sexual, o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo.

En este estudio, con relación a los datos generales, la mayoría de las mujeres adultas oscilan entre los 36 a 59 años 62%, en cuanto al número de hijos predomina de 3 a más 64%, el 48% es conviviente, el 88% trabaja y el 54% estudió solo primaria. Estos hallazgos se aproximan a lo encontrado por Parlaguachi, quien demostró que los factores asociados de manera significativa a la disfunción sexual fueron la edad mayor a 40 años, tener >2 hijos, el bajo grado de instrucción – primaria y sobrecarga laboral.<sup>9</sup>

Desde el punto de vista de Babel y Urdaneta, el bienestar sexual con relación a la edad disminuye frecuentemente después de la transición de la menopausia y puede asociarse con estrés personal y de la relación. Este estrés es la característica típica de la disfunción sexual femenina (DSF). La DSF es altamente prevalente en mujeres posmenopáusicas, por ende, la prevalencia de problemas sexuales aumenta con la edad, pero, por otra parte, esto se asocia con una disminución del estrés con el avance de la edad.<sup>45</sup> Para Herrera y Adela, el grado de instrucción se asocia a la disfunción sexual durante la gestación, esto puede llevar, a pensar que la mujer con nivel de estudio medio, superior se encuentra más empoderadas para mejorar su vida, y el ámbito sexual no sería la excepción, a diferencia de las mujeres con pocos estudios quienes podrían ser más vulnerables.<sup>46</sup>

Se puede afirmar que el nivel de escolaridad está relacionado directamente con la disfunción sexual, una persona que tiene un nivel educativo bajo presenta una mayor ignorancia sobre la enfermedad y permite que esta progrese de manera paulatina sin recibir un tratamiento oportuno, ya que

considera a la disfunción sexual como algo normal. La mayoría de los problemas sexuales se relacionan la edad, debido a los problemas de lubricación y trastornos emocionales que provocan desinterés en la actividad sexual específicamente en la etapa del climaterio debido al cese de la función ovárica.

Frente a ello es indispensable que los especialistas con las competencias en el área del cuidado de enfermería en la salud sexual, reproductiva y de género promuevan la identificación de riesgos sin distinción de particularidades, a través de la participación en conjunto demás miembros del equipo y/o especialistas en la planificación, dirección, coordinación y evaluación de actividades específicas; con el objetivo de potenciar la prevención y detección precoz de los factores que intervienen a la disfunción sexual femenina.

Respecto a los factores personales se identificó que la edad  $> 30$  años ( $p < 0.010$ ), más de dos hijos ( $p < 0.016$ ) y el uso de anticonceptivo hormonal ( $p < 0.049$ ) si intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas; sin embargo, las cesáreas previas ( $p < 0.585$ ), los antecedentes de abortos ( $p < 0.612$ ), el número de parejas sexuales ( $p < 0.680$ ), el estado civil ( $p < 0.755$ ) y el abuso sexual ( $p < 0.759$ ) no intervienen. Por otro lado, estos hallazgos se asemejan a lo encontrado por Parlaguachi, quien demostró en su estudio que los factores que intervienen de la disfunción sexual femenina son la edad mayor a 40 años y tener  $> 2$  hijos.<sup>9</sup>

Para Camacho y Muñoz, la fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años existe un rechazo extremo persistente o recidivante hacia el sexo. La evitación de contacto sexuales genital; además, de la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, urge como un elemento biológico caracterizado por la perimenopausia y la menopausia, que enturbia aquella plenitud. Así, aparecen inquietudes de carácter biológico derivado de la batalla hormonal como sequedad vaginal, caída del deseo, desencuentro con el propio

cuerpo que afectan en mayor o menor medida a la percepción sexual que tienen de ellas mismas.<sup>48</sup>

A juicio de Gonzáles y Molina, la paridad mayor a 3 está asociado a mayor riesgo de presentar cáncer cervicouterino que conlleva a la disfunción sexual femenina. Esto puede ser debido que el traumatismo que se produce en el parto vaginal, los cambios hormonales que se dan durante el embarazo como el aumento de estrógenos y progestágenos son responsables de alteraciones en la zona de transformación sobre el exocérvix por muchos años en mujeres con un gran número de hijos.<sup>49</sup>

Además, para Chacón, la principal consecuencia de tener hijos mayores a 3 es una alteración de la rutina sexual espontánea de la pareja; ya en el embarazo se produce una modificación del patrón de relaciones, la presencia de los hijos cerca es un condicionante para mantener relaciones con la pareja. Con la llegada del primer hijo, las parejas más igualitarias se vuelven tradicionales, la mujer carga con el grueso de las tareas domésticas y el hombre no lo percibe.<sup>50</sup>

Para Palacios y Lulie, la anticoncepción hormonal ocasiona la supresión de la ovulación, además, de inhibir la producción y secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante. El resultado de la inhibición del desarrollo folicular, ovulación y la formación del cuerpo lúteo disminuye la secreción de estradiol ovárico y ausencia de producción de progesterona.<sup>51</sup> Morais y Taquette, señalan que los anticonceptivos hormonales orales combinados pueden reducir la cantidad de relaciones sexuales, la frecuencia del orgasmo durante el coito y menos pensamientos e interés sexual.<sup>52</sup>

Se afirma que la edad es un factor que está relacionado con la disfunción sexual femenina en especial las etapas de excitación y lubricación. Se considera que la función sexual va disminuyendo a medida que avanza la edad de la mujer. El número de hijos, especialmente cuando se tiene más de dos hijos, tiene un impacto negativo en la sexualidad femenina. La explicación de este efecto puede deberse más al estrés o el cansancio que

suele producir el aumento de tarea mayor a lo habitual. Además, para Palacios y Lulie, el uso de anticonceptivos hormonales afecta el deseo sexual de la mujer, siendo considerado por ello sus efectos secundarios.<sup>51</sup> Esto se debe a que las hormonas inhiben la producción natural de andrógenos, como la testosterona, produciéndose una disminución de la libido en la actividad sexual.

Urge la necesidad de trabajar en la creación de programas de intervención de salud sexual, que promuevan un acercamiento positivo hacia la promoción de la salud y sexualidad en las mujeres para mejorar su calidad de vida.

En cuanto a los factores familiares se observa que la violencia de pareja ( $p < 0.018$ ), el hacinamiento familiar ( $p < 0.041$ ) y la falta de privacidad en el hogar ( $p < 0.042$ ) intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres las adultas; excepto la relación con los padres ( $p < 0.112$ ). Estos hallazgos se acercan con lo encontrado por Vizcaino y Montero, quienes reportaron en su estudio que las manifestaciones de violencia entre parejas interviene de manera directa en la disfunción sexual en mujeres adultas.<sup>9</sup> Por consiguiente, estos resultados presentan similitud con lo reportado por Bustos y Pérez, quienes evidenciaron que la violencia psicológica en la pareja, nivel socioeconómico y el hacinamiento familiar intervienen en la disfunción sexual femenina.<sup>10</sup> Además, estos hallazgos, se aproximan con lo hallado por Vizcaino y Montero, quienes en su investigación demostraron que la falta de privacidad para las relaciones sexuales 100% influye en la disfunción sexual en mujeres adultas.<sup>11</sup> Asimismo, estos resultados se acercan a lo encontrado por Cabrera, quien demostró que la falta o poca privacidad de la pareja es un factor significativo a la disfunción sexual femenina debido a la presencia de niños en la habitación, ausencia de puertas en el dormitorio y los problemas de pareja.<sup>13</sup>

Para Vargas, cuando el hombre asume el rol de dominación y la mujer el de sumisión, genera a lo largo del tiempo una serie de consecuencias físicas y psicológicas para la mujer víctima, que afectan a su salud integral.

