

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30
AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR
DISFUNCIÓN SEXUAL**

PRESENTADO POR LA BACHILLER

LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS
VIRTUAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA
CIRUJANA**

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSc, MD

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSE ANTONIO GRANDES URBINA

ASESOR DE TESIS

LIMA, PERÚ 2021

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Dr. Dante Quiñones por los consejos, el apoyo y la ayuda brindada para poder culminar este trabajo de investigación. Así mismo agradecer a mi familia, amigos y docentes que me brindaron su apoyo incondicional durante todo este proceso.

DEDICATORIA

A mi mami por ser quien siempre estuvo conmigo durante toda mi carrera. Quien con sus palabras y consejos me supo guiar.

A mi papa, por enseñarme la importancia de estar presente en los buenos y malos momentos.

A mis papitos, Irma y Lidio Espinoza, Luisa C. y Ricardo Mescua, por el apoyo incondicional y su inmenso amor durante todos mis años de estudio.

A Miluska y Martin Mescua, mis hermanitos, por siempre estar presentes en mi aciertos y desaciertos e impulsarme a ser mejor cada día.

A José Antonio, Jacko, Jasper, Lester por enseñarme la importancia de la unión familiar, y por la bendición de tenerlos como familia

A Gladys, mi querida tía, que lleno siempre de alegría, de paciencia a la familia.

A mi querida familia, por siempre estar presente y alegrarse con mis triunfos. Los amo.

RESUMEN

Introducción: El sueño está relacionado al ámbito sexual, las mujeres universitarias jóvenes están sometidas a un estilo de vida que afecta su calidad y cantidad de sueño

Objetivo: Identificar si el trastorno respiratorio del sueño en mujeres jóvenes de 18 a 30 años es un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual en la Universidad Ricardo Palma durante el periodo de noviembre de 2019 a enero de 2020

Metodología: Estudio transversal, analítico. En estudiantes jóvenes de la Universidad Ricardo Palma. Se usó un formulario de recolección de datos el cual incluyó el cuestionario de Berlín (trastorno respiratorio del sueño) y el Índice de función sexual femenina (disfunción sexual). Se hallaron razones de prevalencia al 95% de confianza, usando la regresión de Poisson y considerando $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: Se incluyeron un total de 574 participantes, de entre 18 a 30 años, la mediana de edad fue de 26 años, con un rango intercuartílico de 21 a 27 años. La frecuencia de disfunción sexual y trastorno respiratorio del sueño fue de 43.6% y 11%, respectivamente. Así mismo se encontró que el trastorno de sueño con alta probabilidad tiene un RP crudo de 1.41 (1.12-1.78) con un $p < 0.05$ y un RP ajustado de 1.35 (1.08-1.70) con un valor de $p = 0.01$ en relación a las de baja probabilidad. Además, se halló que las participantes casadas tenían un RP crudo de 1.51 (1.12-2.02) con una $p < 0.05$ y un RP ajustado de 1.49 (1.13-1.98) con una $p < 0.05$ con respecto a las solteras.

Conclusión: Plantear estrategias de sanitarias de prevención precoz para ambas patologías que merman la calidad de la salud integral de la población peruana

Palabras claves: (DeCS): disfunción sexual femenina, trastorno respiratorio del sueño, cuestionario de Berlin, IFSF

ABSTRACT

Introduction: Sleep is related to the sexual sphere, young university women are subjected to a lifestyle that affects their quality and quantity of sleep

Objective: To identify whether respiratory sleep disorder in young women between the ages of 18 and 30 is a risk factor for developing sexual dysfunction at the Ricardo Palma University during the period from 2019 to January 2020.

Methodology: Cross-sectional, analytical study. In young students of the Ricardo Palma University. A data collection form was used which included the Berlin questionnaire (sleep breathing disorder) and the Female Sexual Function Index (sexual dysfunction). Prevalence ratios were found at 95% confidence, using the Poisson regression and considering $p < 0.05$ as significant.

Results: A total of 574 participants were included, between 18 and 30 years old, the median age was 26 years, with an interquartile range of 21 to 27 years. The frequency of sexual dysfunction and sleep-disordered breathing was 43.6% and 11%, respectively. Likewise, it was found that the sleep disorder with high probability has a crude PR of 1.41 (1.12-1.78) with a $p < 0.05$ and an adjusted PR of 1.35 (1.08-1.70) with a value of $p = 0.01$ in relation to those of Low probability. In addition, it was found that married participants had a crude PR of 1.51 (1.12-2.02) with a $p < 0.05$ and an adjusted PR of 1.49 (1.13-1.98) with a $p < 0.05$ with respect to single women.

Conclusion: Propose early prevention health strategies for both pathologies that reduce the quality of comprehensive health of the Peruvian population

Key words: (DeCS): female sexual dysfunction, sleep breathing disorder, Berlin questionnaire, IFSF

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 1.1. Descripción de la realidad problemática: planteamiento del problema
- 1.2. Formulación del problema
- 1.3 justificación de la investigación
- 1.4. Delimitación del problema:
- 1.5 objetivos de la investigación
 - 1.5.1. Objetivo general
 - 1.5.2. Objetivos específicos

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes de la investigación
- 2.2. Bases teóricas
- 2.3. Definición de conceptos operacionales

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

- 3.1. Hipótesis: general, específicas
- 3.2. Variables principales de investigación

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

- 4.1. Tipo y diseño de investigación
- 4.2. Población y muestra
- 4.3. Operacionalización de variables
- 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos
- 4.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- 5.1. Resultados
- 5.2. Discusión de resultados

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 6.1. Conclusiones
- 6.2. Recomendaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis

ANEXO 2: Carta de compromiso del asesor de tesis

ANEXO 3: Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaría académica

ANEXO 4: Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el comité de ética en investigación

ANEXO 5: Acta de aprobación del borrador de tesis

ANEXO 6: Reporte de originalidad del turnitin

ANEXO 7: Certificado de asistencia al curso taller

ANEXO 8: Matriz de consistencia

ANEXO 9: Ficha de recolección de datos o instrumentos utilizados

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la realidad problemática y planteamiento del problema

La disfunción sexual femenina es un problema que afecta directa y significativamente al bienestar psíquico de la mujer. La OMS define la salud sexual como “el proceso de continua sensación y aprendizaje que se interrelaciona en el bienestar físico y con las esferas psicológicas y socioculturales”, incluyendo la cita a disfunción sexual como el obstáculo de la persona en participar y sentir placer en las relaciones sexuales.^(1,2) Se sabe que la DSF es un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta al 40% de las mujeres en algún momento de su vida.⁽³⁾

Si bien existen fuentes bibliográficas sobre DSF, hay muy pocas bases epidemiológicas que nos permitan conocer de la amplitud y magnitud de las causas psicológicas y orgánicas que disminuyen los dominios sexuales femeninos. Investigaciones internacionales previas señalan que existen factores que se asocian a la DSF como son la edad >40 años, tener >10 años de matrimonio, bajo grado de instrucción educativa, obesidad, inicio de edad precoz de las relaciones sexuales. Así mismo señalan la presencia de factores protectores como son: <40 años, tener educación sobre sexualidad, pareja sexual estable y fiel, tener buena comunicación con su pareja.^(1,4-6)

En el Perú se han realizados limitados estudios sobre la DSF. Estos pocos estudios tuvieron como poblaciones mujeres de 18 a 50 años con o sin una patología de fondo diagnosticada. Dichos estudios demostraron que la mujer peruana tiene como factores protectores: el estar casada, el tener menos 2 hijos, y como factores de riesgo principalmente: el bajo nivel educativo, obesidad, maltrato físico y psicológico de parte de sus parejas, y la ansiedad.^(7,8) Sin embargo, el trastorno respiratorio del sueño (TRS) como factor de riesgo para la DSF es algo que aún no ha sido estudiado en nuestra población peruana femenina.⁽⁹⁾

El trastorno respiratorio del sueño (TRS) es una enfermedad crónica, que viene siendo investigada desde hace más de 30 años. Diversos estudios internacionales reportaron en población masculina de 30 a 49 años en un 10%, y en un 17% a hombres de 70 a 40 años y en la población femenina de 30 a 49 años un 2 a 3% y en mujeres de 50 a 70 años un 9%. Se sabe que el TRS trae como consecuencia patológicas cardiovasculares, neurológicas y disfunciones sexuales en pacientes que no fueron diagnosticados precozmente. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Estudios en jóvenes universitarios peruanos demostraron una asociación significativa de trastornos del sueño con la población femenina ^(12,13) con similitud a estadísticas mundiales. ⁽¹⁴⁾ A nivel nacional, se cuenta con estudios en población de hombres en donde el trastorno respiratorio del sueño resulto ser el factor de riesgo de diversas patologías sexuales, en donde la disfunción eréctil era de mayor prevalencia. Así mismo, la causa de la disfunción eréctil en hombres con trastorno respiratorio del sueño es multifactorial. ⁽¹⁵⁾ La disfunción eréctil en pacientes varones con trastorno respiratorio del sueño se encuentra bien descrita a nivel nacional, mientras eso no ocurre con la DSF en mujeres con trastorno respiratorio del sueño. ⁽¹¹⁾

Es por ello que el presente estudio tiene como propósito identificar la asociación entre TRS y DSF en la población de mujeres jóvenes peruanas de 18 a 30 años de la URP. Debido a que es un grupo etario con una vida sexual activa, con ello se busca fomentar la prevención de ambas patologías con un diagnóstico precoz, y así ir disminuyendo la prevalencia de TRS en personas de mediana edad. Además, fomentar en la mujer peruana la importancia de su educación sexual, con el fin de que le permita tener herramientas para conocerse y fortalecer su salud mental.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre el trastorno respiratorio y la disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la URP?

