

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**INCONTINENCIA URINARIA Y SU INFLUENCIA EN LA DISFUNCION SEXUAL  
EN MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" DE  
AYACUCHO, 2011**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. ALVITES VENTURA, María Isabel**

**Bach. BERMUDO HUACHACA, Cristina**

**Ayacucho – Perú**

**2 013**

## DEDICATORIA

*Ante todo Agradezco a Dios por  
Dar-me la dicha de vivir.  
Mi agradecimiento sincero al  
Ser que me dio la luz y la dicha de vivir,  
mi querida Mamá,*

*Maria Isabel*

*"Al ser que siempre está a mi lado, por  
fuente de mis fortaleza y soporte para mi  
superación y logro de mis metas  
propuestas".*

*Cristina*

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en su aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestro asesor, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

## SUMARIO

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
PRESENTACION, INTERPRETACIÓN, ANALISIS Y CONTRASTACION.....	7
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
ANEXOS.	

## INTRODUCCION

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. La prevalencia de la incontinencia urinaria se sitúa en un amplio rango, el total de personas afectadas tiene algún grado de incontinencia urinaria que altera su calidad de vida. La gran mayoría de esta población esconde su problema. Por ello es importante el presente estudio, puesto que la incontinencia urinaria no altera el estado físico de la persona, pero tiene implícito una morbilidad psicológica, la cual altera la calidad de vida de persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, presentó el informe en el que se expresa los problemas de control urinario como una alteración que afectan a más de 200 millones de personas en todo el mundo. Además, afirma que la incontinencia se puede tratar y prevenir en la mayoría de los casos y que, sin duda, no se trata de una consecuencia inevitable del envejecimiento, añadiendo que la reacción más habitual de los pacientes cuando se les diagnostica deficiencia en el control urinario, no es miedo ni incredulidad, sino alivio<sup>(1)</sup>.

En mujeres europeas, el estudio EPICONT, realizado en 27.938 mujeres mayores de 20 años en Noruega, encontró una prevalencia de I.U.

del 25%, predomina la incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E) y en el segundo la incontinencia urinaria mixta (I.U.M.) y la incontinencia urinaria de urgencia (I.U.U.). En el estudio europeo de la I.U. en mujeres europeas mayores de 18 años, el 35% padecía I.U. En mujeres americanas entre 30 y 90 años la prevalencia media fue del 45%, aumentando con la edad, pasando del 28% para el grupo de 30-39 años al 55% en el grupo de 80-90 años. En otros estudios realizados en mujeres americanas se encuentran cifras muy diferentes que oscilan entre el 15% cuando se estudian mujeres de origen latino de más de 65 años o el 18% en mujeres de origen asiático, y hasta el 40% cuando se estudian mujeres no institucionalizadas<sup>(2)</sup>

Estudios realizados en España<sup>(3)</sup>, la prevalencia media estimada para las mujeres es del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. Se debe destacar que las prevalencias actuales de I.U. en España son más altas que las obtenidas en estudios anteriores, debido en parte a la adopción de definiciones más amplias incluyendo grados inferiores de severidad, excepto el estudio EPICC.

Recientemente se ha demostrado que la incontinencia urinaria y los diferentes síntomas urinarios, en mujeres<sup>(4)</sup> están asociados con problemas relevantes en la vida sexual en mujeres.

Estudios realizados en Colombia (2010), Basados en el Índice de función sexual femenina (IFSF), las mujeres incontinentes tienen una disminución de la función sexual en comparación con pacientes continentales. Las pacientes incontinentes sufrían en su mayoría de incontinencia de

esfuerzo y 18% tenían escapes de orina durante la relación sexual. El puntaje total del cuestionario IFSF tuvo un promedio de  $21,2 \pm 4,4$  puntos. Deseo, excitación y el puntaje total fueron los dominios que mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ )<sup>(5)</sup>.

Estudios realizado en la en la Universidad de "Campinas", Brasil, 76% pacientes relataron que las pérdidas ocurrían durante sus relaciones sexuales. Entre ellas, 74% lo sentían como una influencia negativa sobre su vida sexual. 26% no se quejaron, 12% consideraron leve esta influencia; 24% lo evaluaron como moderado y 65% lo indicaron como severo. Observando la frecuencia de relaciones sexuales antes y después de la IO: 17 (57%) presentaron alteraciones. La actividad sexual cambió de semanal a mensual en 41%, de diario a semanal en 29%, de diario a mensual en 18%, de mensual a anual en 6% y de semanal a ninguna relación el 6%<sup>(6)</sup>.