Así, junto a múltiples consecuencias psicológicas (depresión y ansiedad, fobias, trastornos psicosomáticos, baja autoestima, sentimientos de vergüenza o culpabilidad), se dan diversos efectos físicos, incluyendo alteraciones en la salud sexual, tales como la inapetencia o disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no deseados, entre otros.<sup>53</sup>

De acuerdo con Calvo y Camacho, aquella mujer que atraviesa por experiencias sexuales traumáticas (violencia de pareja o abusos sexuales): repercuten de manera negativa en su sexualidad. Pueden desarrollar un temor intenso a situaciones relacionadas con el sexo o situaciones de intimidad debido al daño producido, físico o emocional. Cuando la experiencia se cursa con placer son comunes sentimientos de culpa y/o vergüenza, rechazo y evitación a la respuesta sexual.<sup>54</sup> En tal sentido, Oyola y Quispe señalan que este tipo de violencia es el que deja huellas en su estabilidad mental, debido a que estos insultos, humillaciones, palabras ofensivas y el ignorarlas por largos periodos de tiempo; marcan a la mujer y no las logra olvidar, por lo tanto, dañan sus estructuras psíquicas importantes como la visión personal, autoestima, personalidad, sociabilidad para una adecuada función sexual.<sup>55</sup>

Citando a Cobos, la privacidad es un factor esencial en el desarrollo pleno de la intimidad marital, mientras que muchas veces su ausencia podría conllevar a reprimir los sentimientos propios de una pareja ante un evento de intimidad sexual.<sup>56</sup> Para Taype, la falta de oportunidad laboral a que se ve enfrentada la juventud y por otra, la migración desde las zonas rurales a las grandes ciudades, son causas que influyen en los hacinamientos familiares (condición de allegados), conlleva a que las manifestaciones sexuales de sus integrantes se den en un contexto de absoluta falta de privacidad.<sup>57</sup>

Se puede afirmar, que la violencia en la pareja ocasiona una baja autoestima, vergüenza o culpa, debido al abuso emocional, físico o sexual. En algunos casos se ha evidenciado dentro de una relación que las mujeres

tienen temor a la infidelidad, temor a crear conflicto con la pareja. Este tipo de temores tiene influencia directa sobre la respuesta sexual de la mujer quien se siente en la obligación de complacer a su pareja aun sin deseos, lo cual afecta el disfrute de ambos. Otro punto es la falta de privacidad en el hogar puede contribuir a la disfunción sexual, porque un lugar que no es suficientemente seguro o privado no favorece la expresión sexual de la mayoría de las mujeres. Esta privacidad se ve más disminuida aun cuando la familia tiene hijos o vive con otros familiares, en algunos casos, en condiciones de hacinamiento. Por ello es importante mejorar la relación mediante una comunicación efectiva y un lugar privado entre la pareja, lo cual permitirá mejorar las condiciones posibles para la actividad sexual satisfactoria.

Por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre la violencia psicológica en la mujer. Muchas de las estrategias dirigidas a prevenir la violencia psicológica y la disfunción sexual de la mujer, han fracasado o no han tenido el éxito esperado, porque en la mayoría de los casos, ocurre dentro del hogar, al cual se le asigna un carácter privado y donde se producen eventos que no se pueden cuestionar desde el exterior, debido a ello la consulta externa, lugar donde la mujer busca atención de salud, se convierte en un lugar apropiado, un espacio ideal, para desarrollar estrategias de prevención, puesto que las mujeres llegan con la mejor disposición de recibir ayuda y se constituyen en una población cautiva.

Además, ayudar a enfrentar de manera oportuna estos factores puede resultar de gran ayuda para contribuir a que las mujeres acepten y se adapten a ellos con actitud positiva, reforzando su autoestima, favorecer las relaciones sexuales y afectivas satisfactorias y crear una imagen de la sexualidad más realista, adaptada a sus necesidades y capacidades.

Referente a los factores socioculturales, se observa que el consumo de alcohol ( $p < 0.026$ ), el estrés laboral ( $p < 0.028$ ) y la religión ( $p < 0.035$ ) intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas; en cuanto a la escolaridad ( $p < 0.141$ ), el hábito de fumar ( $p < 0.267$ ),

el consumo de drogas ( $p < 0.677$ ), el nivel socioeconómico ( $p < 0.735$ ) y la ocupación ( $p < 0.937$ ) no intervienen. Estos hallazgos se asemejan a lo evidenciado por Bustos y Pérez, quienes manifestaron que el agotamiento 53%, y la ideología religiosa 54% son factores que intervienen a la disfunción sexual femenina.<sup>11</sup> Asimismo, Gonzáles y Carhuaz, demostraron que el estrés laboral es uno de los factores que más predomina como factor influyente en la disfunción sexual femenina.<sup>12</sup> Por otro lado, Cabrera, encontró que el consumo de bebidas alcohólicas y el estrés laboral intervienen como factores socioculturales a la disfunción sexual en mujeres adultas.<sup>13</sup>

Rodríguez, plantea que las preocupaciones constantes por el trabajo y los aspectos económicos en mujeres adultas llevan a desviar el interés sobre la actividad sexual, disminuye o incluso desaparece los pensamientos y fantasías sexuales y posponen o evitan las relaciones. Además, existe una incapacidad para disfrutar del coito y esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.<sup>58</sup>

Para Valencia, las frustraciones laborales o emocionales, la excesiva responsabilidad o el ritmo natural de la vida actual, donde el estrés es uno de los factores que más influye en la disminución de la vida o actividad sexual provoca problemas sexuales como la falta de deseo sexual, como una de las disfunciones sexuales; así como la falta de lubricación, lo cual ocasiona que el coito sea doloroso y a veces difícil o imposible.<sup>59</sup> Por otro lado, Blanco y Navarro, aluden que cuando se genera el estrés laboral en mujeres adultas, surgen cambios metabólicos como el aumento de prolactina, caída de testosterona y descarga adrenérgica que provoca manifestaciones con vasoconstricción, contracturas musculares, miedo y ansiedad durante el coito.<sup>60</sup>

Sanabria y Jiménez, mencionan que algunas religiones tienen diferentes códigos de moral sexual que regulan la actividad sexual o asignan valores normativos a ciertas acciones o pensamientos cargados de contenido sexual como la parte de la moral religiosa que implica restricciones al

comportamiento sexual humano. La religión, como uno de los principales agentes socializadores, se ha convertido en un sistema que regula la conducta sexual a través de la internalización de las normas morales, la vigilancia y la estigmatización.<sup>61</sup> Para Benavides, la religión influye en la vida sexual de la mujer según el significado que ellas le otorguen a sus creencias personales y a su experiencia de vida. La influencia de la religión depende de la interacción que las personas tienen con la sociedad y con la formación de valores, asimismo, los católicos practicantes evitan comportamientos que su religión conciba como actos inmorales o en dirección distinta a la esperada.<sup>62</sup>

Duany y Hernández, afirman que el alcohol provoca el deseo sexual, pero, disminuye el rendimiento. El alcohol desinhibe e incrementa los sentimientos y conductas sexuales, inhibe el buen funcionamiento del sistema nervioso central (implicado directamente en la respuesta del estímulo sexual); a partir de ahí comienza a desarrollar sentimientos de ansiedad que dificulta la respuesta de excitación sexual en el siguiente encuentro.<sup>63</sup> Gonzales y Gálvez, consideran a la ingesta de pequeñas dosis de alcohol como un poderoso estimulante sexual. Sin embargo, al tiempo que vivifica el deseo, inhibe otras zonas del cerebro implicadas en la respuesta sexual, dificulta el coito y por consecuencia, la posibilidad de satisfacerse sexualmente.<sup>64</sup>

Se puede afirmar, que la religión ejerce en muchas mujeres una influencia en la toma de decisiones sobre sexualidad. El respeto a Dios o las leyes divinas, limita especialmente a las mujeres a disfrutar las relaciones sexuales como una fuente de placer, y la convierten en un acto netamente reproductivo. Otro punto, el consumo de alcohol altera el comportamiento convencional del ser humano ocasionando la pérdida del control de las emociones y desinhibición de la conducta del individuo, de tal manera que facilita la aparición del impulso sexual, sin embargo, inhibe algunas zonas del sistema nervioso ocasionando la dificultad de lograr el alcance de la actividad sexual placentera. Acerca de la ocupación puede influir en el

deseo sexual de la mujer, en especial las que se dedican a labores del hogar. Esto está muy relacionado al cansancio y al estrés laboral.