1.3. Justificación del estudio

El TRS y la DSF son patologías que en las dos últimas decenas hay ido creciendo en su incidencia, y presentándose en edades más jóvenes. Se sabe que el TRS es una enfermedad crónica, que afecta más a la población masculina de mediana edad que a la población femenina. En el 2003 presentaba una incidencia en varones de 3% a 7%, y en mujeres era de 2% a 5%, en el 2017 en varones se tuvo una incidencia de 10 a 17 % y en mujeres 3% a 9%. Actualmente el TRS se está diagnosticando en mayor aumento en niños y jóvenes. Es por ello que es importante usar herramientas que nos orienten sobre la probabilidad alta o baja de padecer TRS, como es el cuestionario de Berlín. ^(3,10,16,17)

En una revisión sistemática de sobre DSF comprendida del 2004 al 2014 se identificó una elevada prevalencia de DSF a nivel mundial, que oscila entre 5,5 a 73,2%. Durante esos años se identificó la presencia de factores de riesgo y de protección. Dentro de los factores de riesgo se encontraron: patologías médicas, que la pareja sexual sea infiel, pobre nivel educativo, edad mayor a 40 años, homosexualidad, no tener un trabajo, tener más de 10 años de matrimonio, que la pareja sexual tenga disfunción eréctil. ^{(18) (6,19)}

También se halló que los aspectos culturales, propios del lugar de la residencia, tienen un 37.1% a 43.1% de influencia en el padecimiento de la DSF. Esto se debería a que la educación sexual de los hombres y mujeres es diferente en muchas sociedades, y la nuestra no escapa de eso. Las creencias, los tabúes y prejuicios sociales limitan a la mujer y a la libertad que ella tiene de poder acceder a información sobre sexo. Si la mujer no conocedora de su sexualidad no podría reconocer si algo está fallando en su vida sexual. ^(13,20-22) En el Perú existen limitados estudios que evalúan a la DSF y sus factores riesgos. Dichos factores de riesgos encontrados en nuestra población peruana son: ansiedad, habito de fumar, bajo grado de educación, y como factores protectores: el estar casada. Sin embargo, no hay muchas investigaciones que estudien la asociación TRS con DSF, pero si hay descrita una asociación significativa de TRS con disfunción eréctil en la población de varones peruanos. ⁽¹³⁾

Por ello es de vital importancia poder estudiar la asociación entre TRS y DSF, con el objetivo de identificar dicha asociación para poder brindar a la población de jóvenes peruana de 18 a 30 años medidas preventivas para diagnóstico oportuno y precoz para ambas patologías. Además, fomentar en la población peruana el interés por la educación sexual, el interés por conocerse más, por preocuparse por su salud mental. Ambas patologías son un problema de salud pública debido a que no solo sufre el que las padece sino también su entorno social.

1.4 Delimitación del problema: línea de investigación

El estudio se delimita en la Universidad Ricardo Palma para las jóvenes universitarias de 18 a 30 años de edad. La línea de investigación se centra dentro del problema sanitario nacional: Salud mental, priorizando la promoción y prevención de la salud mental.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

- Identificar la asociación entre el trastorno del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma

1.5.2 Objetivos específicos

- Establecer la asociación de la edad como factor riesgo de disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma
- Identificar la asociación del IMC como factor de riesgo de disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma
- Determinar la asociación de la edad de inicio de las relaciones sexuales como factor de riesgo de disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma
- Establecer la asociación del estado civil como factor de riesgo de disfunción

sexual en jóvenes universitarias de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma.

- Identificar la asociación de la religión como factor de riesgo para disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes nacionales

Dávila del Castillo et al. en un estudio no experimental, transversal de “Satisfacción sexual en mujeres profesionales y no profesionales de la Ciudad de Tarapoto” en el 2017 en una población de 200 mujeres profesionales y no profesionales, con edades comprendidas de 23 a 50 años. Tuvo como variable de estudio la satisfacción sexual femenina y el grado de estudios. Uso como instrumento de medición la Escala de Satisfacción del Acto Sexual Femenino GER. Tuvo resultados de acuerdo a la literatura, en donde se demostró una diferencia significativa entre el grupo de mujeres profesionales y no profesionales con respecto a la satisfacción sexual ($t=3.105$ $p=0.002$). La misma diferencia se halló en cuanto a los dominios de excitación y orgasmos. Del mismo modo se observa en las dimensiones de excitación, meseta, orgasmo y resolución ($t=3.251$ $p=0.001$; $t=2.217$ $p=0.028$; respectivamente). Concluyo en la asociación significativa entre el grado de estudio con la satisfacción sexual. ⁽²³⁾

Díaz Vélez et al. en un estudio de casos y controles de “Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú” en donde participaron 342 mujeres, teniendo como variables de estudio: síndrome metabólico, ansiedad y depresión, estado civil, fumar, alcohol, menopausia, grado de instrucción, ocupación, número de embarazos. Como instrumentos de medición usaron el Índice de Función Sexual Femenina. Se concluyo que la

disfunción sexual femenina en la mujer peruana se encuentra asociada a diversos factores psico demográficos como estado civil (viuda) ((IC95%: 2,36-17,84, $p<0,05$), pobre salud mental (ansiedad) (IC95%: 1,10-1,45, $p<0,05$) y el hábito de fumar (IC95%: 1,08- 4,76, $p<0,05$). Además, se encontró como factores protectores el estar casada con un OR de 0,60 (IC95%:0,38-0,95, $p<0,05$) y el grado de instrucción superior con OR de 0,50 (IC95%: 0,32-0,80, $p<0,05$).⁽⁷⁾

Carreño Luna et al. en un estudio de “Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino “en el 2017 en una muestra de 36 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, con edades comprendidas de 31 a 46 años. Se tuvo como variables de estudio: estrés y el funcionamiento sexual. Uso como instrumento de medición el Cuestionario de Estrés Percibido y el Índice de Funcionamiento Sexual Femenino. Obteniéndose que no habría relación significativa entre ambas variables de estudio. Se reporto que no existía relación significativa entre las variables de estudio, sin embargo, si se encontró asociación entre la edad y la disminución del deseo sexual($p=.035$), también que las mujeres que practican alguna religión tienen mayor satisfacción sexual ($p=0.024$) comparado con aquellas que no tienen religión. ⁽⁸⁾

Gutiérrez Velarde et al. un estudio transversal de “Disfunción eréctil asociado a trastorno del sueño en estudiantes adultos jóvenes de la Universidad Ricardo Palma en el año 2018” conto con una muestra de 381 estudiantes, uso como instrumentos de medición la encuesta de Pittsburgh, el cuestionario de Berlín y el Índice internacional de función eréctil. Dentro de los resultados que obtuvo el 54% tenían algún grado de disfunción eréctil, se encontró la asociación entre disfunción eréctil y las variables de mala calidad del sueño ($P=0.001$) y apnea del sueño ($p=0.008$) ⁽¹⁵⁾

2.1.2 Antecedentes internacionales

Kadir Onem et al. en un estudio control de “Is Sexual Dysfunction in Women with Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome Associated with the Severity of the Disease? A Pilot Study” se trabajó con 26 pacientes con diagnóstico de SAOS,

uso como instrumentos de medición a el Índice de función sexual femenina, inventario de depresión de Beck y niveles hormonales séricos (estradiol, prolactina, testosterona total y libre y dihidroepiandrosterona) en donde se concluyó que el SAHOS se asocia con una disminución significativa de la función sexual femenina. Lo que también se encontró fue que la gravedad del SAHOS no está relacionada con el grado de disfunción sexual femenina ⁽⁹⁾

Kalmbach et al. en un estudio piloto “The impact of sleep on female response and behavior” donde tuvo como variables de estudio la calidad de sueño, duración del sueño y la función sexual femenina. Uso como instrumentos de medición la Encuesta de Pittsburg, el Índice de función sexual femenina y el Perfil de función sexual femenina (PFSF). Obtuvo como resultado que a más horas de sueño aumentaba el deseo sexual ($p=0.02$) y que un aumento de 1 hora en la duración del sueño correspondía a un aumento del 14% en las probabilidades de participar en actividades sexuales en pareja ($P<0.05$). Así mismo dormir más se relacionó con una peor excitación genital al día siguiente ($P<0.01$). Además, se mostró que las mujeres con una duración promedio del sueño más prolongada tenían una mejor excitación genital que las mujeres con una duración promedio del sueño más corta ($P=0.03$). ⁽²¹⁾

Sang-Ahm et al. en un estudio de “Sleep hygiene and its association with daytime sleepiness, depressive symptoms, and quality of life in patients with mild obstructive sleep apnea”, con una población de 260 personas con diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño leve, de los cuales más del 10% tenían mala higiene del sueño, un 22% menos de probabilidades de tener un sueño inadecuado que los hombres y un 59% menos de probabilidades de tener apnea del sueño. Sin embargo, presentaban un 64% más de probabilidades de tener insomnio y un 49% más de probabilidades de tener somnolencia diurna se encontró que tanto la edad joven como los hombres se asociaban a una mala calidad de sueño (ambos $p < 0,01$). La mala higiene del sueño se asocia indirectamente con la depresión y somnolencia ($p < 0,05$). La edad, el sexo, y el índice de masa corporal no se relacionaron con la somnolencia y depresión. ⁽²⁴⁾

Blumel M. et al en un estudio de “Índice de Función Sexual Femenina: un test

para evaluar la sexualidad” la investigación conto con 387 mujeres de 20 a 59 años de edad, las variables de estudio fueron: educación, edad, estado civil, grado de instrucción, disfunción sexual. De las 387, las casadas representaban el 50,4% o convivientes 17%. Se obtuvo como resultado que la disfunción sexual aumenta significativamente después de los 44 años (OR:3,6; IC: 2,1-6,3; $p < 0,0001$). El grado de educación superior y tener una pareja estable son factores protectores (OR: 0,45; IC:0,28-0,80; $p < 0,005$ y OR:0,58; IC:0,35-0,98; $p < 0,05$ respectivamente).⁽²⁵⁾

Chavez-Gonzales et al. en un estudio de “Evaluación del riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño y somnolencia diurna utilizando el cuestionario de Berlín y las escalas *Sleep Apnea Clinical Score* y *Epworth* en pacientes con ronquido habitual atendidos en la consulta ambulatoria” en 230 personas de las cuales 56,5% eran hombres, y 43,5% mujeres. Se utilizaron instrumentos de medición como Escala de Epworth, cuestionario de Berlin, SACS. Se encontró como resultados que el perímetro de cuello, circunferencia abdominal e índice de masa corporal, la cantidad de horas de sueño fueron las características asociadas de manera más consistente con el riesgo de SAOS. La correlación entre las escalas de SACS y Berlin fue de 0,55, entre las escalas SACS y Epworth de 0,22 y entre Berlín y Epworth de 0,35 ($p < 0,001$ para todas las comparaciones).⁽²⁶⁾

Leal Romero et al. en un estudio observacional descriptivo y de corte transversal de “Trastornos en la sexualidad en pacientes diagnosticados con el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño” participaron 100 adultos; 50 mujeres y 50 varones, de edades comprendidas entre 20 a 60 años. Se encontró que el 60% de los adultos estudiados estaban con IMC clasificado como obesos, 34 % como sobrepeso y 6%, en rangos normales. También se encontró Que el 70% tenía trastorno de la libido relacionada a la disfunción sexual.⁽²⁷⁾

Francesco Fanfulla et al. en un estudio “Disfunción sexual en mujeres obesas: ¿juega un papel la apnea obstructiva del sueño?” Se estudio a 46 mujeres con un IMC $> 30 \text{ kg} / \text{m}^2$, se usaron como instrumentos de medición IFSF, encuesta de Epworth, polisomnografía estándar, FSFD, PSS. Se encontró 31 mujeres con

OSA, 14 con DSF; dentro de las cuales 10 tenían DSF y OSA. Se concluyó que la gravedad de OSA tenía asociación con la gravedad de DSF. ⁽²⁸⁾