En un estudio chileno sobre prevalencia de la Infección Urinaria (ITU), la Incontinencia Urinaria (IU) y de la Disfunción Sexual Femenina (DSF), se reportó que 67,6% de mujeres presentaron disfunción sexual, 40,0% incontinencia urinaria y 29,2% infecciones urinarias. 76,7% de mujeres con ITU, 40,0% con IU y 21,3% con DFS refirieron impacto severo en su calidad de vida<sup>(7)</sup>.

La I.U. Es una patología infradiagnosticada y en muchos casos infratratada o no tratada de forma correcta. Además no se considera exclusivamente un problema médico ya que entre las mujeres se asocia habitualmente con una serie de diferentes problemas psicosociales, así

como un sentimiento expresado de la vulnerabilidad con tendencia al ocultamiento por temor al rechazo social.

Debido a la vergüenza, al tabú o al desconocimiento de la existencia de posibles tratamientos, sólo una minoría de las mujeres que padecen de IU buscan ayuda profesional. En la práctica diaria las pacientes consultan sólo cuando la pérdida de orina les provoca algún problema de índole mental, físico, o inconformidad dentro de su entorno social.

En nuestro medio, no se encuentran estadísticas relacionadas con los trastornos sexuales como factor de deterioro de la calidad de vida en las pacientes con incontinencia; por lo tanto, el nuevo conocimiento que se generará servirá para enfocar de mejor manera a las pacientes que se presenten a la consulta con incontinencia urinaria.

Sin embargo, durante las experiencias clínicas y comunitarias, al dialogar con muchas mujeres de diversas edades, ellas supieron comunicar algún grado de IU por esfuerzos, pero que no alteraba su estado de salud y por lo tanto no necesitaba atención; otras por el contrario tienen mucha inquietud por las consecuencias que podía producir en su actividad sexual y por el tratamiento que requiere.

Las referencias señaladas, la experiencia en las prácticas pre-profesionales y las altas frecuencias de IU, motivan la realización de la presente investigación titulada: INCONTINENCIA URINARIA Y SU INFLUENCIA EN LA DISFUNCION SEXUAL EN MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL



**"MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011,** para ello se plantearon los siguientes objetivos:

**GENERAL:**

Determinar la influencia de la incontinencia urinaria sobre la disfunción sexual de mujeres sexualmente activas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2011.

**ESPECIFICOS:**

Identificar la incontinencia urinaria de las mujeres sexualmente activas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2011.

Identificar la disfunción sexual de las mujeres sexualmente activas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2011.

Establecer la influencia de la incontinencia urinaria sobre la disfunción sexual de mujeres sexualmente activas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho, 2011.

La hipótesis propuesta fue: La incontinencia urinaria influye en la disfunción sexual de mujeres acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena, Ayacucho, 2011.

El diseño metodológico fue: Enfoque Cuantitativo, tipo aplicativo, de nivel descriptivo correlacional y de corte transversal; la población Teórica considerada fueron todas las mujeres que acuden al consultorio de

ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena" de Ayacucho. La muestra no probabilística intencional constituida por 45 unidades de estudio. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y los instrumentos fueron: la Tabla de Clasificación clínica de la IU (cuestionario IU-4) y el IFSF. Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva y la prueba de correlación de Pearson.

Como un resultado importante se encontró que la incontinencia urinaria influye en la disfunción sexual femenina, por lo que se hace Necesaria la intervención de los profesionales de salud para dar atención estos problemas que afectan la calidad de vida.

El presente informe está constituido por: una introducción, presentación, análisis y contrastación de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

**PRESENTACION,  
CONTRASTACION Y  
ANALISIS DE RESULTADOS**

## CUADRO N° 01

### TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011

TIPOS DE INCONTINENCIA	N°	%
DE ESFUERZO	11	24,4
DE URGENCIA	9	20,0
INCONTINENCIA MIXTA	9	20,0
NINGUNA	16	35,6
<b>T O T A L</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Datos recogidos por la aplicación de la tabla de clasificación de incontinencia urinaria a la muestra en estudio

El presente cuadro muestra que, del 100% de mujeres en estudio, 24,4% presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, 20,0% incontinencia de urgencia y mixta respectivamente y 35,6% no presentan.

Se deduce que 64,4% de mujeres de la muestra en estudio padecen de incontinencia urinaria, en sus diferentes tipos.

Al respecto, M. J. Modroño Freire<sup>(8)</sup>, et al, en su investigación realizado en España(2004), encontró: La tasa de prevalencia de IU fue del 20%. La media de edad de las mujeres estudiadas fue de 43,4 años. El 56,8% de las mujeres con IU no lo habían asistido a una consulta sanitaria. Se detecta una alta prevalencia de IU en las mujeres en edad laboral con una baja tasa de consulta, probablemente debido a que afecta de manera leve a la calidad de vida en la mayor parte de las mujeres.

La incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres, aumenta con la edad. Las estimaciones de la prevalencia de la incontinencia urinaria en

mujeres varían entre 10% a 40% en la mayoría de los estudios. Las estimaciones de prevalencia están influenciadas por la definición de incontinencia, la población de la muestra y el formato de las preguntas acerca de la incontinencia. Además, es poco probable que estas cifras reflejen el verdadero alcance del problema, ya que el pudor y otros factores pueden resultar en una notificación insuficiente<sup>(9)</sup>.

La prevalencia de la IU se sitúa en un amplio rango que para la mujer está entre 5% y 45% y en el varón entre 1% y 39%. El 6% del total de personas afectadas tiene un grado de IU que altera su calidad de vida. La mitad ocultan su problema. La IU es más frecuente a medida que se avanza en edad, entre los 60 y 79 años afecta a 23 % de las mujeres y 19% de los varones a los 80 años el 46% de las mujeres y el de 34% de los hombres sufren incontinencia<sup>(10)</sup>.

La proporción de los distintos tipos de IU varía considerablemente con la edad, siendo más frecuente la IUE en mujeres jóvenes y durante la edad media, mientras que la IUM es más común en mujeres mayores. En todos los grupos etarios en general la IUE es la más común (49%) seguida de la IUM (29%), siendo la IUU pura la menos frecuente (21%)<sup>(11)</sup>.

La incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia son los dos tipos más frecuentes de pérdida de orina en las mujeres. El tipo de pérdida de orina se clasifica de acuerdo con lo informado por la mujer (síntomas), lo observado por el médico (signos) y en base a los estudios urodinámicos. Las definiciones de los diferentes tipos de incontinencia urinaria proporcionados a continuación son los de la Sociedad de Continencia Internacional<sup>(12)</sup>.

Los resultados encontrados mediante la presente investigación se aproximan a la prevalencia encontrada por los autores señalados, sin embargo existe ciertas diferencias en cuanto se refiere a la frecuencia de los tipos de incontinencia urinaria, pues el cuadro muestra que los tres tipos de incontinencia tienen similitud en cuanto se refiere a la frecuencia.

En conclusión, se encontró alta frecuencia de incontinencia urinaria en la muestra estudiada(64.4%). El tipo de incontinencia que prevalece es la incontinencia urinaria de esfuerzo, seguido por las incontinencias de urgencia y mixta.

## CUADRO N° 02

### INDICE DE FUNCION SEXUAL DE LA MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011

INDICE DE FUNCION SEXUAL	N°	%
DISFUNCION SEXUAL	25	55.6
SIN ALTERACIONES SEXUALES	20	44.4
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio.

El presente cuadro muestra que del 100% de la muestra en estudio, 55.6% de mujeres que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal LLerena" de Ayacucho, presentan disfunción sexual, evaluada con el Índice de función sexual.

Es la dificultad o imposibilidad que tienen algunas mujeres para obtener una relación o vida sexual satisfactoria. Este es el problema oculto más frecuente que existe en la ginecología, si las mujeres que consultasen al ginecólogo lo plantearan, encontraríamos que casi la mitad de ellas sufre de algún tipo y grado de DSF<sup>(13)</sup>.

En la población general son frecuentes las preocupaciones sobre la sexualidad y las disfunciones sexuales. Según estudios recientes 30% de las mujeres entrevistadas carecían de interés por el sexo, 20% expresaron tener relaciones sexuales no placenteras, 15% tenía dolor en el coito (dispareunia), 50% refería dificultad para excitarse, 50% tenía dificultades para lograr un orgasmo y 25% eran incapaces de lograrlo. A pesar de la

importancia de estos aspectos en la salud de la mujer, muchas encuentran difícil expresar sus problemas sexuales al médico y para muchos médicos es incómodo hablar de los aspectos sexuales de sus pacientes, sin embargo, las encuestas revelan que la mayoría de las pacientes esperan que su médico sea capaz de ayudarles con los problemas relacionados con su sexualidad, y creen que es apropiado que se interrogue este aspecto, dentro de la preparación y elaboración de la historia clínica<sup>(14)</sup>.

La disfunción sexual es más frecuente en mujeres (43%) que en hombres (31%) con el agravante de que el problema es mucho más complejo y multifactorial en las primeras. La aparición de una “pastilla azul” (como ocurrió para el hombre) que cure la disfunción sexual en la mujer está lejos de ser desarrollada dada la complejidad de la sexualidad femenina; sin embargo, existen algunos medicamentos y estrategias que pueden mejorar algunas áreas de las muy variadas que pudiesen estar involucradas en la disfunción sexual femenina DSF<sup>(13)</sup>.