De estos resultados, deriva la necesidad de regular la carga laboral de las mujeres y mantener un equilibrio entre sus labores en el hogar y las que realiza en su centro de trabajo, la cual se ve incrementada en aquellas mujeres que no cuentan con el apoyo de su pareja o familiares. Los cuidados de enfermería en la sexualidad deben consistir principalmente en la educación del paciente para conocerse a sí mismo, enseñarle y hacerle consciente de los cambios por los que está pasando, ayudarlo a aceptar y adaptarse a ellos, conocer sus necesidades y permitirles expresar sus preocupaciones.

En relación con la disfunción sexual femenina, se encontró que 54% de las mujeres adultas presentan disfunción sexual y el 46% no presenta. Estos hallazgos se aproximan a lo encontrado por Bustos y Pérez, quien demostró en su estudio que el 41% de las mujeres adultas presentaron disfunción sexual.<sup>10</sup> Asimismo, estos resultados se asemejan a lo encontrado por Vizcaino y Montero, quien evidenció que el 56% de las mujeres presentó disfunción sexual.<sup>11</sup> Sin embargo, discrepan a lo encontrado por Parlaguachi, quien evidenció en su estudio en mujeres adultas una prevalencia de disfunción sexual femenina baja 40%.<sup>9</sup>

Para García y Jiménez, la presencia de disfunción sexual en una mujer se debe probablemente a la exposición a factores que causan o contribuyen a su aparición, la respuesta sexual implica una combinación compleja de fisiología, emociones, experiencias, creencias, estilos de vida y relaciones; la alteración de cualquiera de estos componentes puede afectar el deseo sexual, la excitación o la satisfacción.<sup>65</sup> Desde el punto de vista de Blümel y Binfa, existen trastornos médicos como el cáncer, la disfunción renal, la esclerosis múltiple, la enfermedad cardíaca y los problemas de la vejiga, que provocan la disfunción sexual en las mujeres. Así como medicamentos sea antidepresivos, antihipertensivos, antihistamínicos y de quimioterapia

que disminuyen el deseo sexual y la capacidad del cuerpo para experimentar el orgasmo.<sup>66</sup>

Por otro lado, Dantes y Preyra, aluden que los niveles inferiores de estrógeno después de la menopausia provocan cambios en los tejidos genitales y la respuesta sexual. Inclusive la ansiedad o la depresión sin tratamiento contribuye a la disfunción sexual, al igual que el estrés a largo plazo o los antecedentes de abuso sexual. Las enfermedades graves como el cáncer, diabetes o enfermedades cardíaca o de tipo cardiovascular también pueden contribuir al desarrollo de la disfunción sexual femenina.<sup>67</sup> Se puede afirmar que la disfunción sexual femenina se encuentra dentro de una problemática de alta prevalencia en distintas poblaciones estudiadas y siendo un problema frecuente y complejo, se convierte en un verdadero reto para los diferentes profesionales de la salud en las distintas áreas.

La enfermera en el primer nivel de atención, ante el manejo de la disfunción sexual en mujeres debe comunicarse de forma más clara y abierta, y disponer las mejores condiciones posibles para fortalecer la sexualidad a través de la consejería en el área de enfermería familiar y comunitaria mediante terapia cognitivo - conductual, la conciencia plena o una combinación de ambas, también pueden ayudar, así como la psicoterapia.

Respecto a las dimensiones, en la presente investigación se evidencia que la mayoría de las mujeres adultas presentan disfunción sexual con relación al deseo 68%, lubricación 64% y el dolor 70%; en cuanto a la excitación 76%, el orgasmo 54% y la satisfacción 70% no se observa presencia de disfunción sexual. Estos resultados se aproximan a lo encontrado por Bustos y Pérez, quienes evidenciaron que el 37% de las mujeres adultas presentaron desordenes en relación con el deseo, 12% dificultades de excitación, 9% problemas con la lubricación, 63% alteraciones a nivel del orgasmo, 13% problemas con la satisfacción sexual y 11% de dispareunia.<sup>10</sup>

Charnay y Henríquez, sostienen que la disminución o ausencia de deseo sexual es la disfunción sexual de tipo común en las mujeres, y su punto de más alta prevalencia se encuentra entre la edad adulta y la vejez. Su etiología es compleja y puede abarcar elementos biológicos, psicológicos y sociales. Los principales factores de riesgo para su desarrollo incluyen un estado de salud deficiente, depresión, ciertos medicamentos, insatisfacción con la relación de pareja, e historia de maltrato físico, abuso sexual o ambos.<sup>68</sup> Para Blum y Carreño, los conflictos de pareja, las disputas continuas (violencia psicológica), los cambios físicos, psicológicos o estéticos en la pareja; y el alcoholismo o el consumo de otras sustancias de abuso por parte de la pareja repercuten sobre el deseo.<sup>69</sup>

De acuerdo con Sánchez y Hernández, la falta de lubricación es alto en mujeres con edad de 44 a 65 años, en muchos casos por la caída de los estrógenos. Esta falta de lubricación puede provocar una sensación de malestar que suele resultar bastante desagradable lo cual conlleva a un cuadro de dispareunia.<sup>70</sup> Monterrosa y Portela, afirman que a medida que la mujer envejece, el revestimiento de la vagina atraviesa por un evento de vaginitis atrófica; además, durante la lactancia, la vagina tiende a disminuir la lubricación a causa del descenso de los niveles de estrógenos.<sup>71</sup>

Según Harlow, cuando las mujeres padecen este trastorno presentan un mayor reconocimiento de sensaciones y emociones negativas como molestia, asco y ansiedad ante los estímulos sexuales. Y en cuanto al estado mental, a veces suelen lidiar con estados de tensión y así como ausencia de la excitación o presencia de una actitud negativa frente al sexo debido al miedo.<sup>72</sup> Además, Becerra, afirma que la dispareunia es un problema sexual frecuente, hay disminución de bienestar en la mujer, disminución de deseo, interés y excitación sexual, así como, disminución de frecuencia sexual, que influye en la pareja a través de la satisfacción física, emocional, y de felicidad.<sup>73</sup>

Ante ello, es necesario que la enfermera fortalezca el abordaje de la salud sexual de forma rutinaria como parte de todas las consultas de salud

integral para las mujeres; sólo un tercio de las mujeres con problemas sexuales bajo angustia busca ayuda. A pesar de que algunas mujeres no se atreven a comenzar a analizar el tema, muchas aún desean que el profesional de salud abra el diálogo sobre el sexo. Entonces, es cuando el enfermero inicia este diálogo, reconoce y prioriza la salud sexual a través del bienestar general. Por otra parte, otorgar la oportunidad a la mujer de analizar asuntos y problemas que de otra manera podría no revelarse por temor a la vergüenza o por la percepción de que no sean importantes.