C Stavaras et al. en un estudio control analítico de “Sexual function in pre- and post-menopausal women with obstructive sleep apnea síndrome” tuvo como variables de estudio la disfunción sexual femenina, SAOS. 43 mujeres premenopáusicas; edad media 42 con una desviación estándar de +/- 4.9, y 58 en el grupo de mujeres post menopáusicas. Se aplicaron en todas ellas la polisomnografía, con el fin de identificar quienes de ellas tenía OSA y quienes no. Se encontró que en el grupo de las premenopáusicas con OSA se halló que el 67% tuvo DSF, mientras que aquellas que no tenían OSA solo se halló el 46% de DSF. En la población postmenopausias se encontró que en las que tenían OSA tuvieron un 96% de DSF, mientras que las que pertenecían al grupo de no OSA tuvieron un 41% de DSF. Se concluyó que las mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas con OSA tienen peor disfunción sexual en comparación con quienes no sufren de OSA. Así mismo, se encontró que en las mujeres postmenopáusicas los factores que agravarían aún más la disfunción sexual serían la edad y el IMC. Además, la progesterona juega un papel importante en la asociación entre la OSA y DSF en las mujeres premenopáusicas. ⁽²⁹⁾

Szymon Skoczyński et al. en un estudio “Sexual disorders and dyspnoea among women with obstructive sleep apnea” se evaluaron a 23 mujeres con diagnóstico de Trastorno respiratoria del sueño. Se usó el cuestionario de cambios en el funcionamiento sexual (CSFQ) Se encontró que las mujeres con TRS tenían peor función sexual, con mayor riesgo de desarrollar DSF en un futuro en comparación con aquellas mujeres sin TRS, disminución del deseo sexual, así mismo tenían una puntuación alta de NYHA. Se concluyó que el trastorno del sueño no influye en la disfunción sexual en las mujeres, pero sí puede influir en la disminución del desempeño sexual. ⁽³⁰⁾

Marian Petersen et al. en un estudio “Sexual Function in Female Patients with Obstructive Sleep Apnea” se estudió 80 mujeres de edades comprendidas entre 28 a 64 años. Se usó como instrumentos de medición IFSF, Escala de angustia sexual, Lisat-11. Se encontró como resultados que aquellos que tenían TRS tenían mayor riesgo de tener dificultades sexuales, así mismo la escala de angustia indicó una mayor prevalencia de la angustia en quienes tenían TRS. Se

concluyo que la sexualidad de las mujeres con TRS tienen una afectación negativa. ⁽³¹⁾

Shyam Subramanian et al. en su estudio “Sexual dysfunction in women with obstructive sleep apnea” se estudió 25 mujeres premenopáusicas con diagnósticos de OSA y 11 mujeres premenopáusicas sin OSA. A todas ellas se les aplicó el IFSF, en donde se encontró en el grupo de OSA el 11% tenía DSF, mientras que aquellas que no padecían de OSA, se encontró 0% de DSF. No se encontraron como factores asociados a la DSF a la edad, obesidad, gravedad de TRS y el estado anímico. ⁽³²⁾

Moreau et al en su estudio “Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern” donde tuvo una población de 2309 jóvenes entre 15 a 24 años. En donde la edad media que se encontró para el debut sexual fue La edad media informada al momento del debut sexual fue de 16,5 años para las jóvenes y 15,8 años para varones. Además, un 21% de disfunción sexual dentro de la categoría de edades comprendidas entre 15 a 19 años. Así mismo, el 48% mujeres eran más propensas a informar al menos una disfunción sexual frente al 23% de los varones. Los principales problemas de disfunción sexual que las jóvenes reportaron fueron 26% falta del deseo sexual, 21% dolor durante el coito y 31% anorgasmia, que según lo que ellas indicaron estos problemas ocurrían de forma regular ($p < 0,001$).⁽³³⁾

Ortega et. al. en su estudio transversal “Prevalencia de la disfunción sexual femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. encontró 60.4% de prevalencia de DSF. Hubo un 60.7% de mujeres que informo de dolor durante el coito, disminución del deseo sexual y dificultad excitación ambas con una prevalencia de un 60%, falta de lubricación y anorgasmia 51.4% e insatisfacción sexual en un 41%. Se encontraron como factores asociados a la DSF el poco grado académico (OR=7.04; IC-95%=2.21–22.27; P=0.0001), una edad comprendida entre 41 a 60 años (OR=5.72; IC-95%=3.37–9.70; P=0.0001), ansiedad (OR=2.70; IC-95%=1.44–5.04; P=0.002), enfermedades orgánicas de fondo (OR=2.35; IC-95%=1.44–3.82; P=0.001), cirugía pélvica anterior (OR=2.26; IC-95%: 1.31–3.90; P=0.003), ser violentada por la pareja (OR=1.95; IC-95%=1.03–3.70; P=0.047), consumo de cigarrillos

(OR=0.46; IC-95%=0.25-0.87; P=0.023) y la ingesta de alcohol (OR=0.40; IC-95%=0.17-0.91; P=0.034).⁽¹⁾

O'Sullivan et. al. en su estudio "A Longitudinal Study of Problems in Sexual Functioning and Related Sexual Distress Among Middle to Late Adolescents" en con 405 jóvenes sexualmente activos, el 79% de hombres y 84% de mujeres tuvieron disfunción sexual. En los varones se encontró 48% de insatisfacción sexual, 46% disminución del deseo sexual de afectaciones y 45% problemas relacionados a la erección, mientras que en las damas un 59% anorgasmia, 48% de insatisfacción sexual y 47% dolor durante las relaciones sexuales. Así mismo, se encontró que para los varones era más sencillo informar o dar a conocer si sufrían alguna disfunción sexual comparado con las damas.⁽³⁴⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Disfunción sexual Femenina

A. Definición:

Es la alteración de la satisfacción orgánica y sensitiva del placer sexual, que se traduce en incapacidad de tener deseo sexual, anorgasmia, dispareunia, dificultad para excitarse antes la actividad sexual. Puede ser de causa multifactorial o desconocida.^{(15) (35)}

B. Teorías sobre el ciclo sexual femenino:

Modelo de respuesta sexual Masters y Kaplan

Masters y Kaplan proponen el primero modelo del ciclo de respuesta sexual en ambos sexos, que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

El deseo sexual; la primera fase, consta de aspectos que motiven a al acto de intimar como los impulsos, las fantasías y deseos sexuales. La segunda fase, la excitación sexual, comprende la parte subjetiva del placer sexual que se le adicionan, como es la lubricación vaginal. En este modelo la meseta es tomada

como una fase aparte, considerada como un estado de excitación elevada que se lograría con un estimulación constante e intensa. La tercera fase es el orgasmo o también llamado el placer sexual máximo, se ve en esta fase las contracciones uterinas rítmicas y la eyaculación. La última fase que es la resolución, es donde se experimenta la sensación general de relajación y bienestar. Cabe señalar que el periodo refractario que está presente en los hombres, se encuentra ausente en las mujeres en su mayoría. ⁽³⁶⁾

Modelo lineal de Masters y Johnson:

EN 1950, Masters y Johnson, después de estudiar los campos de fisiología y psicología sexual humana, plantearon el modelo sexual lineal para hombres y mujeres, en donde consideraban la presencia y secuencia de los dominios de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

La primera fase: excitación tiempo un tiempo de duración que va desde minutos a horas. Hay un aumento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y de la contracción muscular, es en esta fase donde se produce la lubricación vaginal. En la segunda fase: meseta, es aquí donde se intensifican los cambios. La vejiga se cierra.

Tercera fase: orgasmo. Hay un aumento de la presión arterial, respiratoria y de las contracciones rítmicas del útero. Es en esta fase donde se manifiesta el placer sexual.

Cuarta fase: resolución, el cuerpo vuelve a los niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular, y se experimenta una sensación general de bienestar. La mayoría de las mujeres puede regresar nuevamente a la fase del orgasmo, y volver a tener orgasmos repetitivos por más de una hora. ⁽³⁷⁾

Modelo cíclico de la respuesta sexual femenina de Basson:

Basson presenta un modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en donde se presenta 3 ejes fundamentales: aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según lo planteado por Basson, las mujeres pueden

tener un deseo espontáneo que las motive a la búsqueda de la actividad sexual, o puede mantener una postura neutral ante la actividad sexual, que es lo más frecuente. Pero recalca que aquellas mujeres que se encuentren en la zona neutral con estímulos suficientes y adecuados pueden propiciar en ellas el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo. ⁽³⁷⁾

Si hay una relación positiva entre la parte emocional y física de la mujer, esto provoca el incremento del deseo sexual y la excitación. La mujer puede llegar a experimentar satisfacción y placer sexual con orgasmos o sin ellos, y, dicha satisfacción se ve influenciada por aspectos subjetivos como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el bienestar. Todo lo antes mencionado predispone a la mujer pasar de una postura sexual neutra a la excitación y deseo sexual. ⁽³⁷⁾

Si no hay relación entre los 3 ejes, como se da en la dispareunia, disfunción sexual, etc. Se rompe el ciclo, se inhibe o cae la excitación y deseo sexual por la pareja. ⁽³⁷⁾

Hay un grupo de mujeres que tienen deseo sexual espontáneo, el cual se relaciona con la presencia del pico de testosterona y androstenediona que ocurre a mitad del ciclo menstrual. Este deseo suele disminuir con la edad, y suele incrementarse con el inicio de cada nueva relación. ⁽³⁷⁾

Cabe mencionar que al afirmar que la mujer tiene un modelo cíclico sexual, que comience con el deseo sexual, es de suma importancia al tocar el tema de disfunción sexual. Esto es debido a que muchos estudios concluyeron que la causa más común de DSF era el poco deseo sexual al inicio de la actividad sexual. En un estudio de mujeres con relaciones estables de larga duración, más de 10 años, que no mostraban dificultad en la excitación, un 15.5% solo inicio el acto de intimar con sus parejas cuando realmente sentían ese deseo, mientras un 30% indicó que intimaron sin tener ese deseo, y que el deseo aparecía durante el acto sexual. ⁽³⁷⁾

Además, al correlacionar estudios realizados en los hombres, la excitación subjetiva y la congestión genital no se ve en las mujeres. La excitación sexual femenina está modulada por pensamientos y emociones desencadenadas por el estado de excitación sexual, que afianzarían más la teoría de Basson.⁽³⁷⁾

C. Clasificación:

1. Trastorno del deseo sexual

Se define como la inhibición o disminución del deseo sexual, que se refleja en la falta de interés a intimar con la pareja, disminución de deseo o apetito o de fantasear con el acto sexual. Esta falta de deseo sexual puede ser con o sin la pareja (al masturbarse). También se le llama “deseo sexual hipoactivo o inhibido”.^(35,37,38)