Especialistas reconocen que en Tabasco alrededor de 100 mil féminas en edad de 40 a 60 años, sufren algún tipo de disfunción sexual (DSF). La estimación de las cifras que arrojan las encuestas se aplican a el estado en función de las estadísticas sobre la población femenina que en la entidad asciende a 1 millón 012 mil mujeres, de las cuales el 20 por ciento en promedio, se encuentran en el rango de edad de 40 a 60 años, es decir 240 mil mujeres, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Pero los casos de Disfunción Sexual más frecuentes



entre la población de 30 a 40 por ciento de las mujeres en la edad referida, son reducción del deseo sexual, dificultades para la excitación, problemas para llegar al orgasmo, sequedad vaginal y dolor durante las relaciones sexuales, lo que se origina desde los 40 años y prevalece hasta los 55 ó 60 años de edad, revela una encuesta realizada por el Instituto Mexicano de Sexología. Este trastorno se desarrolla durante la edad adulta luego de un periodo de funcionamiento sexual adecuado. Es la disfunción sexual más frecuente y la más difícil de tratar<sup>(15)</sup>.

La disfunción sexual es una alteración multifactorial que ocurre con frecuencia a medida que avanzan en la edad, las referencias indican que no existen datos o cifras reales sobre la disfunción sexual. Se añade el pudor y vergüenza de las mujeres para acudir a un consultorio u otro centro asistencial, lo que hace que esta afección sea un problema oculto.

En conclusión, la aplicación del índice de función sexual femenino (IFSF) muestra la existencia de altas tasas de disfunción sexual en la muestra extraída(56,6%). Este resultado es sumamente alarmante, más aún si se toma en cuenta los factores que disuaden la asistencia a un consultorio.

**CUADRO N° 03**

**DISFUNCION SEXUAL RELACIONADO CON LOS TIPOS DE INCONTINENCIA EN MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011**

TIPO DE INCONTINENCIA	DISFUNCION SEXUAL					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
DE ESFUERZO	9	20.0	2	4.4	11	24.4
DE URGENCIA	6	13.3	3	6.7	9	20.0
MIXTA	8	17.7	1	2.2	9	20.0
NINGUNA	2	4.4	14	31.1	16	35.6
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>55.6</b>	<b>20</b>	<b>44.4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio y la tabla de clasificación de incontinencia

El presente cuadro indica que, del 100% de la muestra en estudio, 24,4% de mujeres presentan incontinencia de esfuerzo(IUE), de ellas, 20.0% están relacionados con la disfunción sexual y 4.4% no refieren alteración sexual; 20.0% presentan incontinencia de urgencia(IUU) e incontinencia mixta (IUM) respectivamente, de las primeras, 13.3% expresan disfunción sexual y 6.7% ninguna, de las segundas, 17.7 refieren disfunción sexual y 2.2% ninguna; 35.6% de mujeres estudiadas no presentaron incontinencia urinaria de ningún tipo, sin embargo podemos señalar que 4.4% de ellas presentan disfunción y 31.1% no presentan.

Los resultados del estudio realizado en Argentina (2002), muestran que la DSF es muy común en pacientes con IU o con manifestaciones del tracto urinario inferior. De hecho, todas las categorías de la DSF están

representadas en el grupo de mujeres con trastornos miccionales. La observación más significativa en esta serie fue la estrecha correlación entre el escaso deseo sexual y la IU y, por otro lado, la asociación entre el dolor en la relación sexual y la disfunción sexual (con lo cual se predispone a cistitis bacteriana recurrente). De hecho, el 47% de las mujeres con escaso deseo sexual también refería una larga historia de IU de estrés. Estas mujeres contaron que las fantasías sexuales frecuentemente se asociaban con el temor de tener un episodio de IU en la intimidad, lo cual demuestra que los síntomas urinarios pueden en forma no consciente afectar adversamente el deseo y la funcionalidad sexual. En conclusión, afirman los especialistas, las disfunciones sexuales son extremadamente frecuentes en pacientes con síntomas urinarios bajos<sup>(16)</sup>.

La salud sexual es un aspecto primordial en la calidad de vida de la mujer. La incontinencia urinaria tiene un impacto negativo en todos los aspectos de la sexualidad femenina, pues no sólo deteriora la calidad de vida de la mujer, sino que altera su relación de pareja y la aísla socialmente. Con los hallazgos de este estudio observacional analítico en nuestro medio, debemos considerar un enfoque terapéutico adecuado y completo para estas pacientes que acuden a la consulta diaria<sup>(17)</sup>.

Los resultados de la presente investigación indican que no existe relación significativa entre la incontinencia urinaria en todos los tipos y la disfunción sexual femenino, pues el 55.6% de las mujeres estudiadas presentan disfunción sexual, incluyendo 4.4% de mujeres sin incontinencia urinaria. Si consideramos la población de mujeres que no desea manifestar

los síntomas de disfunción, probablemente este porcentaje sería largamente superado.