En cuanto a la relación entre las variables se observa que los factores que intervienen de manera significativa con la disfunción sexual en mujeres adultas son diversos y se encuentran tanto las dimensiones factores personales, familiares y socioculturales entre ellos predominó la edad mayor de 30 años, el tener un número de hijos >2, el uso de anticonceptivo hormonal, la falta de privacidad en el hogar, la violencia de pareja, estrés laboral, religión y el consumo de alcohol. Estos hallazgos, se aproximan a lo encontrado por Bustos y Pérez, quienes demostraron en su investigación que la disfunción sexual femenina está asociada de manera significativa a múltiples factores.<sup>10</sup> Asimismo, se acercan a lo evidenciado por Gonzales y Carhuaz, quienes en su estudio demostraron que los factores que intervienen a la disfunción sexual en las mujeres adultas son diversos, algunos como enfermedades crónicas, uso de anticonceptivos orales, estrés laboral, ansiedad y el abuso sexual.<sup>12</sup>

Debido a los altos índices de DSF por influencia a un conjunto de factores determinados, el equipo multidisciplinario debe asumir un papel prioritario en el diagnóstico precoz. Así, como implementar estrategias terapéuticas básicas para la mayoría de las disfunciones sexuales en la atención primaria con el conocimiento de la fisiología sexual femenina y la aplicación de conocimientos médicos y ginecológicos; la derivación se puede reservar para los pacientes que no respondan al tratamiento. Además, los trastornos sexuales en la mujer deben ser abordados desde estrategias psicológicas y fisiológicas; aunque se le ha atribuido un gran valor a la psicoterapia.

Por consiguiente, se toma como sustento el modelo de Masters y Jhonson, cuyo propósito es el de ayudar a la enfermería a identificar los problemas y necesidades sobre la salud sexual y la sexualidad de sus pacientes. Está enfocado a nivel de atención primaria y consta de cuatro niveles de intervención que requieren mayor nivel de conocimientos y experiencia del profesional que lo utilice a medida que se avanza sobre ellas.

Asimismo, para Bassón y su modelo, los profesionales de la salud, muchas veces no se implican en la esfera sexual del paciente por considerarla fuera de sus funciones y por falta de educación y experiencia. Considera que la enfermera como profesional de la salud cuya práctica implica la naturaleza íntima de los cuidados y el contacto cercano y constante con el paciente, tiene la mejor posición para proveer a los pacientes la oportunidad de hablar sobre sexualidad y salud sexual, ayudándoles de esta forma con sus necesidades y dudas y en definitiva contribuir a mejorar su calidad de vida.

Cabe resaltar y hacer énfasis que la valoración de la sexualidad se encuentra entre los diagnósticos de enfermería NANDA, entre los que se incluye disfunción y patrón sexuales inefectivos, diagnósticos sobre los que se puede y debe actuar en cualquier etapa de la vida. La educación que reciben actualmente los enfermeros no es suficiente para manejar asuntos sobre la sexualidad de sus pacientes, la formación debe estar orientada a cambiar sus creencias y valores sobre este tema, que no están basados en la evidencia clínica, si no en los valores de la sociedad y en el prejuicio.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES**

- Los factores personales, familiares y socioculturales intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa.
- Los factores personales que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son la edad > 30 años, más de dos hijos y el uso de anticonceptivo hormonal.
- Los factores familiares que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son la violencia de pareja, el hacinamiento familiar y falta de privacidad en el hogar.
- Los factores socioculturales que intervienen de manera significativa en la disfunción sexual en mujeres adultas son el consumo de alcohol, el estrés laboral y la religión.
- La mayoría de las mujeres adultas que acuden al Centro de Salud Delicias de Villa; presentan disfunción sexual por lo que se acepta la hipótesis planteada.

## **V.b. RECOMENDACIONES**

- A las enfermeras, en coordinación con otros profesionales de la salud, realizar actividades extramurales, organizar talleres vivenciales con el fin de detectar aquellas mujeres que presenten disfunción sexual como consecuencia de los múltiples factores a fin de motivarlas a expresar sus vivencias y sentimientos negativos y derivarlas hacia una atención más especializada.
- A la Jefatura del Centro de Salud, implementar o fortalecer los programas de atención en salud sexual de la mujer en el primer nivel de atención a fin de obtener un reconocimiento oportuno de los trastornos que afectan esta área y permitan una adecuada intervención para solucionarlos.
- Realizar estudios sobre la disfunción sexual femenina y los factores que intervienen en muestras más amplias y aplicar el muestreo probabilístico, a fin de generalizar los hallazgos encontrados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz C. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [acceso 20 de marzo 2020]; 82 (4): 386 - 395. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-752620170004003686>.
2. De la Hoz F. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [acceso 20 de marzo del 2020]; 69 (1): 9 - 21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3035>.
3. Sánchez I. Climaterio y sexualidad. Enferm. glob. [Internet]. 2015 [acceso 20 de marzo del 2020]; 14 (40): 76 - 85. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400004&lng=es).
4. Benavides A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 63 (4): 565 - 572. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400008&lng=es).
5. Chaparro M. Función sexual femenina durante el período posparto. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 73 (3): 181 - 186. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300005&lng=es).
6. Espitia J. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2017 [acceso 20 de

- marzo del 2020]; 17 (1): 70-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273851831008.pdf>
7. Osorio L, Ortiz A. Prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en embarazadas atendidas en un Centro de Salud Familiar de Santiago de Chile. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [acceso 20 de marzo del 2020]; 44 (1): 1 - 11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100008&lng=es).
  8. Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 82 (4): 386 - 395. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-752620170004003686>.
  9. Parlaguachi, M. Prevalencia y factores asociados a disfunción sexual femenina en el Centro de Salud Tipo c la Troncal. junio-noviembre. Año 2018. [Tesis de pregrado] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2019. [acceso 20 de marzo del 2020] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32180>
  10. Bustos G, Pérez V. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. Perinatología y Reproducción Humana. [Internet]. 2018 [Citado 2019 abril 11]; 32 (1): 9 - 18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533718300372>
  11. Vizcaíno C, Montero Y. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. Revista Sexología y Sociedad. 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 23 (2): 182 - 94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss2017/rss172f.pdf>

12. Gonzales E, Carhuaz L. Factores de Riesgo de la Disfunción Sexual de las Usuarias del Programa de Planificación Familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2016. Revista Científica UNTRM, [Internet]. 2018 [acceso 20 de marzo del 2020]; 1 (1): 33 - 44. Disponible en: <http://revistas.untrm.edu.pe/index.php/CSH/article/view/278>
13. Cabrera K. Factores asociados a disfunciones sexuales en mujeres del centro de salud Carlos Protzel durante el periodo de julio a enero del 2016. [Tesis de pregrado] Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017. [acceso 20 de marzo del 2020]. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2404/3/cabrera\\_k.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2404/3/cabrera_k.pdf)
14. Baquedano V, Lara M. Disfunción sexual de la mujer en edad reproductiva Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud. [Internet] 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 4 (1): 22- 26. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS4-1-2017-5.pdf>
15. Ortiz J, Vieira F. La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. Enferm. glob. [Internet]. 2016 [acceso 20 de marzo del 2020]; 15 (43): 350 - 368. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300014&lng=es).
16. Mota R, Santos M. Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: experiencias de adolescentes brasileñas. Rev index de enfermería/tercer trimestre. [Internet]. 2014 [Citado el 18 de abril del 2018]; 23 (3): 23 – 32. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n3/pdf/9371.pdf>
17. Olivares, J., Sánchez, M., De Miguel, M. Disfunción sexual femenina en atención primaria: Estudio de prevalencia. Medicina General y de Familia. [Internet] 2012 [acceso 20 de marzo del 2020]; 1 (2): 71 - 8. Disponible en:

[http://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas\\_antes/V1N2/V1N2\\_71\\_78.pdf](http://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas_antes/V1N2/V1N2_71_78.pdf)

18. Paredes, N. Diagnóstico de disfunción sexual femenina en el climaterio durante la consulta externa. Revista Horizonte Médico. [Internet] 2012 [acceso 20 de marzo del 2020]; 12 (2): 30 - 4. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/102>
19. López S. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. Gaceta Sanitaria. [Internet] 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 31 (3): 210 -9. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-impactodel-abuso-sexual-durante-articulo-S0213911116301005>
20. Camacho L. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 [acceso 20 de marzo del 2020]; 81 (3): 168 - 180. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es)
21. Del Prado M. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Revista médica de Chile. [Internet]. 2009 [acceso 20 de marzo del 2020]; 137 (3): 345 - 50. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000300004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300004)
22. Prieto R. Epidemiología de la disfunción sexual: Factores de riesgo. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2010 [acceso 20 de marzo del 2020]; 63 (8): 637 - 639. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142010000800010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010000800010&lng=es).