Se sabe que aproximadamente el 20% de las mujeres sufre de disminución del deseo sexual. Dentro de los factores asociados encontramos la ansiedad, el estrés crónico, la depresión, abuso sexual, mala conversación con la pareja, periodo prolongado de abstinencia sexual, malas experiencias sexuales previas, tabúes religiosos, etc.^(1,35,37)

2. Trastorno de la excitación

Es la falta de la respuesta genital en las mujeres, que se refleja en la ausencia de la lubricación vaginal, falla en la relajación del musculo liso de la vagina y disminución del disfrute del clítoris. Cabe señalar que se puede dar el caso que la mujer lubrique, pero no tenga la sensación subjetiva de sentirse excitada, es decir se pueden ver los cambios fisiológicos de vasocongestion e hipertonia muscular, pero la mujer no se sienta excitada.^(35,37,38)

Se sabe por la literatura que es un aproximado del 35% de las mujeres tienen dificultades para mantener una excitación sexual adecuada. Lo que con lleva a

una sensación de malestar en las mujeres. Dentro de los factores asociados se encuentran factores neurogénicos y endocrinos, psicofármacos, ansiedad. (1,35,37)

3. Trastorno orgásmico

Es el cese recurrente o permanente del orgasmo femenino, que se manifiesta con la ausencia en la aparición después de la fase de excitación normal (anorgasmia)). Para muchas mujeres el llegar o tener orgasmos es sinónimo de confianza en su propia feminidad, por lo cual resulta un gran objetivo dentro de la actividad sexual con sus parejas o con ellas mismas. (35,37)

Según la literatura revisada se sabe que el trastorno orgásmico está presente en un 5% a 10% en la población femenina, así mismo se sabe que muchas de ellas pueden tener las fases de deseo sexual y de excitación normales, pero presentan serios problemas para llegar orgasmo. Además, la idea de “no ser capaces de poder llegar a un orgasmo” puede provocar una afectación y disminución en el deseo y excitación sexual. (35,37,38)

Dentro de los factores asociados a los trastornos orgásmicos están las afecciones neurológicas (esclerosis múltiple, traumatismos de la medula espinal, etc.) deficiencias nutricionales, neuropatía diabética, cardiovasculares, endocrinológicos, psicofármacos, depresión, el condicionamiento cultural negativo, la hostilidad con el conyugue, experiencias sexuales previas traumáticas. (35,37,38)

4. Trastornos del dolor

4.1. Dispareunia

Dolor genital que recurre o se hace persistente antes, durante o después del coito. Se puede clasificar en superficial, vaginal y profundo.

La superficial ocurre en la penetración, se relaciona más a condiciones anatómicas o inflamatorias. La vaginal esta netamente relacionado a la fricción.

La profunda relacionado con el empuje, se le suele asociar a la enfermedad pélvica^(35,37,38)

Según fuentes bibliográficas se sabe que los casos de dispareunia tienen una prevalencia de 4% a 55%. Cabe mencionar que muchos estudios no consideran a la dispareunia dentro de las disfunciones sexuales o simplemente no la diferencian del vaginismo, debido a que suele encontrarse con regularidad juntos al vaginismo y la dispareunia ^(35,37,38)

4.2. Vaginismo

Es un espasmo muscular involuntario recurrente o persistente de los músculos de la vagina que se relacionan en la penetración vaginal. El vaginismo puede ser completo o situacional. Este síndrome tiene componente psíquico (“miedo psicológico a la penetración”, “rechazo de la mujer al papel femenino”, “resistencia hacia el sexo masculino” “considerar el sexo como algo sucio y vergonzoso”) y fisiológico (orgánicas), y puede afectar a la mujer en cualquier edad. Para poder llegar al diagnóstico se necesita de una historia clínica detallada y cuidadosa.^(35,39)

5. Factores asociados a la disfunción sexual

Edad: la disfunción sexual tiene mucha relación con las edades >40 años, esto es debido a que a medida que pasan los años disminuye la actividad sexual. ⁽¹⁾ Sin embargo en estudios realizados por O’Sullivan se puede apreciar que las poblaciones de adolescentes y jóvenes no es ajena a esta patología, encontrándose una prevalencia significativa del 51%.⁽³⁴⁾

Edad de inicio de relaciones sexuales: Hernández et al. señalo en sus trabajos de investigación que aquellas personas que empezaban a temprana edad su vida sexual tenían mayor probabilidad de padecer antes de los 40 años disfunción sexual, debido a la poca educación sexual y escasas en herramientas de salud mental que le permitirían afrontar de manera saludable dichas vivencias sexuales ⁽⁵⁾

Carrera de estudios: Según la literatura, en muchos trabajos de investigación se ha supuesto que el estudiante de ciencias de la salud tiene mucho mayor alcance a la información sobre salud sexual que el resto de la población, por ello no se debería encontrar en ellos disfunción sexual. Sin embargo, estudios realizados en universidades medicas de los Estados Unidos informaron que aproximadamente 60% de los estudiantes padecían de DSF, disminución del deseo sexual , y problemas para la erección o lubricación vaginal .⁽⁵⁾ Así mismo se encontró en Ecuador que la población de estudiante de psicología, tuvieron un 57% con disfunción sexual femenina. ⁽⁵⁾

IMC: Según la literatura revisada existe una asociación significativa entre la obesidad , sobrepeso y la disfunción sexual.⁽⁸⁾

Religión: se encontró en un estudio realizado en Lima Metropolitana que la religión ejercía una asociación con la disfunción sexual, dentro de la cual esta era el factor protector.⁽¹²⁾ Así mismo en Chile, en una investigación realizada en mujeres climatéricas se encontró que el hecho de ir a una Iglesia ofrecía a la mujer protección contra DSF.⁽⁸⁾

Trastorno respiratorio del sueño: el no poder descansar, tener un sueño interrumpido y sentir que le falta el aire hace que la persona no tenga un sueño reparador y por ende este durante el día sin energía sin apetito sexual. Sin deseo sexual y sin poder excitarse con su pareja.⁽⁹⁾

Fidelidad de la pareja sexual: para la mujer juega un rol fundamental poder tener la seguridad que su pareja le es fiel, a diferencia de los hombres la mujer en el sexo es un ser emocional, puede que llegue a lubricar o se le erecten los pezones, pero esto no reflejaría que ella realmente tiene satisfacción, debido a que dentro de ella se rompió la relación de los tres ejes: mental-emocional-físico. Muñoz D ADP, Camacho L PA. ⁽⁶⁾

Estado civil: El estar casada ofrece un factor protector a la mujer peruana, ante la DSF. Inclusive la literatura revisada señala que no solo el estar casada lo ofrecería, sino también el estar viuda o el hecho de convivir. ⁽⁸⁾

Grado académico: Se ha revisado los antecedentes y se encontró que aun mayor grado de instrucción menor probabilidad de sufrir de DSF, y viceversa ^(7,9)

La buena comunicación con la pareja: esto permite a la mujer entrar en confianza y sentirse presta para el inicio de relaciones sexuales. Permite poder fantasear libre y sanamente , y así disfrutar de su sexualidad (7,9)

Violencia física: las mujeres que sufren de agresión física o hay sufrido tienen mayor prevalencia de DSF. Por más que puedan llegar a lubricar, mentalmente no se sienten excitadas y tiene placer ni disfrute (1,7,34)

Ansiedad y depresión: Muchos estudios mencionan la influencia y relación significativa de la ansiedad y depresión en la prevalencia de DSF en las mujeres. Pero en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú, se informó que en la población peruana prevalece más la ansiedad que la depresión.(2) Así mismo, en un estudio realizado en el norte del Perú, afirmaría esto encontrándose una relación de 26% de ansiedad, y una relación significativa con la DSF, mientras la depresión obtuvo 4% muy por debajo del porcentaje estimado en el resto de las poblaciones extranjeras.(7)

D. Diagnóstico de la disfunción sexual:

La base fundamental para poder establecer el diagnóstico es la entrevista clínica personal con el paciente donde podemos analizar la molestia principal y los factores que influyen en esta; el examen físico completo, y como complemento tenemos a las pruebas de laboratorio y otros métodos diagnósticos desarrollados en la medicina sexológica. (2,36)

E. Tratamiento de la disfunción sexual

Dentro del abordaje terapéutico de la DSF se considera la terapia con estrogénicos; con la finalidad de mejorar la lubricación, Ospemifeno, que ayuda a disminuir el dolor durante las relaciones sexuales o también se puede usar lubricantes que faciliten la penetración. Cabe señalar que se necesita un manejo conjunto con el servicio de psicología (36,38)

2.2.2. Trastorno del sueño

A. Definición:

Alteración del ciclo sueño-vigilia que se refleja en la mala calidad y cantidad de horas de descanso, afectando el desempeño funcional del individuo. Que puede deberse a causas endógenas o circunstanciales.

B. Fisiología del sueño

El sueño consta de 2 fases fisiológicas; según la Academia Americana de Medicina del Sueño, que se suceden una detrás de otra. Todo comienza con el llamado movimientos sueño sin movimientos oculares rápidos o NO MOR, el cual consta de subfases, y la siguiente fase es la de movimientos oculares rápidos o MOR. ⁽⁴⁰⁾

Sueño No MOR

Fase N1: Aquí se inicia con el sueño ligero o también llamado somnolencia, el individuo puede despertarse con mucha facilidad, cae la actividad muscular, hay la presencia de unas ligeras sacudidas musculares. ^(12,40)

Fase N2: Aquí los cambios físicos que se evidencian con la disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria , también de la temperatura corporal ⁽⁴⁰⁾

Fase N3 También llamado sueño de ondas lentas, aquí se da el NO MOR más profundo. ⁽⁴⁰⁾

Sueño MOR

Fase R. Aquí se hacen presentes los movimientos oculares rápidos, así mismo el tono muscular disminuye, excepto en la parte respiratoria y región vesical y anal. La frecuencia cardíaca y respiratoria se vuelven irregulares, en algunos casos pueden incrementarse. Así se produce lo que conocemos como “sueños” o “ensoñamientos”. ⁽³⁸⁾

C. Clasificación

Dentro del grupo numeroso y heterogéneo de los TS, se ha tratado de clasificar o agrupar a los TS como enfermedades propias o solo como el síntoma principal.