En conclusión, los resultados sometido a la prueba estadística de correlación de Pearson nos arroja un coeficiente  $r = - .425$ , lo cual indica una correlación negativa moderada. Es decir a media que la incontinencia disminuye, disfunción sexual también disminuye.

**CUADRO N° 04**

**FUNCION SEXUAL SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
"MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011**

EDAD	DISFUNCION SEXUAL					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>18 -27</b>	1	2.2	8	17.8	9	20.0
<b>28 - 37</b>	7	15.5	10	22.2	17	37.7
<b>38 -47</b>	17	37.7	2	4.4	19	42.2
<b>TOTAL</b>	25	55.6	20	44.4	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos por observación y la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio.

El cuadro que antecede expresa que, de la totalidad de la muestra en estudio, 42.2% de mujeres que acuden al consultorio de ginecología pertenecen al grupo etareo de 38 – 47 años, de ellas 37.7% presentan disfunción sexual Y 4,4% no presentan; 37.7% al grupo de 28 – 37 años, de ellas, 22.2% no presentan ninguna alteración sexual y 15.5% si presentan disfunción sexual. 20.0% corresponden al grupo etareo 18-27 años, de ellas, 17.8% no presentan alteración sexual y 2.2% presentan disfunción.

En un estudio epidemiológico realizado en 1749 mujeres adultas norteamericanas se demuestra que la Disfunción Sexual Femenina afecta al 43% de ellas, y está relacionada directamente a la edad avanzada. Dentro de las disfunciones sexuales más frecuentes, destacan: Bajo deseo sexual o inapetencia (22%), Dificultades en la excitación o frigidez (14%) y Dispareunia (7%)<sup>(18)</sup>.

Las Disfunciones sexuales femeninas pueden estar relacionadas con la edad, nivel socioeconómico, cultura, experiencias sexuales, destrezas o sensibilidad de la pareja sexual, circunstancias del primer encuentro sexual y

subsecuentes encuentros, y nivel de autoestima, entre otros. A medida que se avanza en las investigaciones, se aprecia un aumento de la prevalencia de esta patología, tal vez solo, estamos logrando sacar a la luz, la verdadera incidencia de este problema femenino. En Panamá no hay registros estadísticos, pero en estados Unidos se estima que 30 a 50 mujeres de cada 100 están afectadas por DS. De este grupo un 35% manifiesta falta de interés sexual o no experimenta orgasmos; el 20% tienen problemas de lubricación o simplemente no encuentran el sexo placentero; y solo el 10% reciben tratamiento. En los estados Unidos un importante número de pacientes son jóvenes, sanas y sin factores de riesgos para esta patología, que de recibir tratamiento, podrían disfrutar de una vida sexual plena y satisfactoria. (Disfuncion sexual femenina<sup>(19)</sup>)

Al respecto,

*"La disfunción sexual en la mujer puede ser debido a una causa orgánica o a un problema psíquico- emocional, por lo cual no responde a un estímulo y no llega al orgasmo. Cuando es joven tendrá una conducta de mucha aceptación y facilidad al estímulo sexual, pero hay todo un ciclo en la mujer y a partir de los 40 años disminuye la producción de hormonas que son los estrógenos, declinando su función sexual (climaterio). También suceden problemas orgánicos como la incontinencia, ginecológicos, como cuando le extirpan el útero y los ovarios provocándole un climaterio y una menopausia prematura<sup>(20)</sup>.*

Los resultados mostrados en la presente investigación indican la alta frecuencia de disfunción sexual femenina, alteración estrechamente relacionada con la edad de la mujer, El cuadro muestra cómo evoluciona la DFSF de acuerdo a los grupos etareos.

En conclusión, podemos afirmar que la disfunción sexual femenina tiene relación directa con la edad, pues a medida que se incrementa la edad, también se extiende la disfunción sexual. Por ello se hace necesaria la intervención del profesional de enfermería a fin de realizar una detección temprana y su respectivo tratamiento.

### CUADRO N° 05

#### FUNCION SEXUAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011

GRADO DE INSTRUCCION	DISFUNCION		SIN ALTERACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIN GRADO	4	8.9	6	13.3	10	22.2
PRIMARIA	6	13.3	6	13.3	12	26.7
SECUNDARIA	3	6.7	5	11.1	8	17.8
SUPERIOR	12	26.7	3	6.7	15	33.3
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>55.6</b>	<b>20</b>	<b>44.4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Datos obtenidos por observación y la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio.

El cuadro que antecede muestra que, del 100% de la muestra en estudio, 33.3% de las unidades en estudio refieren tener grado de instrucción superior, de ellas, 26.7% presentan disfunción sexual y 6.7% no presenta; 26.7% tienen grado de instrucción primaria, de ellas, 13.3% no tienen alteración sexual y disfunción sexual respectivamente; 22.2% no tienen grado de instrucción, de ellas, 13.3% no presentan alteraciones sexuales y 8.9% presentan disfunción; 17.8% tienen secundaria, de ellas, 11.1% no refieren alteración sexual y 6.7% presenta disfunción.

