



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA RESPUESTA SEXUAL DE  
MUJERES EN EDAD FERTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTIAGO,  
2016”**

**PRESENTADO POR:  
BACHILLER GARCIA CABRERA, Rosalía del Rosario**

**"PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA"**

**LIMA – PERÚ  
2016**

## ÍNDICE

<b>CARATULA</b> .....	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO...</b> .....	<b>III</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>IV</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>V</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>VI</b>

### **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción de la Realidad Problemática .....	12
1.2 Delimitación de la investigación.....	14
1.3 Delimitación conceptual.....	15
1.4 Formulación del Problema	
1.4.1 Problema principal... ..	17
1.4.2 Problemas secundarios.....	17
1.5 Objetivos de la investigación	
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
1.6 Hipótesis	
1.6.1 Hipótesis general .....	18
1.6.2 Identificación y clasificación de Variables... ..	18
1.6.3 Operacionalización de variables.....	19
1.7 Metodología de la Investigación	
1.7.1 Diseño de la Investigación .....	19
1.7.2 Tipo de investigación .....	20
1.7.3 Nivel de la investigación .....	20

1.7.4	Método de la investigación .....	20
1.8	Población y muestra	
1.8.1	Población.....	20
1.8.2	Muestra .....	20
1.9	Técnicas e instrumentos	
1.9.1	Técnicas.....	21
1.9.2	Instrumentos... ..	21
1.9.3	Procedimiento.....	22
1.10	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.10.1	Justificación.....	22
1.10.2	Importancia... ..	23

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	
2.1.1	Antecedentes.....	25
2.1.2	Bases teóricas.....	36
2.1.3	Definición de términos .....	53

## **CAPITULO III: PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN**

### ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1	Presentación e Interpretación .....	55
3.2	Discusión de resultados.....	84

## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

4.1	Conclusiones.....	87
4.2	Recomendaciones.....	88

<b>FUENTES DE INFORMACION...</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>93</b>

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado fortaleza para continuar cuando estaba a punto de caer y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre por ser el pilar más importante en mi vida y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ayuda a salir adelante. Por ser la razón y motivo principal de seguir creciendo como persona y profesionalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mi madre por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas. Agradeciendo cada sonrisa, palabra y mirada que recibo de ella transmitiéndome el gran amor que me da día a día.

Gracias a mi Mama Lili porque su vida la dedico a darme las enseñanzas de vida, por sus consejos y amor que completan mis días y desde el cielo sigue guiando mi camino.

A mis hermanos y a mis primas por su apoyo incondicional, por su confianza puesta en mí y por cada palabra de aliento para continuar en mi formación profesional y ser parte fundamental en mi vida.

A Carlos Gonzales del Valle Sánchez por llegar en el momento indicado a mi vida y a sus padres por brindarme su apoyo y palabras de aliento. A mi asesora por su colaboración brindada en este proyecto.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo**: Determinar influencia de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica, 2016. **Material y Método**: El estudio es descriptivo – explicativo cuantitativo por que se vale de números para examinar datos e información con un determinado nivel de error y nivel de confianza. Para realizarla investigación se utilizó una muestra que estuvo constituida de 42 mujeres obesas en edad fértil del Centro de Salud Santiago de Ica. La técnica que se utilizó fue mediante una encuesta de 24 ítems que se aplicó a mujeres obesas en edad fértil que aceptaron participar en el estudio. **Resultados**: La edad que fluctúa el 52.4%(22) del estudio es más de 25 años es decir mujeres jóvenes, el estado civil es 64.3%es conviviente, el 76.2%(32) tiene hijos, la ocupación de la población de estudio es de mayor porcentaje 71.4% entre ama de casa, empleada del hogar y obrera. Según los parámetros de índice de masa corporal la obesidad tipo I es 64.3%(27) y obesidad tipo II es 35.7%.(15).El 90.5% manifestó haber tenido actividad sexual de una a cinco veces. El 33.3% manifestó que nunca sentir que su peso afecta su deseo sexual mientras que el 4.8%respondió que siempre. El 73.8% en porcentaje acumulado manifestó que nunca y a veces haber tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual. El 73.8% manifestó nunca y a veces experimentar deseo o interés sexual. El 78.6% ha tenido fantasías pensamientos relacionadas con actividades sexuales. El 76.2% manifestó que a veces siente que su peso afecta su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual, el 66.7% ha sentido a veces excitación sexual cuando la han tocado o acariciado. Mientras que 59.5% a veces le resulta fácil excitarse sexualmente esto dio como resultado en el deseo el 45.2% tiene trastorno severo y el 40.5% trastorno moderado. En la excitación el 31%tiene trastorno severo y el 35.7% trastorno moderado en el orgasmo el 42.9% tiene trastorno severo y el 35.7% trastorno moderado. **Conclusión**: En el estudio se observa que la obesidad influye significativamente en el deseo, excitación y orgasmo sexual de las mujeres del Centro de Salud Santiago de Ica. **Palabras claves**: Obesidad respuesta sexual deseo, excitación orgasmo sexual, mujeres en edad fértil.