Dentro de los grupos en los que fueron divididos el TS están: trastornos respiratorios del sueño, insomnio, disomnias, parasomnias.^(38,40)

D. Diagnostico

Para poder realizar el diagnóstico necesitamos valernos de cuestionarios o escalas; los cuales nos permiten evaluar de manera subjetiva la probabilidad de una TS basándose en la sintomatología del paciente; y la Polisomnografía, es lo que nos corroborará o dará el diagnóstico certero que estamos ante un TS, pero el inconveniente es que es un método de estudio costoso que no es accesible a toda la población.⁽⁴⁰⁾

Cuestionarios: a través de preguntas y la cuantificación de síntomas que se presentan en los distintos TS se puede obtener probabilidades de encontrarse ante la presencia de un TS, es decir son herramientas de apoyo para el diagnóstico. Existen herramientas de medición específicos para identificar trastornos respiratorios del sueño como el cuestionario de Berlín, el cuestionario de desorden del sueño, escala de STOP, o aquellos que se enfocan en el insomnio como la escala de Atenas. Asimismo, hay escalas que miden las consecuencias del TS como la escala de Epworth, otros que tratan de medir la calidad global del sueño como el Índice de Pittsburgh⁽³⁸⁾

Polisomnografía: Se le considera el gold estándar para el diagnóstico de diferentes TS. Consiste en monitoriza el sueño durante la noche. Aquí se evalúan muchas variables mediante el EEG⁽³⁸⁾

2.2.3. Trastorno respiratorio del sueño

A. Definición

Se caracterizan por una alteración anatómica de las vías respiratorias superiores, durante el sueño. Aquí se puede evidenciar disminución o ausencia de los movimientos respiratorios que se explica por una disfunción cardiaca o neurológica. Lo característico es encontrar el patrón respiratorio de Cheyne Stokes, así mismo también se le puede asociar a la presencia o no de los ronquidos.

Durante el sueño se produce pequeños despertares o interrupciones que hace al paciente descontinúe sus horas de sueño, lo cual conllevaría a que tenga la facilidad de quedarse dormido durante el día. (40,41)

B. Fisiopatología del trastorno respiratorio del sueño

La circulación del aire a través de la vía áreas superiores se rige por las leyes físicas aplicables a la dinámica de los fluidos de Poiseuille, Bernouille, En el sujeto con TRS se reproduce muchas veces el fenómeno de Bernouilli en la parte más colapsable de la vía aérea, causando un movimiento vibratorio que es el ronquido. Durante la apnea obstructiva, el flujo de aire inspirado a través de un estrechamiento aumenta su velocidad y reduce la presión sobre las paredes de la vía aérea superior. En los pacientes con TRS, la presión negativa para que se produzca el colapso es menor que en sujetos normales. Durante la vigilia, la actividad de la musculatura dilatadora está aumentada, lo que puede originar un problema de fatiga durante el sueño; también es cierto que estos músculos no son histológicamente normales por los esfuerzos repetidos y por los traumatismos vibratorios continuos. (10,41)

C. Factores asociados al trastorno respiratorio del sueño

Sexo Entre los hombres y mujeres existe una proporción de 8:1, pero cabe señalar que existe una proporción de 2:1 de quienes no fueron diagnosticadas. (41)

Edad Según la literatura revisada los TRS suelen aparecen en adultos mayores, pero desde el 2017 se reportó aumento de diagnósticos en personas jóvenes y niños. (41)

Origen étnico Los asiáticos muestran una mayor prevalencia de TRS, aunque en las últimas investigaciones se indica un aumento en los casos diagnosticadas en personas afro americanas. (41)

Obesidad es un factor de riesgo más importante. Se encuentra dicha asociación en un 70% de prevalencia. (41)

D. Diagnóstico del trastorno respiratorio del sueño

Con la ayuda de la poligrafía respiratoria llegaremos al diagnóstico del TRS. PR mide los movimientos respiratorios durante el sueño. ⁽⁴⁰⁾

E. Tratamiento de trastorno respiratorio del sueño

Se recomienda el uso de CPAP y el manejo de los factores asociados principalmente como la obesidad, con un manejo dietético. ⁽⁴⁰⁾

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Disfunción sexual femenina: Es la alteración de la satisfacción orgánica y sensitiva del placer sexual.
- Trastorno respiratorio del sueño: disminución o ausencia de los movimientos respiratorios, asociado o no a la presencia de ronquidos que interrumpe el sueño.
- Edad: Tiempo en años que tiene una persona al momento del diagnóstico, registrado en la encuesta.
- Estado civil: es el estado personal de un individuo registrado en la encuesta
- Carrera de estudio: es la profesión que el individuo decidió estudiar con el objetivo de obtener un grado académico.
- Religión: conjunto de creencias religiosas que sigue el individuo.
- Edad de inicio de relaciones sexuales. Tiempo en años que tuvo una persona al empezar su vida sexual, registrado en la encuesta.
- Índice de masa corporal: cálculo de la división entre peso y la talla de un individuo al cuadrado. Se evalúa según valor numérico y se agrupa en 3 categorías: normal, sobrepeso y obesidad

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Generales:

Hipótesis nula (Ho): No Existe asociación entre trastornos del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma

Hipótesis alterna (Hi): Existe asociación entre trastornos del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma

3.1.2. Específicas:

- El alto riesgo de trastorno del sueño es más probable que lleve a una disfunción sexual femenina
- El inicio precoz de la vida sexual femenina tiene mayores probabilidades de asociarse a una disfunción sexual
- Las mujeres jóvenes casadas o convivientes tienen mayor prevalencia de sufrir disfunción sexual en comparación con las solteras
- Las mujeres de 27 a 30 años tienen mayor riesgo de sufrir de disfunción sexual femenina en comparación con las de 18 a 24 años de edad.
- Las mujeres jóvenes universitarias con un IMC \geq a 25 tienen mayor riesgo de sufrir de disfunción sexual femenina.
- Las mujeres que pertenecen a alguna religión tienen menor riesgo de desarrollar disfunción sexual.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

⇒ Disfunción sexual

Variables independientes

⇒ Edad

⇒ Estado civil

⇒ Edad de inicio de relaciones sexuales

⇒ Carrera de estudio

- ⇒ Religión
- ⇒ Índice de masa corporal
- ⇒ Trastorno respiratorio del sueño

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Es un estudio de tipo observacional, analítico y transversal.

Observacional: el investigador observó, analizó y midió las variables obtenidas de las encuestas. El investigador en ningún momento intervino.

Analítico: Estableció asociación de la variable independiente; trastorno del sueño, con la variable dependiente; disfunción sexual de mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma.

Transversal: Encuesta desde noviembre 2019 a enero del 2020

4.2 Población y muestra

Población: mujeres universitarias de 18 a 30 años de edad pertenecientes a la casa de estudios superiores Ricardo Palma, de noviembre 2019 a enero 2020.

Muestra: se determinó la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral. Para el tamaño de la muestra se utilizó el programa Epidat 4.2 (<https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT-4-2?idioma=es>).

Se seleccionó el cálculo de tamaño muestral para la comparación de dos proporciones independientes para estudios de tipo transversal analítico. Se tuvo un nivel de confianza de 95%, con una potencia estadística de 80% y 90%, razón entre tamaños muestrales de 1, para una diferencia de proporción esperada en la población de disfunción sexual femenina y trastorno respiratorio del sueño, entre la proporción esperada en la población 2 disfunción sexual. El cálculo final de tamaño muestral fue de 288.

[11] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	60,000%
Población 2:	41,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	108	108	216
90,0	144	144	288

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Criterios de inclusión:

- Adultas jóvenes de la Universidad Ricardo Palma
- Alumnas entre 18 y 30 años.

Criterios de exclusión:

- No relaciones sexuales en los últimos 6 meses
- Universitarias que no firmen el consentimiento informado
- Universitarias que no completen todo el cuestionario

4.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Naturaleza	Categoría	valor
Disfunción sexual	alteración de la satisfacción orgánica y	Dependiente	Cualitativa	Si	1
				No	0

	sensitiva del placer sexual.				
Trastorno respiratorio	disminución o ausencia de los movimientos respiratorios, asociado o no a la presencia de ronquidos que interrumpe el sueño.	Independiente	Cualitativa	Alta probabilidad	1
				Baja probabilidad	0
Edad	Tiempo en años que tiene una persona al momento del diagnóstico, registrado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	18-20	0
				21-23	1
				24-26	2
				27-30	3
Carrera de estudios	profesión que el individuo decidió estudiar con el objetivo de obtener un grado académico.	Independiente	Cualitativa	Medicina humana	0
				Administración	1
				Psicología	2
				otros	3
IMC	división entre peso y la talla de un individuo al cuadrado	Independiente	Cualitativa	18.5-24.9	0
				25-29.9	2
				≥30	1
Religión	conjunto de creencias religiosas que sigue el individuo.	Independiente	Cualitativa	católica	0
				Evangélica	1
				Otra	2
Estado civil	estado personal de un individuo registrado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Soltera	0
				Casada	1
				conviviente	2
Edad de inicio de	Tiempo en años que tuvo una	Independiente	Cualitativa	13-15	0
				16-18	1

relaciones sexuales	persona al empezar su vida sexual, registrado en la encuesta			19-21	2
				22-25	3

4.4 Técnicas e Instrumentos De Recolección De Datos

Los instrumentos utilizados para recolectar los datos fueron Índice de función sexual femenina (IFSF) y el cuestionario de Berlín.

IFSF fue diseñado por Rosen y Cols en el 2000, contiene tiene 6 grupos de preguntas, cada grupo representa un dominio de la sexualidad femenina (deseo, orgasmo, satisfacción, lubricación y dolor). Las 6 alternativas de cada pregunta tienen un valor asignado que oscila de 0 a 5. El puntaje de cada dominio será multiplicado por un coeficiente.

Al final el resultado se obtiene de la suma aritmética de los 6 dominios. Un puntaje mayor de 26.55 indicaría mayor funcionamiento sexual femenino, si es inferior a 26.55 indicaría disfunción sexual.