Las DS femeninas son problemas de salud que tienen diversos orígenes, comúnmente combinan aspectos orgánicos, psicológicos, personales, sociales y culturales. Dentro de los problemas orgánicos se incluyen factores físicos como enfermedades, traumas, lesiones neurológicas, incontinencias o fistulas urinarias, efectos de medicamentos o uso de drogas ilícitas.



No se encontraron referencias de la disfunción sexual femenina relacionada con el grado de instrucción, sin embargo debemos expresar que de los resultados mostrados en el presente cuadro aparentemente la frecuencia de disfunción es mayor en las mujeres con grado de instrucción superior y menor en proporción en las que no tienen instrucción.

En conclusión, el grado de instrucción no está asociado a la disfunción sexual. La prueba de correlación Pearson ( $r = -.287$ ) indica una correlación negativa baja. Por lo que los resultados mostrados se deben al número de unidades de análisis agrupadas en grados de instrucción. No se encontraron estudios que mencione el grado de instrucción como un factor asociado o causal.

**CUADRO N° 06**

**FUNCION SEXUAL SEGÚN PARIDAD DE LAS MUJERES QUE ACUDEN  
AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
"MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO, 2011**

PARIDAD	DISFUNCION		SIN ALTERACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1-2	3	6.7	3	6.7	6	13.3
3-4	8	17.8	4	8.9	12	26.7
> de 4	14	31.1	13	28.9	27	60.0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>55.6</b>	<b>20</b>	<b>44.4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Datos obtenidos por observación y la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio.

El presente cuadro indica que del 100% de la muestra estudiada, 60.0% de mujeres han tenido 4 a más hijos, de ellas, 31.1% presentaron disfunción sexual y 28.9% ninguna alteración sexual; 26.7% tuvieron entre 3 – 4 hijos, de ellas, 17.8% presentaron disfunción sexual y 8.9% no presentaron; 13.3% refirieron una paridad de 1-2 hijos, de ellas, 6.7% se encontraban sin alteración sexual y disfunción respectivamente.

Respecto a otros factores relacionados con la sexualidad femenina, la paridad mayor a dos hijos resultó tener un impacto negativo en la sexualidad femenina en nuestro modelo de regresión logística. En la literatura, estudios realizados en gemelas, reportaron que mujeres nulíparas tenían función sexual superior comparada con mujeres genotípicamente idénticas con paridad mayor a 2 hijos<sup>(21)</sup>.

En la investigación, "Prevalencia de disfunción sexual en mujeres en edad reproductiva(Chile, 2012)", en un modelo de regresión logística, el riesgo de disfunción sexual aumenta entre las mujeres que perciben tener

problemas de salud (odds-ratio (OR) 3-9, y el 95% intervalos de confianza o (IC 95%): 1.1-13-8), las mujeres mayores de 48 años (OR 1,9, IC 95%: 1.1-3-4) y las mujeres que dieron a luz a dos o más hijos (OR 1,8, IC 95%: 1.0-3-1)<sup>(22)</sup>.

Los resultados mostrados en el presente cuadro indican que la variabilidad de de la disfunción sexual relacionado con la paridad se debe a la mayor frecuencia de paridad, así el 26,7 de mujeres tienen de 3 a 4 hijos y 60,05 mayor de 4 hijos; como se observa la población se incrementa a medida que aumenta la paridad. Por se afirma que no existe relación directa entre paridad y disfunción sexual. Resultados que difieren con los encontrados por los autores mencionados.

En conclusión, la disfunción sexual femenina en las mujeres que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, no tiene relación con la paridad. Los resultados, sometidos a la prueba estadística de correlación de Pearson arrojan el coeficiente  $r = - ,042$  muy cercana a 0 , por lo que se expresa que no existe una relación directa entre disfunción sexual femenina de la muestra en estudio con la paridad de las mismas, es decir a el coeficiente cercano a cero indica relación nula.

**CUADRO N° 07**  
**FUNCION SEXUAL SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE**  
**ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL**  
**REGIONAL “MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA”, AYACUCHO, 2011**

ESTADO CIVIL	DISFUNCION		SIN ALTERACION		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERA	1	2.2	2	4.4	3	6.7
CASADA	16	35.6	10	22.2	26	57.8
VIUDA	0	0.0	2	4.4	2	4.4
DIVORCIADA(SEPARADA)	1	2.2	4	8.8	5	11.1
CONVIVIENTE	7	15.5	2	4.4	9	20.0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>55.6</b>	<b>20</b>	<b>44.4</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Datos obtenidos por observación y la aplicación del test IFSF a la muestra en estudio.