23. Díaz, C., Samalvides, F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet] 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 82 (4): 386 - 95. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262017000400386&lng=en&nrm=i&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000400386&lng=en&nrm=i&tlng=es)
24. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of sex & marital therapy. [Internet] 2000 [acceso 20 de marzo del 2020]; 26 (2):191 - 208. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300002&lng=es)
25. Paz, M. Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. Revista Neuropsiquiatria. [Internet] 2013 [acceso 20 de marzo del 2020]; 76 (3): 161 - 72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3720/372036945006/>
26. Becerra A, Yuneidy A. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. Medicas UIS [Internet]. 2015 [acceso 20 de marzo del 2020]; 28 (3): 267 - 272. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192015000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192015000300001&lng=en).
27. Carta M, González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2016 [acceso 20 de marzo del 2020]; 76 (3): 232 - 247. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es).
28. Ramos M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2006 [acceso 20 de marzo del 2020]; 23 (3): 201-220. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es).

29. Sánchez C, Morales F. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y el asertividad. *Perinatol. Reprod. Hum.* [Internet]. 2005 [acceso 20 de marzo del 2020]; 19 (3-4): 152 - 160. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372005000300004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372005000300004&lng=es).

30. Lluveras Jorge Luis, Durán Rubén S. Disfunción sexual eréctil. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2001 [acceso 20 de marzo del 2020]; 12 (2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532001000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000200007&lng=es).

31. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Revista Latino-am Enfermagem. [Internet] 2007 [acceso 20 de marzo del 2020]; 15 (3): 1 - 6. Disponible:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/esv15n3a22.pdf>

32. Soria, N. Una exploración de la disfunción sexual femenina no orgánica en adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana, 2013. [Tesis de pregrado] Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. [acceso 20 de marzo del 2020]. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3461/Huallpa\\_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3461/Huallpa_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=)

33. Lopetegui L, Pujol, E. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria.* [Internet] 2017 [acceso 20 de marzo del 2020]; 31 (3): 210 - 9. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es-impactodel-abuso-sexual-durante-articulo-S021391116301005>

34. Blanco D. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista Sexología y Sociedad*. [Internet] 2016 [acceso 20 de marzo del 2020]; 22 (2): 166 - 187 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss-2016/rss162e.pdf>
35. Paredes N. Diagnóstico de disfunción sexual femenina en el climaterio durante la consulta externa. *Rev. Horizonte Médico*. [Internet] 2013 [revisado el 4 de mayo 2018]; 12 (2): 32 – 36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125006.pdf>
36. Cobas, F. Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Rev Cubana Med Gen Integra* [Internet] 2005 [acceso]; 21: 5 - 6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500015)
37. Vega G. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Ginecol* [Internet] 2014 [acceso 20 de marzo del 2020]; 79(2): 81 – 85. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n2/art03.pdf>
38. Sanabria J. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*. [Internet] 2016 [acceso 20 de marzo del 2020]; 12 (2): 231 - 42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a06.pdf>
39. Ávila J, Pérez A, Olazábal J. Disfunciones Sexuales en el alcoholismo. *Adicciones. Rev Sal* [Internet] 2004 [acceso 20 de marzo del 2020]; 16 (4): 275 - 280. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/393>
40. Díaz C. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un Hospital nivel III Chiclayo, 2016. [Tesis de posgrado] Lima - Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. [acceso 20 de marzo del 2020]. Disponible en:

[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/588/Factores\\_D%C3%ADazVelez\\_Cristian.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/588/Factores_D%C3%ADazVelez_Cristian.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

41. Zavala A, Herrera A. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis* [Internet]. 2009 [citado 2020 Nov 22]; 19 (3): 591-615. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312009000300003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300003&lng=en).

42. Carta M, González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 Set [citado 2020 Nov 22]; 76 (3): 232 - 247. Disponible en:

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322016000400003&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322016000400003&lng=es).

43. González E, Molina G. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2007 Oct [citado 2020 Nov 22]; 135 (10): 1261 - 1269. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872007001000005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872007001000005&lng=es).

44. González\_Y, Maceo T. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2011 Ago [citado 2020 Nov 22]; 22\_(2):\_133\_-\_143. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156129532011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532011000200007&lng=es).

45. Babel N, Urdaneta J. Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función sexual de mujeres con menopausia natural o quirúrgica. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2014 Sep [citado 2020 Nov 26]; 74 (3): 184 - 192. Disponible en:

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048773220](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048773220)

[14000300007&lng=es.](#)

46. Herrera P. Adela R. SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: ¿MITO O REALIDAD?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2020 Dic 06]; 68 (2): 150-162. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262003000200011&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262003000200011&lng=es)

47. Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Dic 17]; 29 (3): 223 - 232. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192013000300008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192013000300008&lng=es)

48. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Oct 28]; 81 (3): 168 - 180. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262016000300002&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262016000300002&lng=es)

49. González E, Molina T. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Mar [citado 2020 Oct 28]; 141 (3): 313 - 319. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872013000300005&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872013000300005&lng=es)

50. Chacón F, Tapia M. No quiero tener hijos (as), continuidad y cambio en las relaciones de pareja de mujeres profesionales jóvenes. Rev. Polis [Internet]. 2017 May [citado 2020 Oct 28]; 16 (46): 193 - 220. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682017000100193>

51. Palacios S, Lilue M. Función sexual femenina y anticoncepción Hormonal. Ginecol Obstet [Internet]. 2020 Set [citado 2020 Oct 28]; 88 (1): 178 - 188. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2020/goms201r.pdf>

52. Morais S, Taquette S. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Rio de Janeiro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2007 [citado 2020 Oct 28]; 72 (1): 26 - 32. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000100005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000100005&lng=es).

53. Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Hered [Internet]. 2017 Ene [citado 2020 Oct 28]; 28 (1): 48-58. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2017000100009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2017000100009&lng=es).

54. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Ene [citado 2020 Oct 29]; 13 (33): 424 - 439. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412014000100022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000100022&lng=es).

55. Oyola A, Quispe P. Consistencia de un estudio sobre violencia de pareja. An. Fac. med. [Internet]. 2018 Ene [citado 2020 Dic 09]; 79 (1): 100 - 100. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102555832018000100019&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832018000100019&lng=es).