IFSF no ha sido validado en el Perú. Pero ha sido utilizada en estudios de mujeres trujillanas donde se quiso determinar los factores de riesgo para disfunción sexual, también en un estudio sobre peruanas con diabetes mellitus, y en un trabajo de tesis sobre mujeres con diagnóstico de cáncer. Todos los estudios anteriormente mencionados tuvieron como alfa de Cronbach un valor > a 0.70, que indica una buena correlación, y >0.80 que indica muy buena correlación de los dominios. Se utilizo el instrumento validado por Blümel. ^(8,42)

Cuestionario de Berlín, Instrumento de medición que determina el factor predictor de tener SAOS. Este instrumento evalúa a través de preguntas distribuidas en categorías. Permiten evaluar de manera eficaz la sintomatología de ronquidos y apnea, obesidad e hipertensión arterial. Al culminar dicho cuestionario se podrá identificar el riesgo, alto o bajo, de padecer de SAHOS. Si tiene 1 o menos

categorías positivas indica bajo riesgo, y si tuviera 2 o más indicaría alto riesgo. Si bien el cuestionario de Berlín no ha sido validado en el Perú, ha sido utilizado en una investigación realizada por el CEMENA del Perú con un coeficiente de Cronbach mayor a 0.7257, una kappa de 0.8150. ⁽⁴³⁾

4.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron registrados en la hoja de cálculo de Microsoft Excel, posteriormente serán exportados al programa estadístico STATA v15, para el análisis descriptivo se usaron frecuencias absolutas y relativas. En cuando a la evaluación de la asociación entre la disfunción sexual y los trastornos respiratorios del sueño, se utilizó modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, con varianzas robustas, con lo que se calcularon razones de prevalencia al 95% de confianza. El valor p se consideró significativo cuando fue menor de 0.05. Cabe señalar que el presente trabajo fue realizado en el VI Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada⁽⁴⁴⁾

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Participaron en el estudio 574 mujeres, de 18 a 30 años, la mediana de edad fue de 26 años, con un rango intercuartílico de 21 a 27 años. Dentro de la población de estudiantes universitarias se encontró como mediana de edad de inicio de relaciones sexuales 18 años, y un rango intercuartílico de 17 a 20 años. Un 90,6% (520) de mujeres solteras. La categoría de edad 27-30 fue la más frecuente 33.10% (190); la categoría de edad de inicio de relaciones sexuales de 16-18, 47.2% (271), mientras la carrera universitaria administración 74.60% (428). Se encontró también un 45.3% (260) con un IMC de sobrepeso, un 72.8% (418) evangélicas, además se halló que un 11% (63) tienen alta probabilidad a padecer un trastorno respiratorio del sueño. (Tabla 1)

Tabla 01. Características clínicas y epidemiológicas de la población

universitaria estudiada

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Mediana (RIC)</i>
<i>Edad (años)</i>			26 (21-27)
<i>18-20</i>	<i>142</i>	<i>24.70%</i>	
<i>21-23</i>	<i>56</i>	<i>9.80%</i>	
<i>24-26</i>	<i>186</i>	<i>32.40%</i>	
<i>27-30</i>	<i>190</i>	<i>33.10%</i>	
<i>IMC (kg/m2)</i>			23(22-25)
<i>Normal</i>	<i>232</i>	<i>40.42%</i>	
<i>Sobrepeso</i>	<i>260</i>	<i>45.30%</i>	
<i>Obesidad</i>	<i>82</i>	<i>14.29%</i>	
<i>Carrera de estudios</i>			
<i>Medicina</i>	<i>58</i>	<i>10.10%</i>	
<i>Administración</i>	<i>428</i>	<i>74.60%</i>	
<i>Psicología</i>	<i>34</i>	<i>5.90%</i>	
<i>Otros</i>	<i>54</i>	<i>9.40%</i>	
<i>Religión</i>			
<i>Católica</i>	<i>122</i>	<i>21.30%</i>	

<i>Evangélica</i>	418	72.80%
-------------------	-----	--------

<i>Otras</i>	34	5.90%
--------------	----	-------

Estado civil

<i>Soltera</i>	520	90.60%
----------------	-----	--------

<i>Casada</i>	30	5.20%
---------------	----	-------

<i>Conviviente</i>	24	4.20%
--------------------	----	-------

Edad de inicio de relaciones sexuales (años)		18 (17-20)
---	--	------------

13-15	61	10.60%
-------	----	--------

16-18	271	47.20%
-------	-----	--------

19-21	145	25.30%
-------	-----	--------

22-25	97	16.90%
-------	----	--------

RIC:
rango

Trastorno respiratorio al dormir

<i>Baja probabilidad</i>	511	89.00%
--------------------------	-----	--------

<i>Alta probabilidad</i>	63	11.00%
--------------------------	----	--------

intercuartílico

La frecuencia de disfunción sexual fue de 43.6%. Esta condición fue aparentemente más frecuente entre las participantes que se encontraban casadas 63.3% (19) ($p=0.04$) en comparación con las solteras, y en aquellas que tenían alta probabilidad de tener un trastorno respiratorio de sueño 58.7% (37) ($p =0.01$) en comparación con aquellas que presentaron una baja

probabilidad. Mientras que en aquellas participantes que cursaban las carreras de medicina 63% (39) o psicología 42.1% (8) tuvieron aparentemente menos frecuencia de disfunción, con un $p = 0.02$ que se interpreta como estadísticamente significativo. En la edad de inicio de relaciones sexuales, la categoría de 22 -25 años fue la más frecuente en quienes no tienen disfunción sexual con 66% (64) y, categoría 13-15 50.8% (31) en el grupo de disfunción sexual, con un $p=0.124$ que se interpreta como estadísticamente no significativo; y la religión evangélica fue la más frecuente en el grupo de quienes no tiene disfunción sexual 244 (58.4%) y si tienen 174 (41.6%), con un $p=0.267$ que se interpreta como estadísticamente no significativo. El IMC de sobrepeso es lo más frecuente en ambos grupos, con un $p=0.978$ que se interpreta estadísticamente no significativo. (Tabla 02)

Tabla 02. Análisis bivariado entre covariables y disfunción sexual

	Disfunción sexual		Total (n=574)	Valor de p
	No (n=324)	Si (n=250)		
Edad (años)				
18-20	75 (52.8%)	67 (47.2%)	142	
21-23	30 (53.6%)	26 (46.4%)	56	
24-26	103 (55.4%)	83 (44.6%)	186	0.444
27-30	116 (61.1%)	74 (38.9%)	190	
IMC (kg/m²)				
Normal	130(56%)	102(44%)	232	
Sobrepeso	148(57%)	112 (43%)	260	0.978
Obesidad	46 (56%)	36(44%)	82	
Carrera de estudios				
Medicina	39 (67.0%)	19 (33.0%)	58	
Administración	230 (53.7%)	198 (46.3%)	428	
Psicología	8 (42.1%)	11 (57.9%)	19	
Otros	47 (68.12%)	22 (31.88%)	69	0.024

Religión				
Católica	64 (52.5%)	58 (47.5%)	122	
Evangélica	244 (58.4%)	174 (41.6%)	418	0.267
Otras	16 (47.1%)	18 (52.9%)	34	
Estado civil				
Soltera	302 (58.1%)	218 (41.9%)	520	
Casada	11 (36.7%)	19 (63.3%)	30	0.040
Conviviente	11 (45.8%)	13 (54.2%)	24	
Edad de inicio de relaciones sexuales (años)				
13-15	30 (49.2%)	31 (50.8%)	61	
16-18	146 (53.9%)	125 (46.1%)	271	
19-21	84 (57.9%)	61 (42.1%)	145	0.124
22-25	64 (66.0%)	33 (34.0%)	97	
Trastorno respiratorio del sueño				
Baja probabilidad	298 (58.3%)	213 (41.7%)	511	0.010
Alta probabilidad	26 (41.3%)	37 (58.7%)	63	

En cuanto al análisis de factores asociados, en el modelo bivariado crudo se encontró que el estado civil con un RP crudo de 1.51 (IC 95% 1.12-2.02, $p < 0.05$), el inicio de relaciones sexuales con un RP crudo de 0.67 (IC 95% 0.46-0.97, $p = 0.03$), y trastorno respiratorio del sueño con RP crudo de 1.41 (IC 95% 1.12-1.78, $p < 0.05$) estuvieron asociados a la disfunción sexual. No se halló asociación con el resto de covariables. (Tabla 03)

Tabla 03. Razones de prevalencia crudos y ajustados entre covariables y disfunción sexual.

	RP crudo (95% IC)	valor de p	RP ajustado (95% IC)	valor de p
--	----------------------	---------------	-------------------------	---------------

Edad (años)				
18-20	Ref			
21-23	0.98 (0.71-1.37)	0.92		
24-26	0.95 (0.75-1.19)	0.64		
27-30	0.82 (0.64-1.05)	0.13		
IMC (kg/m2)				
Normal	Ref			
Sobrepeso	0.98(0.80-1.20)	0.84		
Obesidad	0.99(0.75-1.32)	0.99		
Carrera de estudios				
Medicina	Ref			
Administración	1.41 (0.96-2.07)	0.08		
Psicología	0.89 (0.47-1.70)	0.74		
Otros	1.30 (0.80-2.10)	0.28		
Religión				
Otras	Ref			
Evangélica	0.78 (0.56-1.10)	0.16		
Católica	0.89 (0.62-1.29)	0.56		
Estado civil				
Soltera	Ref		ref	
Casada	1.51 (1.12-2.02)	<0.05	1.49 (1.13-1.98)	<0.05
Conviviente	1.29 (0.88-1.89)	0.19	1.27 (0.86-1.89)	0.23
Edad de inicio de relaciones sexuales				
13-15	Ref		ref	
16-18	0.91 (0.68-1.19)	0.49	0.95 (0.72-1.26)	0.74
19-21	0.82 (0.61-1.13)	0.24	0.87 (0.64-1.19)	0.39
22-25	0.67 (0.46-0.97)	0.03	0.69 (0.48-1.00)	0.05
Trastorno respiratorio al dormir				
Baja probabilidad	Ref		ref	
Alta probabilidad	1.41 (1.12-1.78)	<0.05	1.35 (1.08-1.70)	0.01

5.2 Discusión

La frecuencia de disfunción sexual fue de 43.6% entre las jóvenes universitarias de este estudio. La disfunción sexual fue más frecuente en aquellas universitarias que tenían alta probabilidad de trastorno respiratorio del sueño y en aquellas que se encontraban casadas. Así, nuestros resultados sugieren que los trastornos respiratorios del sueño causan un deterioro significativo en la vida

sexual.

Estos hallazgos son consistentes con un estudio realizado por **Kadir Onem et al.** en Turquía, realizado en 26 mujeres con diagnóstico de TRS, donde se halló una relación significativa entre TRS y DSF ($P < 0.01$) ⁽⁹⁾, además **Marian Petersen et al.** encontró en su población de estudio de 80 mujeres, que aquellas con TRS tenían mucho mayor riesgo de desarrollar DSF. (31) Por el contrario **Shyam Subramanian et al.** en su estudio transversal realizado en 36 mujeres, de las cuales 25 tenían diagnóstico de trastorno respiratorio del sueño, se encontró que la DSF no guardaba relación significativa con el TRS⁽³²⁾ y así mismo, **Szymon Skoczyński et al.** en su trabajo de investigación concluyó que el TRS no influye en la DSF pero si en el desempeño sexual de la mujer⁽³⁰⁾.

En Perú, no se han encontrado estudios de esta índole para mujeres jóvenes, sin embargo, **Gutiérrez-Velarde et al.** realizó un estudio en varones jóvenes, también concordó que la disfunción eréctil estaría relacionada a los problemas del sueño; como TRS. Así con nuestro estudio, se ve que el TRS podrían afectar la esfera sexual independientemente del género ⁽¹⁵⁾.

En cuanto a nuestras covariables, no encontramos ninguna relación entre el IMC y la disfunción sexual, lo cual guardaría relación a lo encontrado por **Francesco Fanfulla et al.** en su trabajo de investigación con 46 mujeres con un IMC > 30 kg / m².⁽²⁸⁾ Sin embargo, **C Stavaras et al.** ⁽²⁹⁾ en su investigación concluyó que el IMC de sobrepeso (> 25 kg / m²) u obesidad (> 30 kg / m²) serían factores que agravarían aún más la disfunción sexual.