El presente cuadro muestra que, de la totalidad de la muestra en estudio, 57.8% son casadas, de ellas, 35.6% presentan disfunción sexual y 22.2% refieren ninguna alteración sexual; 20.0% son convivientes, de ellas, 15.5% presentan disfunción sexual y 4.4% no presentan disfunción sexual; Del 11.1% de separadas, 8.8% no presentan alteración sexual y 2.2% presentan disfunción.

El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), es una escala diseñada para evaluar la sexualidad y diagnosticar la presencia de la disfunción sexual en las mujeres.

En el estudio Prevalencia de disfunción sexual en mujeres en edad reproductiva. Chile( 2009 ) El FSFI se aplicó a 370 mujeres sanas de edades comprendidas entre 40 y 59 años de edad ( $49 \pm 6$  años) y se encontró entre otros el siguiente resultado: 56,0% de las mujeres estaban casadas, 44% eran posmenopáusicas, el 6% utiliza la terapia de reemplazo hormonal, el

67% eran sexualmente activos, y la disfunción sexual estaba presente en el 57% de ellos<sup>(22)</sup>.

En el Perú no existen registros de Disfunción sexual femenina, por lo que se carece de datos. Sin embargo, a través de la presente investigación se logró identificar que la disfunción sexual femenina en la muestra en estudio se comporta en función al estado civil, así el mayor porcentaje de mujeres con disfunción sexual son casadas y convivientes (77.8%): las razones de este porcentaje radica en que las mujeres casadas y convivientes tiene mayor actividad sexual que las que no tienen pareja.

En conclusión la disfunción sexual femenina identificada en la muestra, no tiene relación con el estado civil; sometido los datos a la prueba estadística de correlación de Pearson, se obtiene el coeficiente de ,050, que se interpreta como nula, por estar cercano a 0. En consecuencia no existe correlación directa entre las variables disfunción sexual y el estado civil.

## CONCLUSIONES

Tras lo expuesto anteriormente podemos concluir:

1. Se determina que la incontinencia urinaria influye en la disfunción sexual femenina, lo cual es comprobada por la prueba de correlación de Pearson( $r=-.425$ ), y se acepta la hipótesis de investigación.
2. Altos porcentajes de la muestra estudiada(64.4%) presentaron incontinencia en sus diferentes tipos: Incontinencia de Esfuerzo (24.4%), Incontinencia de Urgencia(20.0%) e Incontinencia Mixta (20.0%)
3. La aplicación del IFSF, a la población en estudio muestra porcentaje altos de disfunción sexual(55.6%). estudiada presentó puntuación mínima: 3.3 y máxima:27.6.
4. Los resultados obtenidos de la muestra en estudio, difieren de los estándares Americanos y por lo tanto no podemos aplicar sus puntos de corte a la hora de evaluar el test FSFI y diagnosticar a una mujer de disfunción sexual con los valores aplicados por los investigadores americanos.

## **RECOMENDACIONES.**

- 1. Se propone un programa de orientación a las usuarias que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Angel Mariscal Llerena", Ayacucho, para que descarten la vergüenza y temor de consultar los temas relacionados a incontinencia urinaria y función sexual.**
- 2. Asimismo un programa de detección temprana de estos problemas e implementar un consultorio sobre sexualidad para las usuarias.**
- 3. Realizar estudios cualitativos y cuantitativos con una población probabilística.**

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. World Health Organization Calls First International Consultation on Incontinence. Press Release WHO/49, 1 July 1998. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html>
2. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynecol Obstet 2003.
3. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá J L, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, González- Segura Alsina D, Arumi D. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC Actas Urológicas Españolas 2009.
4. Coyne K.S., Sexton C.C., Irwin D.E., Kopp Z.S., Kelleher C.J., Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. BJU Int. 2008
5. García, Herney; López Ramos, Hugo; Carbonell Gonzalez, Jorge, Castillo, Diego. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la salud sexual femenina. urol.colomb. Vol. XIX, No. 3, 2010
6. Cassio Riccetto. Aplicaciones clínicas de la Teoría Integral de la Continencia Universidad Estatal de Campinas, Unicamp, Sao Paulo, Brasil.