56. Cobos A. El contenido del derecho a la intimidad. Cuest. Const. [Internet]. 2013 Dic [citado 2020 Dic 09]; 29 (4) 45 - 81. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140591932013000200003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140591932013000200003)
57. Taype W. Hacinamiento y disfunción sexual en mujeres del servicio de emergencia de un hospital urbano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Abr [citado 2020 Oct 29]; 20 (2): 216 - 221. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230805312020000200216&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230805312020000200216&lng=es).
58. Rodríguez O. Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. Rev. Salud Bras. [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Oct 29]; 7 (14): 41 - 52. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673003.pdf>
59. Valencia A. Disfunciones sexuales en mujeres afectados por estrés laboral estrategias de prevención. Science Sld [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Oct 29]; 4 (9): 143 – 155. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe.ec/handle/redug/46616>
60. Blanco E, Navarro A. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Revista Sexología y Sociedad. [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 Oct 29]; 22 (2) 166 - 187. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss2016/rss162e.pdf>
61. Sanabria M, Jiménez J. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. Perspect. Psicol [Internet] 2018 Set [citado 2020 Oct 29]; 12 (2): 231 – 242. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a06.pdf>

62. Benavides A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 Oct [citado 2020 Oct 29]; 63 (4): 565 - 572. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322017000400008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322017000400008&lng=es).
63. Duany A, Hernández G. Alcohol, función sexual y masculinidad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2020 Oct 31]; 28 (4): 611 - 619. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252012000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000400005&lng=es).
64. González T, Gálvez E. Drogas y sexualidad: grandes enemigos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Dic [citado 2020 Oct 31]; 21 (5 - 6). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500015&lng=es).
65. García D, Jiménez H. Envejecimiento del Sistema Urogenital y Disfunción Sexual Femenina. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2018 Dic [citado 2020 Oct 31]; 35 (2): 71 - 78. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900152018000200071&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152018000200071&lng=en).
66. Blümel E, Binfa E. Índice de función sexual femenina: un Test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 May [citado 2020 Oct 31]; 69 (2): 118 - 125. Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262004000200006&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262004000200006&lng=es).
67. Dantas H, Pereira A. Sexual function and functioning of women in reproductive age. Fisioter. mov. [Internet]. 2020 Oct [citado 2020 Oct

31]; 33 (4): 3307 - 3319. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010351502020000100207&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502020000100207&lng=en).

68. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Jun [citado 2020 Oct 31]; 9 (1): 55 - 64. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000100007&lng=es).

69. Blum B, Carreño J. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Ment* [Internet]. 2009 Feb [citado 2020 Oct 31]; 32 (1): 43 - 51. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000100006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100006&lng=es).

70. Sánchez M, Hernández E. Climaterio y sexualidad. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2020 Oct 31]; 14 (40): 76 - 85. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412015000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000400004&lng=es).

71. Monterrosa A, Portela K. Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2014 [citado 2020 Oct 31]; 79 (6): 489-501. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262014000600006&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262014000600006&lng=es).

72. Harlow D. Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2010 Abr [citado 2020 Oct 31]; 52 (2): 148-155. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000200007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000200007&lng=es).

73. Becerra Y. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. *Medicas UIS* [Internet]. 2015 Dec [citado 2020 Oct 31]; 28 (3): 267 - 272. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192015000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192015000300001&lng=en).

## BIBLIOGRAFÍA

- Potter A, Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. 8ª ed. España: DRK edición; 2013.
- DuGas B. Tratado de enfermería práctica. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014.
- Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014.

## **ANEXOS**

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| VARIABLE DE ESTUDIO      | DEFINICIÓN CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE  | DIMENSIONES   | INDICADORES   | VALOR FINAL  |
|--------------------------|--|--|---------------|---|--|
| Factores que intervienen | Presencia de factores personales, familiares y socioculturales que pueden producir disfunción sexual en las mujeres. | Diversos aspectos que repercuten la disfunción sexual femenina medidos a través de un cuestionario pueden ser de carácter social, cultural, económico, | 1. Personales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Número de hijos</li> <li>• Antecedente de abortos</li> <li>• Cesáreas previas</li> <li>• Uso de anticonceptivo hormonal</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Número de parejas sexuales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si: 13 – 24 puntos</li> <li>• No: 0 – 12 puntos.</li> </ul> |

|  |  |                            |                    |   |  |
|--|--|----------------------------|--------------------|---|--|
|  |  | educacional o fisiológico. | 2. Familiares      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia de la pareja</li> <li>• Privacidad en el hogar</li> <li>• Relación con los padres</li> <li>• Hacinamiento</li> </ul>   |  |
|  |  |                            | 3. Socioculturales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridad</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Estrés laboral</li> <li>• Nivel económico</li> <li>• Religión</li> <li>• Hábito de fumar</li> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de drogas</li> </ul> |  |

| VARIABLE DE ESTUDIO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE   | DIMENSIONES  | VALOR FINAL  |
|---------------------|---|---|--|--|
| Disfunción sexual   | Insatisfacción sexual de la mujer al no cumplir sus ciclos de excitación y debido a la influencia de factores externos y factores biológicos internos, provocando dolor y ansiedad en la mujer, dando como resultado la disfunción sexual femenina. | Trastornos que se producen en el comportamiento sexual usual de la mujer; disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos y fantasías sexuales medidos a través de un cuestionario. | 1. Deseo<br>2. Excitación<br>3. Lubricación<br>4. Orgasmo<br>5. Satisfacción<br>6. Dolor | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentan: 19 - 36 puntos</li> <li>• No presentan: 2 – 18 puntos</li> </ul> |

**ANEXO 2:**  
**TEST DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)**  
**(Rosen y Cools 2016)**

**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.

• **DESEO:**

**1. ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?**

- a) Siempre o casi siempre
- b) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- c) A veces (alrededor de la mitad)
- d) Pocas veces (menos que la mitad)
- e) Casi nunca o nunca

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

- a) Muy alto
- b) Alto
- c) Moderado
- d) Bajo
- e) Muy bajo o nada

• **EXCITACIÓN:**

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

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)

- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

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

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

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

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alta confianza
- c) Alta confianza
- d) Moderada confianza
- e) Baja confianza
- f) Muy baja o nada de confianza

**6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?**

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

• **LUBRICACIÓN:**

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

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre

- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - d) A veces (alrededor de la mitad)
  - e) Pocas veces (menos que la mitad)
  - f) Casi nunca o nunca
- 8. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Extremadamente difícil o imposible
  - c) Muy difícil
  - d) Difícil
  - e) Poco difícil
  - f) No me es difícil
- 9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Siempre o casi siempre la mantengo
  - c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
  - d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
  - e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
  - f) 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?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Extremadamente difícil o imposible
  - c) Muy difícil
  - d) Difícil
  - e) Poco difícil
  - f) No me es difícil

- **ORGASMO:**

- 11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Siempre o casi siempre
  - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - d) A veces (alrededor de la mitad)
  - e) Pocas veces (menos que la mitad)
  - f) 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?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Extremadamente difícil o imposible
  - c) Muy difícil
  - d) Difícil
  - e) Poco difícil
  - f) 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?**
- a) No tengo actividad sexual
  - b) Muy satisfecha
  - c) Moderadamente satisfecha
  - d) Ni satisfecha ni insatisfecha
  - e) Moderadamente insatisfecha
  - f) Muy insatisfecha

- **SATISFACCIÓN:**

**14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?**

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

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

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

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

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

- **DOLOR:**

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

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)

- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

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

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

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

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

### ANEXO 3:

#### CUESTIONARIO DE FACTORES QUE INTERVIEN EN LA DISFUNCION SEXUAL (Santi M.2019)

- **FACTORES PERSONALES:**

**1. Edad mayor de 30 años**

Sí (        )        No (        )

**2. Estado civil**

Casada        (        )        Conviviente (        )

Soltera        (        )        Otro        (        )

**3. ¿Cuántos hijos ya ha tenido?**

Ninguno        (        )        Sólo uno (        )

Sólo dos        (        )        Tres a más (        )

**4. ¿Ha tenido antecedentes de aborto?**

Más de uno        (        )        Sólo uno (        )

Ninguno        (        )

**5. ¿Ha tenido cesáreas previas?**

Más de una        (        )        Sólo una (        )

Ninguna        (        )

**6. ¿Ha usado anticonceptivos hormonales, píldoras, inyectables o implantes, anteriormente?**

Sí        (        )        No (        )

**7. ¿Ha sufrido alguna vez de abuso sexual?**

Sí        (        )        No (        )

**8. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?**

Sólo una        (        )        Dos (        )        Más de dos (        )

- **FACTORES FAMILIARES:**

**9. ¿Ha recibido por parte de su pareja algún tipo de violencia psicológica, gritos o insultos?**

Sí        (        )        No (        )



Sí ( ) Profeso otra religión ( )