En cuanto a la edad no estuvieron asociadas a la disfunción sexual sin embargo esto podría deberse a que es una población joven, y esta condición es más frecuente después de los 40 años⁽¹²⁾ ^(1,4-6). Además, según **Ortega et al.** la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye al aumentar la edad ⁽¹⁾ lo cual concuerda con otras literaturas revisadas. Por otro lado, **Moreau et al.** ⁽³³⁾ encontró en su investigación realizada en 2309 jóvenes entre 15 a 24 años; 21% de disfunción sexual dentro de la categoría de edades comprendidas entre 15 a

19 años. Así mismo, el 48% mujeres eran más propensas a informar al menos una disfunción sexual frente al 23% de los varones. Los principales problemas de disfunción sexual que las jóvenes reportaron fueron 26% falta del deseo sexual, 21% dolor durante el coito y 31% anorgasmia, que según lo que ellas indicaron estos problemas ocurrían de forma regular ($p < 0,001$).

Otro factor importante a discutir, es la edad de inicio de las relaciones sexuales, el cual no estuvo asociado significativamente a la disfunción sexual. Sobre este punto, se sabe que el inicio de relaciones tempranas se relaciona a mejores indicadores de la vida sexual adulta en relación de quienes inician las relaciones sexuales a una edad tardía.⁽³⁹⁾ Lo antes mencionado no guardaría relación con lo encontrado por **Moreau et al** ⁽³³⁾, **Ortega et. al** ⁽¹⁾ encontró en su trabajo de investigación que mujeres entre las edades de 20 a 40 años tuvieron una prevalencia del 40% de disfunción sexual femenina, debido a las poca educación sexual y escasas herramientas socio sexuales necesarios para alcanzar encuentros sexuales satisfactorios; y **O'Sullivan et. al.**; quien es uno de los pioneros en realizar investigaciones sobre la disfunción sexual en jóvenes y adolescente; encontró un 51% de adolescentes (>15 años) con disfunción sexual, y un 50 % de estos son clínicamente significativos⁽³⁴⁾

La mayor proporción dentro del estado civil, tanto en los casos y controles, se encontró en mujeres casadas que guarda relación con lo encontrado por **Blumel M. et. al.**⁽²⁵⁾; menciona que 50,4% de las mujeres casadas manifestaban disfunción sexual, y **López-Maguey et al.** menciona que el 35% de mujeres casadas manifestaron insatisfacción sexual con sus esposos⁽¹⁸⁾ Sin embargo, **Díaz-Vélez et. al.**⁽⁷⁾ encontró que la mujer peruana tenía como factor protector el estar casada (OR de 0,60 IC95%:0,38-0,95, $p < 0,05$).

La religión no estuvo asociación significativa con la disfunción sexual. Según **Carreno et al.**⁽⁸⁾ en la mujer peruana que profesa alguna religión tiene mayor probabilidad de disfrutar y satisfacerse de un encuentro sexual. Lo anterior mencionado guarda relación con lo encontrado por **Figuroa et. al**⁽⁴⁵⁾., ir frecuentemente a la iglesia ofrecía un factor protector ante la disfunción sexual en las mujeres.

Con respecto a la carrera de estudios no se encontró una asociación significativa con la disfunción sexual lo cual tendría relación con lo expuesto por **Ceballos Ospino et. al.**⁽⁴⁶⁾ en su investigación sobre universitarios de las carreras de salud, en donde indica que a dichos estudiantes de esta área la formación que reciben los hacen conocedores del tema y de su manejo, por ello no constituiría en ellos un problema de salud. Sin embargo, en estudios realizados en universidades medicas de los Estados Unidos se encontró una prevalencia de 60% a 67% de disfunción sexual⁽⁵⁾. **Hernandez et. al.** encontró que un 53.7% de estudiantes de psicología tenían un nivel intermedio sobre información sexual, el cual influenciaba en su grado de satisfacción sexual, además se encontró un 25% con una disfunción sexual y 60% disminución del deseo sexual⁽⁵⁾

La principal limitación de este estudio es el sesgo de selección debido a que los participantes al momento de responder las respuestas pudieron ser muy subjetivos bajando la precisión del instrumento, ya que los participantes incluidos en este estudio pertenecían a la esfera social de los recolectores. Otra limitación es la diversidad de factores que puedan afectar a la disfunción sexual que de medirlas hacían demasiado exhaustiva la participación en el estudio, por lo que se priorizó los principales según la literatura científica y se realizó análisis ajustados

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- El trastorno respiratorio del sueño estuvo asociado a la disfunción sexual en mujeres jóvenes de la Universidad Ricardo Palma.
- La frecuencia de disfunción sexual fue de 43.6% en mujeres jóvenes de la Universidad Ricardo Palma.
- La frecuencia de trastorno respiratorio del sueño de 11% en mujeres jóvenes de la Universidad Ricardo Palma.
- El inicio de relaciones sexuales no estuvo asociado a la presencia de disfunción sexual en mujeres jóvenes de la Universidad Ricardo Palma.
- El estar casada incrementaba la frecuencia de tener disfunción sexual en

relación a estar soltera en mujeres jóvenes de la Universidad Ricardo Palma.

- El IMC no estuvo asociado a la presencia de disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de la Universidad Ricardo Palma
- La edad de inicio de relaciones sexuales no tuvo relación significativa en la prevalencia de la disfunción sexual femenina en las jóvenes universitarias de la Universidad Ricardo Palma.
- La religión no es un factor protector contra la presencia de la disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de la Universidad Ricardo Palma.

6.2 Recomendaciones

- Es de interés sanitario continuar con la investigación sobre la disfunción sexual femenina y sus covariables, con el fin de ser abordadas y que sirvan de soporte a intervenciones preventivas y de educación de la sexualidad en beneficio de la salud sexual de las estudiantes universitarias.
- La educación sexual debe ser el objetivo de una estrategia sanitaria integral a nivel nacional; en la cual los padres de familia, educadores, maestros, medios de comunicación, médicos, todos sean participantes activos con la finalidad de brindar información sexual a los jóvenes, para que les sirva como herramienta para posibilitar las conductas saludables, placenteras y responsables de la sexualidad.
- El médico general deberá basarse de su buen conocimiento clínico semiológico para poder dar con el diagnóstico del trastorno respiratorio del sueño, y así poder derivar de manera oportuna y precoz a los centros de tercer nivel, con la finalidad de dar buen uso de los recursos de salud y minimizar las molestias al paciente

Referencias bibliográficas

1. Matute Ortega V, Arévalo Peláez C, Espinoza Peña A. ESTUDIO TRANSVERSAL: PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA". Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga. 10 de marzo de 2016;8(1):19-24.
2. Saavedra J. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL. :185.
3. Yilmaz Z, Sirinocak PB, Voyvoda B, Ozcan L. Sexual Dysfunction in Premenopausal Women With Obstructive Sleep Apnea. Urol J. 4 de noviembre de 2017;14(6):5051-6.
4. Alonso M del CV, Vizcaíno YM. Disfunciones sexuales femeninas y factores psicosociales asociados en un grupo de mujeres supuestamente sanas. Rev Sexol Soc. 2017;23(2):182-94.
5. Hernández Rodríguez Y de la C, Altamirano Guerrero JA, Román Collazo CA, Barros Bernal S, Coronel Díaz HR. FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN LAS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, ECUADOR. Rev Electrónica Psicol Iztacala [Internet]. 27 de septiembre de 2017 [citado 13 de junio de 2021];20(3). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/61793>
6. Muñoz D ADP, Camacho L PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2016;81(3):168-80.
7. Díaz-Vélez C, Samalvides-Cuba F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev Chil Obstet Ginecol. octubre de 2017;82(4):386-95.
8. Luna MCC, Rodríguez MA. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología con mención en Clínica que presenta la bachillera: :50.
9. Onem K, Erol B, Sanli O, Kadioglu P, Yalin AS, Canik U, et al. Is sexual dysfunction in women with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome associated with the severity of the disease? A pilot study. J Sex Med. noviembre de 2008;5(11):2600-9.
10. Hidalgo-Martínez P, Lobelo R. Epidemiología mundial, latinoamericana y colombiana y mortalidad del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Rev Fac Med. 2 de agosto de 2017;65(1Sup):17-20.
11. Skoczyński S, Nowosielski K, Minarowski Ł, Brożek G, Oraczewska A, Glinka K, et al. May Dyspnea Sensation Influence the Sexual Function in Men With Obstructive Sleep Apnea Syndrome? A Prospective Control Study. Sex Med. 18 de julio de 2019;7(3):303-10.

12. Apaza Romero I. Calidad del sueño y su relación con la calidad de vida en estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Ñaña, Lima, 2011. Univ Peru Unión [Internet]. 27 de mayo de 2018 [citado 13 de junio de 2021]; Disponible en: <http://200.121.226.32:8080/handle/UPEU/1362>
13. Vilchez-Cornejo J, Quiñones-Laveriano D, Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar T, Larico-Calla G, Mucching-Toscano S, et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2016;54(4):272-81.
14. Grabovac I, Jackson SE, Smith L. Authors' Reply to the Letter to the Editor: «Sleep and Sexual Arousal: A Complex Issue». J Sex Med. junio de 2019;16(6):947-8.
15. Guerrero MH. Disfunción eréctil asociado a trastornos del sueño en estudiantes adultos jóvenes de la Universidad Ricardo Palma en el año 2018. :94.
16. Portillo Sánchez S, Pérez Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(4):320-7.
17. Valenzuela P R, Contreras G Y, Manriquez S K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(2):92-101.
18. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Stauffert-Gutiérrez JR, Sánchez JG-, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Rev Mex Urol. 19 de septiembre de 2018;78(3):169-75.
19. Zwerling B, Keymeulen S, Krychman ML. Sleep and Sex: A Review of the Interrelationship of Sleep and Sexuality Disorders in the Female Population, Through the Lens of Sleeping Beauty Syndrome. Sex Med Rev. abril de 2021;9(2):221-9.
20. S R, Hr K, E S. What kind of sexual dysfunction is most common among overweight and obese women in reproductive age? Int J Impot Res. 17 de noviembre de 2016;29(2):61-4.
21. Kalmbach DA, Arnedt JT, Pillai V, Ciesla JA. The impact of sleep on female sexual response and behavior: a pilot study. J Sex Med. mayo de 2015;12(5):1221-32.
22. Köseoğlu N, Köseoğlu H, İtil O, Öztura I, Baklan B, İkiz AO, et al. Sexual function status in women with obstructive sleep apnea syndrome. J Sex Med. septiembre de 2007;4(5):1352-7.
23. Dávila del Castillo G, Guerra Ruiz E. Satisfacción sexual en mujeres profesionales y no profesionales de la Ciudad de Tarapoto, 2017. Univ Peru

Unión [Internet]. 22 de febrero de 2018 [citado 13 de junio de 2021]; Disponible en: <http://200.121.226.32:8080/handle/UPEU/1058>