7. Kamei, J; Kamei, L. Estudio de prevalencia e impacto en calidad de vida de la infección urinaria, incontinencia urinaria, y disfunción sexual en mujeres que concurren a control rutinario en consultorio externo de gineco-obstetricia. Revista de la Sociedad Chilena de Urología Volumen 70 / N° 4 Año 2005.
8. Modroño Freire, M.J. Cuña Ramos, F.O.M. Valero Paternain, M. Pilar Gayoso Diz, P. Montserrat Blanco Ramos, M. Sánchez Cougil, M.J. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida, Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212- 6567, Vol. 34, N° 3, 2004 , págs. 134-139
9. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in woman in four European countries. BJU Int 2004
10. Viana Zulaica C, Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Fuentes Lema MD, Sánchez Rodríguez-Losada. Incontinencia urinaria. Protocolos FMC. 4/2010.
11. Wein AJ y col, Campbell-Walsh. Urología, 11. Saunders Elsevier, Vol. 3, 9na Edición, 2007; Págs. 2046-2077
12. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Urology 2003; 61:37-49.
13. Frank, MD. Mistretta, P. Will, C. Diagnóstico y Tratamiento de la disfunción sexual femenino, .642 de American Family Physician [www.aafp.org](http://www.aafp.org) / AFP Volumen 77, Número 5 ♦ 01 de marzo 2008.
14. Francisco Javier Molina Torres. . Disfunción sexual un problema oculto. Disponible en: [www.susmedicos.com/art\\_disfuncion\\_sexual\\_femenina.htm](http://www.susmedicos.com/art_disfuncion_sexual_femenina.htm)

15. Jorge Hdez/Liliana Almeida/Francisco Uri. Encuesta del Instituto Mexicano de Sexología. Encuesta Nacional sobre Sexualidad realizada por el Laboratorio Pfizer, Asociación Mexicana de Salud Sexual, Agosto, 2009
16. Salonia A, Zanni G, Nappi R y colaboradores. La Disfunción Sexual es Común en Mujeres con Síntomas del Tracto Urinario Inferior e Incontinencia Urinaria: Resultados de un Estudio Transversal Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) 2002
17. García, H.A.; López, H.; Carbonell, J.; Castillo, D. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la salud sexual femenina urol.colomb. Vol. XIX, No. 3: pp 59-67, 2010
18. Arrus Soldí, José Antonio, Disfunción Sexual Femenina. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Sociedad nacional de ginecología y obstetricia. Lima, Perú. 2012
19. Disfunción sexual femenina(DFS) Panamá 2012. Disponible en [www.saludpanama.com/disfuncion-sexual-femenina-dsf](http://www.saludpanama.com/disfuncion-sexual-femenina-dsf).
20. Polanco Mendoza, Rosalyn. Hurgando en la sexualidad femenina. Entrevista especiales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2004
21. Botros S, Abramov Y, Miller J, Sand P, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg R. Effect of Parity on Sexual Function. Obstet Gynecol 2006
22. Figueroa J Rodrigo, Jara A Daniela, Fuenzalida P Andrea, del Prado A Mónica, Flores Daniel, Blumel Juan E. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2012 Mar 18] ; 137(3): 345-350. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000300004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300004&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872009000300004

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**

**CODIGO.....**

**ANEXO A**

**ENTREVISTA**

**I. DATOS GENRALES.**

Edad:.....

Procedencia.....

Grado de instrucción.....

Estado civil.....

Paridad.....

**DATOS ESPECIFICOS:**

**Tabla de Clasificación clínica de la IU (cuestionario IU-4)**

<b>N°</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA (SI – NO)</b>	
1	¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico*?		
2	¿Se le presentan bruscamente las ganas de orinar?		
3	¿Se le ha escapado la orina porque no le da tiempo a llegar al baño?		
4	Por causas de los escapes de orina al presentarse bruscamente las ganas de orinar, ¿ha necesitado usar algún tipo de protección?		

\*Se entiende por esfuerzo físico subir o bajar escaleras, reír, toser, estornudar

ESCALA DE MEDICIÓN:

La primera pregunta identifica IUE.

La segunda y tercera preguntas identifican incontinencia urinaria de urgencia.

Identificamos incontinencia urinaria mixta si la respuesta es positiva a la pregunta 4 y ha sido positiva a la pregunta 1, y a la 2 ó la 3.

## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**

CODIGO.....

### **Anexo B**

#### **ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)**

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

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

**Marque sólo una alternativa por pregunta:**

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

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

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

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

- Muy alto

- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

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

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

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

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

- \_ No tengo actividad sexual
- \_ Muy alto
- \_ Alto
- \_ Moderado
- \_ Bajo
- \_ Muy bajo o nada

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza

- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

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

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible



- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto

- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

**Puntaje del índice de función sexual femenina (IFSF)**

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MINIMO	MAXIMO
DESEO	1-2	1-5	0,6	1,2	6
EXCITACIÓN	3-6	0-5	0,3	0	6
LUBRICACION	7-10	0-5	0,3	0	6
ORGASMO	11-13	0-5	0,4	0	6
SATISFACCION	14-16	0-5	0,4	0,8	6
DOLOR	17-19	0-5	0,4	0	6
RANGO TOTAL				2	36