Soy ateo ( )

**22. ¿Usted fuma?**

Frecuentemente ( ) Pocas veces ( ) Nunca  
fumo ( )

**23. ¿Usted consume alcohol?**

Frecuentemente ( ) Pocas veces ( ) Nunca  
fumo ( )

**24. ¿Usted consume drogas?**

Frecuentemente ( ) Pocas veces ( ) Nunca  
fumo ( )

#### ANEXO 4: ESCALA DE VALORACIÓN

| Dimensiones              | Ítem   | Indicadores  |
|--------------------------|--------|--|
| Factores personales      | 1      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>                           |
|                          | 2      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil</li> </ul>                   |
|                          | 3      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de hijos</li> </ul>                |
|                          | 4      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente de abortos</li> </ul>         |
|                          | 5      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesáreas previas</li> </ul>               |
|                          | 6      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de anticonceptivo hormonal</li> </ul> |
|                          | 7      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual</li> </ul>                   |
|                          | 8      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de parejas sexuales</li> </ul>     |
| Factores familiares      | 9 – 16 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia de la pareja</li> </ul>         |
|                          |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privacidad en el hogar</li> </ul>         |
|                          |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con los padres</li> </ul>        |
|                          |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> </ul>                   |
| Factores socioculturales | 17     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridad</li> </ul>                    |
|                          | 18     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupación</li> </ul>                      |
|                          | 19     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés laboral</li> </ul>                 |
|                          | 20     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel económico</li> </ul>                |

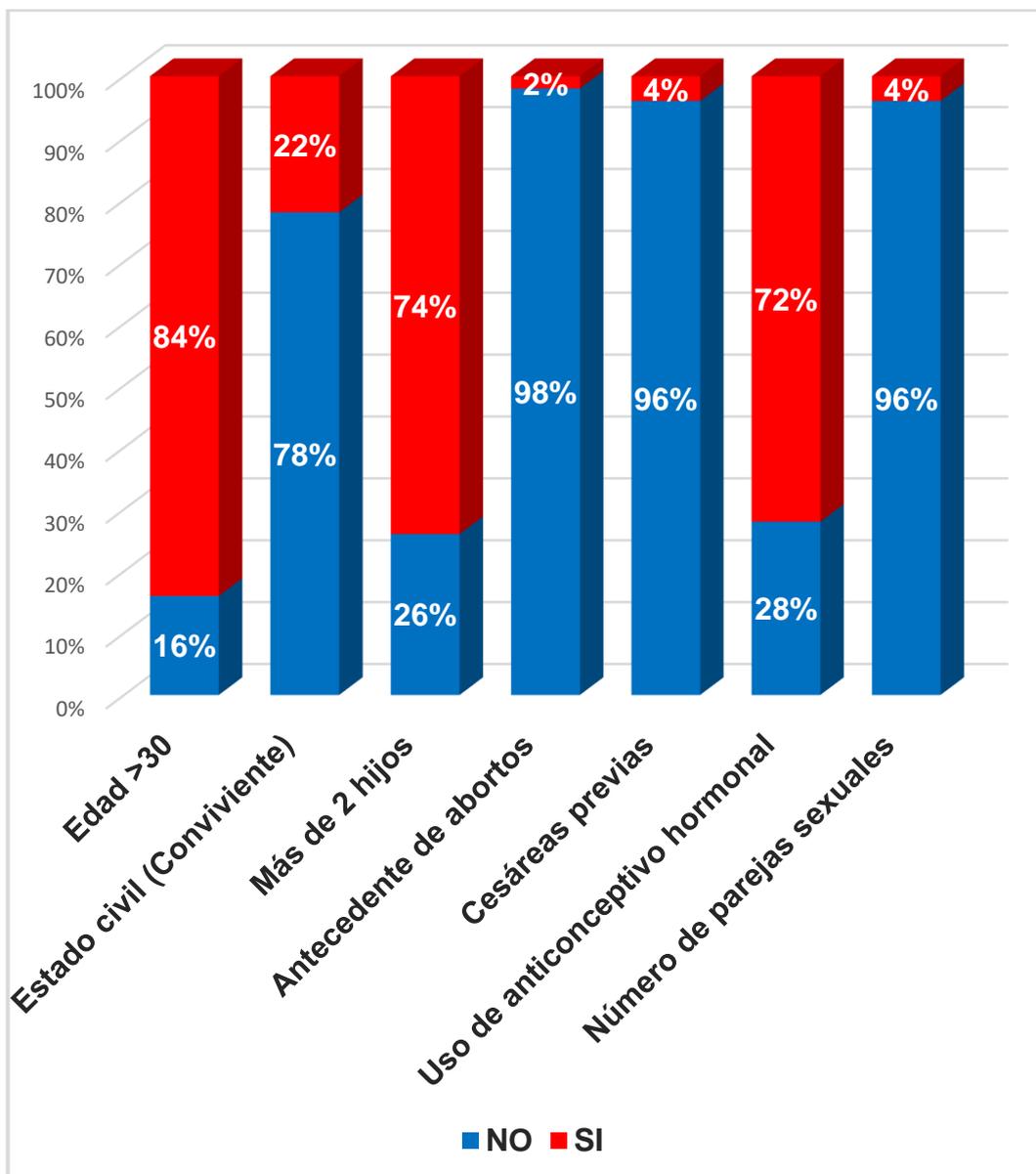
|  |    |                      |
|--|----|----------------------|
|  | 21 | • Religión           |
|  | 22 | • Hábitos de fumar   |
|  | 23 | • Consumo de alcohol |
|  | 24 | • Consumo de drogas  |

| Dimensiones  | Ítem    | 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 | 0 – 5   | 0,4    | 0,8    | 6      |
| Dolor        | 17 – 19 | 0 – 5   | 0,4    | 0      | 6      |
|              |         |         | Rango  | 2      | 36     |