24. Lee S-A, Paek J-H, Han S-H. Sleep hygiene and its association with daytime sleepiness, depressive symptoms, and quality of life in patients with mild obstructive sleep apnea. *J Neurol Sci.* 15 de diciembre de 2015;359(1-2):445-9.
25. Blümel M JE, Binfá E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
26. Chávez-González C, Soto T. A, Chávez-González C, Soto T. A. Evaluación del riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño y somnolencia diurna utilizando el cuestionario de Berlín y las escalas Sleep Apnea Clinical Score y Epworth en pacientes con ronquido habitual atendidos en la consulta ambulatoria. *Rev Chil Enfermedades Respir.* 2018;34(1):19-27.
27. Gázquez Linares JJ. Perspectivas y análisis de la salud. Almería: ASUNIVEP; 2016.
28. Fanfulla F, Camera A, Fulgoni P, Chiovato L, Nappi RE. Sexual dysfunction in obese women: Does obstructive sleep apnea play a role? *Sleep Med.* marzo de 2013;14(3):252-6.
29. Stavaras C, Pastaka C, Papala M, Gravas S, Tzortzis V, Melekos M, et al. Sexual function in pre- and post-menopausal women with obstructive sleep apnea syndrome. *Int J Impot Res.* noviembre de 2012;24(6):228-33.
30. Skoczyński S, Nowosielski K, Minarowski Ł, Brożek G, Oraczewska A, Glinka K, et al. Sexual disorders and dyspnoea among women with obstructive sleep apnea. *Adv Med Sci.* marzo de 2020;65(1):189-96.
31. Petersen M, Kristensen E, Berg S, Giraldo A, Midgren B. Sexual Function in Female Patients with Obstructive Sleep Apnea. *J Sex Med.* septiembre de 2011;8(9):2560-8.
32. Subramanian S, Bopparaju S, Desai A, Wiggins T, Rambaud C, Surani S. Sexual dysfunction in women with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* febrero de 2010;14(1):59-62.
33. Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health.* 18 de noviembre de 2016;16(1):1170.
34. O'Sullivan LF, Byers ES, Brotto LA, Majerovich JA, Fletcher J. A Longitudinal Study of Problems in Sexual Functioning and Related Sexual Distress Among Middle to Late Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* septiembre de 2016;59(3):318-24.

35. Bechara A, Casabé A, Bertolino V. Disfuncion sexual femenina. Rev Argent Urol. 1 de enero de 2002;67(4):187-200.
36. Rao TSS, Nagaraj AKM. Female sexuality. Indian J Psychiatry. julio de 2015;57(Suppl 2):S296-302.
37. La respuesta sexual humana (AMF 2010) [Internet]. 2010 [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
38. NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA [Internet]. [citado 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-18.htm
39. Woo JST, Brotto LA. Age of first sexual intercourse and acculturation: effects on adult sexual responding. J Sex Med. marzo de 2008;5(3):571-82.
40. Farras DFP. Dr. J. de la Flor i Brú Dr. J.C. Silva Rico. :82.
41. Arcos DJP, Gutiérrez M, Otaño LN, Umpiérrez A, Chiappella L, Frattini LR, et al. Trastornos respiratorios del sueño. :35.
42. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. J Sex Med. febrero de 2012;9(2):514-23.
43. Polanía-Dussan IG, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J, Netzer NC. Validación colombiana del cuestionario de Berlín. 2013;61(3):8.
44. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica. 1 de julio de 2019;20(4):199-205.
45. Figueroa J R, Jara A D, Fuenzalida P A, del Prado A M, Flores D, Blumel JE. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev Médica Chile. marzo de 2009;137(3):345-50.
46. Ceballos Ospino GA, De la Rosa LB, León Botero E. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de programas de salud de Santa Marta (Colombia). Psicol Desde El Caribe. diciembre de 2008;(22):50-62.

Anexo A

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL", que presenta la Señorita LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como fondo indicando que se procede con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

DR. JOSE ANTONIO GRANDEZ URBINA
Asesor de Tesis

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSc, MD
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 19 de octubre de 2019

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

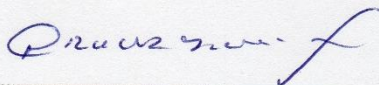
Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Srta. **Leslie Milagros Mescua Espinoza**

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
4. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



DR. JOSE ANTONIO GRANDEZ URBINA

Lima, 29 de septiembre de 2019

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio N° 4113-2019-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2019

Señorita
LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 24 de octubre de 2019.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,


Mg. Hilda Turupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL".

Investigadora:

LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA

Código del Comité: PG-27-2021

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un periodo de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 17 de Junio del 2021



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

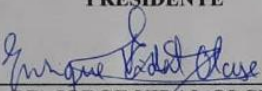
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL", que presenta la Señorita LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

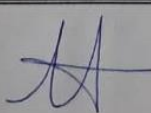
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

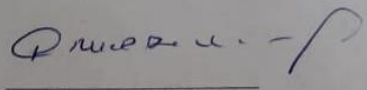
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


DR. PABLO ADÁN BUSTAMANTE
PRESIDENTE


DR. JORGE VIDAL OLCESE
MIEMBRO


DR. CARLOS RAMOS URIBE
MIEMBRO


Director de TESIS
DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSc, MD


Asesor de Tesis
DR. JOSE ANTONIO GRANDEZ URBINA

Lima, 16 de junio de 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCIÓN SEXUAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	9%	2%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	salutsexual.sidastudi.org Fuente de Internet	1%
3	apps.elsevier.es Fuente de Internet	1%
4	www.clinicaperezvieco.com Fuente de Internet	1%
5	scielo.conicyt.cl Fuente de Internet	1%
6	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
7	chat.iztacala.unam.mx Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

LESLIE MILAGROS MESCUA ESPINOZA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JÓVENES DE 18 A 30
AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR
DISFUNCIÓN SEXUAL.”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para el Bachillerato, que considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 05 de diciembre del 2019



De La Cruz Vargas
Directora del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alariza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO N°8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	ANALISIS ESTADISTICO
<p>¿El trastorno de sueño es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunción sexual en mujeres jóvenes?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la asociación entre el trastorno del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la asociación de la edad como factor riesgo de disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma - Identificar la asociación del IMC como factor de riesgo de disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma - Determinar la asociación de la edad de inicio de las relaciones sexuales como factor de riesgo de disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma - Establecer la asociación del estado civil como factor de riesgo de disfunción sexual en jóvenes universitarias de 18 a 30 años en la Universidad Ricardo Palma. - Identificar la asociación de la religión como factor de riesgo para disfunción sexual femenina en jóvenes universitarias de 18 a 30 años de edad en la Universidad Ricardo Palma 	<p>Hipótesis nula (Ho): No Existe asociación entre trastornos del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma</p> <p>Hipótesis alterna (Hi): Existe asociación entre trastornos del sueño y disfunción sexual en mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma</p>	<p>Observacional: el investigador observo, analizo y midió las variables obtenidas de las encuestas. El investigador en ningún momento intervino.</p> <p>Analítico: Estableció asociación de la variable independiente; trastorno del sueño, con la variable dependiente; disfunción sexual de mujeres jóvenes de 18 a 30 años de la Universidad Ricardo Palma.</p> <p>Transversal: Encuesto desde noviembre 2019 a enero del 2020</p>	<p>Los datos recolectados fueron registrados en la hoja de cálculo de Microsoft Excel, posteriormente serán exportados al programa estadístico STATA v15, para el análisis descriptivo se usaron frecuencias absolutas y relativas. En cuando a la evaluación de la asociación entre la disfunción sexual y los trastornos respiratorios del sueño, se utilizó modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, con varianzas robustas, con lo que se calcularon razones de prevalencia al 95% de confianza. El valor p se consideró significativo cuando fue menor de 0.05. Cabe señalar que el presente trabajo fue realizado en el VI Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada</p>

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

TRASTORNO DEL SUEÑO EN MUJERES JOVENES DE 18 A 30 AÑOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR DISFUNCION SEXUAL

Estimado(a) encuestado (a): Esta encuesta es parte de una investigación que se desarrolla en la UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. El proyecto ha sido evaluado por un comité de ética. Es totalmente anónima, por lo que puede responder con total confianza y seguridad. Al responderla nos brinda su consentimiento para participar, los datos globales serán publicados en una revista científica. Es importante que responda de la manera más HONESTA y PRECISA posible.

1. Edad: _____años cumplidos
2. Carrera: medicina humana () psicología () administracion ()
3. que religión profesa: catolica () evangelica () ninguna () otra ()
4. estado civil: soltera () casada () conviviente () otra ()
5. Edad de inicio de inicio de relaciones sexuales
6. Pareja sexual actualmente: SI___ NO___
7. Peso: _____ Kgr.
8. Talla: _____cm.

CUESTIONARIO N ° 1

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (IFSF)

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 completamente confidenciales.

Definiciones:

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como la penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye jugos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye el 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

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

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

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

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

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

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

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

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

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

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

- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

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

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

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el organismo 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, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

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

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente molestias 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 sientes molestias 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 molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo

- Muy bajo o nada

Cuestionario N°2

Cuestionario de Berlín

Por favor marque con una X la respuesta correcta en cada pregunta:

1. ¿Su peso ha cambiado en los últimos 5 años?
 - a. Aumentado
 - b. Disminuido
 - c. No ha cambiado
2. Usted ronca
 - a. Si
 - b. No
 - c. No sabeSi usted ronca.
3. Su ronquido es:
 - a. Ligeramente más que respirar
 - b. Tan fuerte como hablar
 - c. Mas fuerte que hablar
 - d. Muy fuerte- se puede escuchar en habitaciones adyacentes.
4. ¿Con que frecuencia ronca?
 - a. Todas las noches
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. Nunca o casi nunca
5. ¿alguna vez su ronquido ha molestado a otras personas?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
6. ¿ha notado alguna persona que Usted deja de respirar cuando duerme?
 - a. Todas las noches
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. Nunca o casi nunca
7. ¿se siente cansado o fatigado al levantarse por la mañana después de levantarse?
 - a. Todas las noches
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces por mes
 - e. Nunca o casi nunca
8. ¿Se siente cansado o fatigado durante el día?

- a. Todas las noches
- b. 3-4 veces por semana
- c. 1-2 veces por semana
- d. 1-2 veces por mes
- e. Nunca o casi nunca

9. ¿Alguna vez se ha sentido somnoliento o se ha quedado dormido mientras va de pasajero en su carro o manejando un vehículo?

- a. Si
- B. No

Si la respuesta fue afirmativa

9a. ¿Con que frecuencia ocurre esto?

- a. Todas las noches
- b. 3-4 veces por semana
- c. 1-2 veces por semana
- d. 1-2 veces por mes
- e. Nunca o casi nunca

10. ¿Usted sufre de la presión?

- a. Si
- b. no