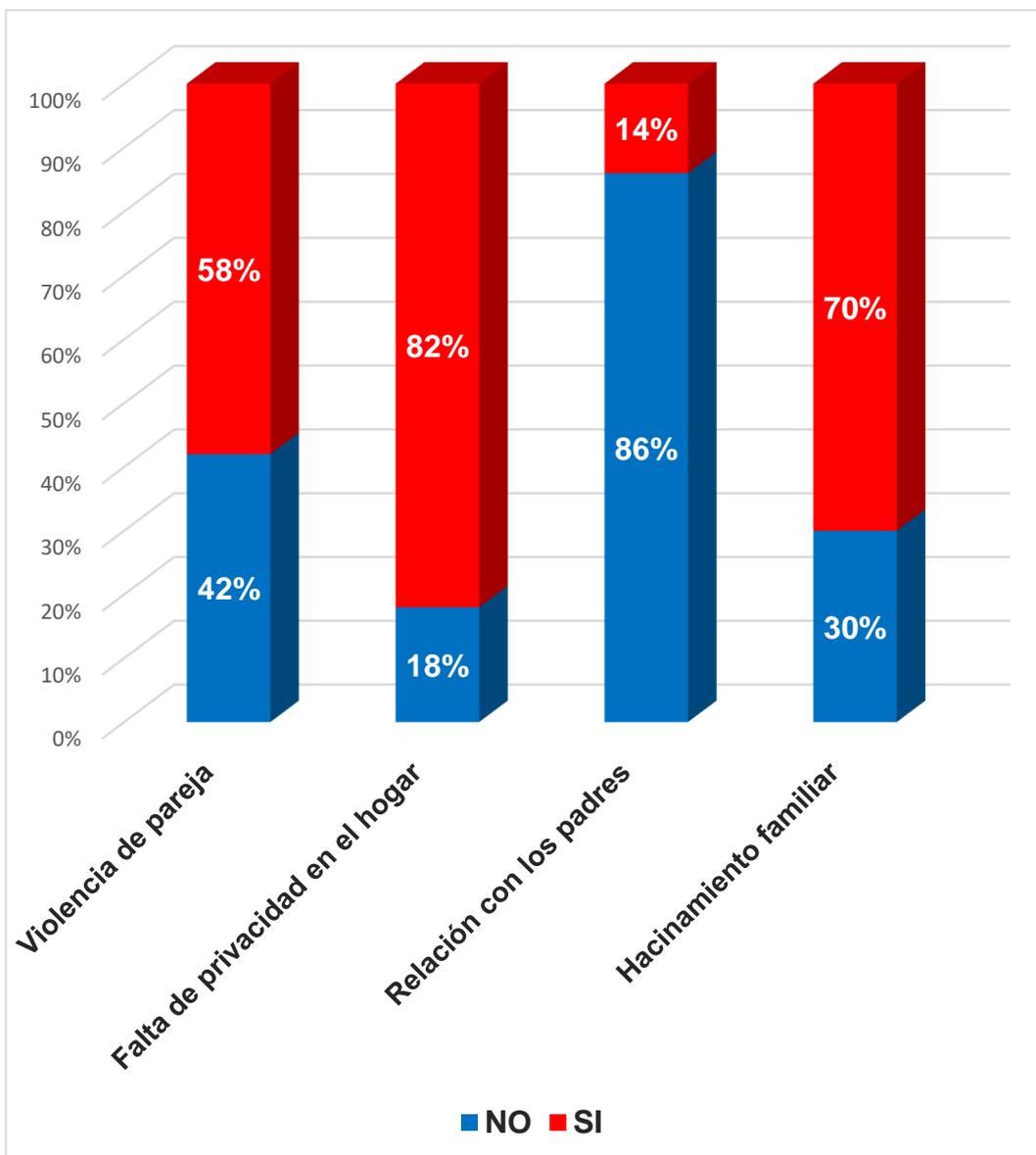
**ANEXO 6: GRÁFICOS DE LAS MEDICIONES DE LAS VARIABLES**

**GRÁFICO 3**

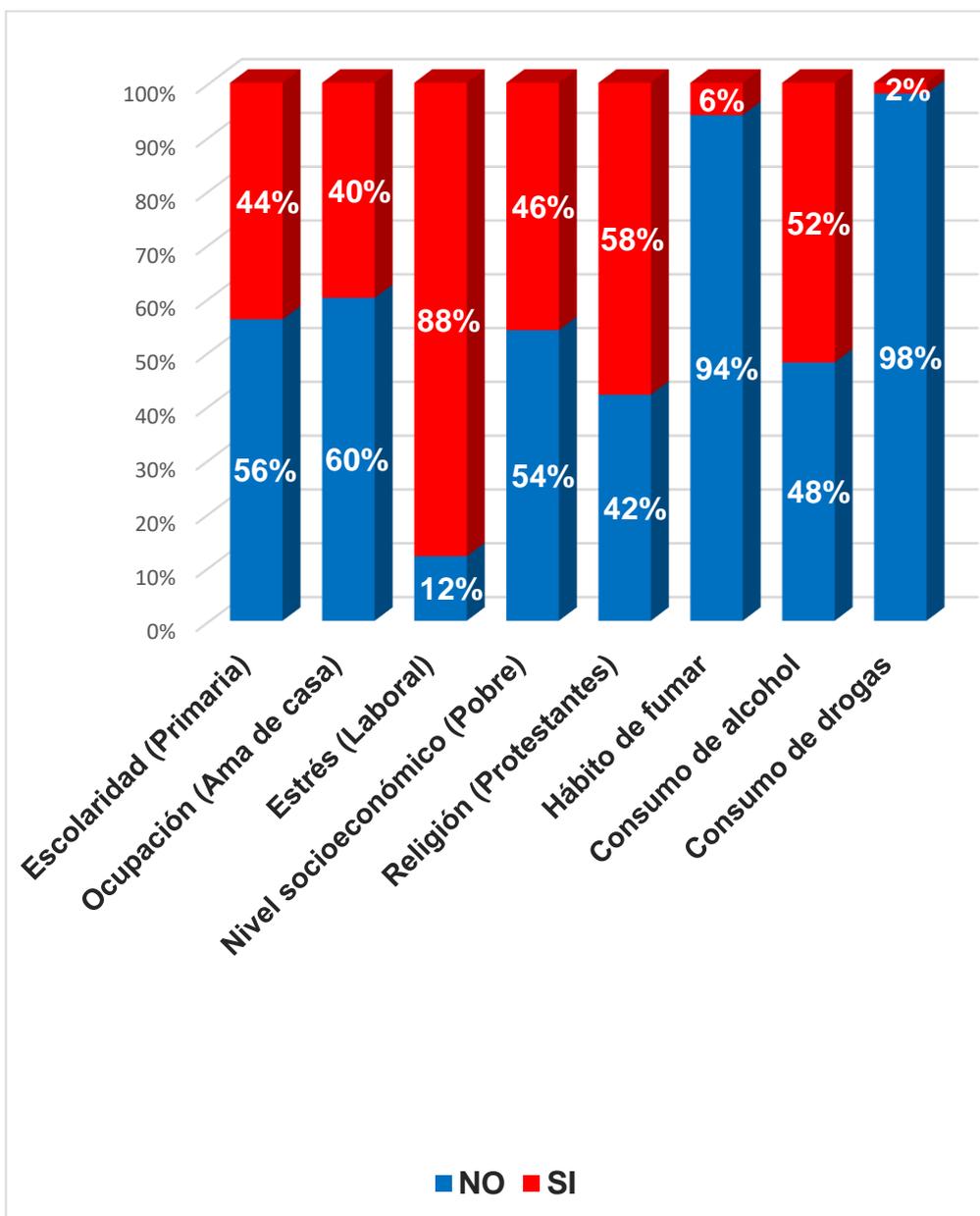
**FACTORES PERSONALES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020**



**GRÁFICO 4**  
**FACTORES FAMILIARES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCIÓN**  
**SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO**  
**DE SALUD DELICIAS DE VILLA CHORRILLOS**  
**NOVIEMBRE 2020**



**GRÁFICO 5**  
**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA**  
**DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE**  
**ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE**  
**VILLA CHORRILLOS NOVIEMBRE 2020**





**ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**Investigadora:** Esther Malpartida Aparco

**CE:** 151160109U

**Correo:** [emalpartidasalud@gmail.com](mailto:emalpartidasalud@gmail.com)

Estimada, me dirijo a Ud. para hacerle entrega del presente consentimiento informado para el estudio: **FACTORES QUE INTERVIENEN A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES ADULTAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA, CHORRILLOS NOVIEMBRE.**

**DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:** El propósito del presente documento es darle a conocer la información necesaria para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el estudio. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, sus derechos como un participante voluntario o sobre el presente documento.

**PROPÓSITO Y BENEFICIOS:** El presente trabajo busca identificar los factores de riesgo frente a los trastornos de disfunción sexual en las mujeres adultas que acuden a la Centro de Salud Delicias de Villa - Chorrillos.

**PROCEDIMIENTO:** Si usted elige participar en la presente investigación de manera voluntaria, nos gustaría que responda el cuestionario sobre aspectos relacionados con su función sexual. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo debe elegir la que usted considere la más adecuada. Las encuestas se mantendrán bajo el anonimato según consideraciones éticas.

**CONCLUSIÓN:** La participante es voluntaria; tiene opción de decidir si desea o no colaborar en este estudio.

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:** Se me ha explicado sobre el desarrollo de la investigación y declaro participar voluntariamente en este trabajo sin incentivo económico alguno. Tuve la oportunidad para hacer preguntas y se me ha indicado que la presente investigación no significa riesgo alguno para mi integridad personal y que se respetará mi identidad.

.....  
**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

.....  
**FIRMA DEL INVESTIGADOR**