## SUMMARY

The present study was planned in order to determine influence of obesity on sexual response in women of childbearing age in the Health Center of Santiago Ica, 2016.

**Material and Methods:** The study is quantitative descriptive – explanatory that uses numbers to examine data and information with a certain level of error and confidence level. To realize research a sample consisted of 42 obese women of childbearing age Health Center Santiago de Ica was used. The technique used was a survey of 24 items that applied to obese women of childbearing age who agreed to participate in the study results age ranging 52.4% (22) of the study is over 25 years that is young women, marital status is 64.3% lives with her partner, 76.2% (32) have children, occupation of the study population is 71.4% higher percentage among homemaker, housekeeper and working. According to the parameters of BMI obesity type I is 64.3% (27) and type II obesity is 35.7%. (15). 90.5% reported having had sexual activity of one to five times. The 33.3% said they never feel like your weight affects your sexual desire while 4.8% said always. 73.8% in cumulative percent said never and sometimes have had thoughts or desires to perform some sort of sexual activity. 73.8% never manifested and sometimes experience sexual desire or interest .The 78.6% had thoughts fantasies related to sexual activities. 76.2% said they sometimes feel that your weight affects your level of sexual arousal during sexual activity, 66.7% felt sometimes have sexual arousal when touched or petted. While 59.5% sometimes it is easy sexually aroused this resulted in the desire 45.2% have severe disorder and 40.5% moderate disorder. In the excitement 31% have severe disorder and 35.7% moderate orgasm disorders in 42.9% have severe disorder and moderate disorder 35.7

**Conclusion:** The study shows that obesity significantly influences the desire, arousal and orgasm sexual Women Health Center Santiago de Ica

**Keywords:** Obesity response sexual desire, arousal, sexual orgasm, women of childbearing age.



## INTRODUCCION

La necesidad de aportar con esta investigación surge de lo observado en consulta externa del Centro de Salud de Santiago- Ica, en las mujeres en edad fértil durante la realización del año de externado.

El Perú es un país cuya economía ha mejorado en los últimos años, pero unido a importantes cambios en el perfil nutricional y epidemiológico de su población, ha pasado de una marcada tasa de desnutrición infantil a elevados índices de malnutrición por exceso.<sup>1</sup>

En las sociedades actuales, la creciente preocupación y/o insatisfacción con el peso y con la imagen corporal es un fenómeno cada vez más transversal al género, edad y nivel socioeconómico.<sup>2</sup>

En los últimos años, la población que padece de obesidad y sobrepeso ha ido incrementando progresivamente, por lo que la obesidad es considerada un problema de salud pública a nivel mundial y catalogado, según la OMS, como «La epidemia del siglo XXI». <sup>3</sup>

El Instituto Nacional de Salud (INS), revela que el exceso de peso es un problema de salud pública en el Perú.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que se inicia a edades tempranas con un origen multicausal, y estima que en el 2016 se incrementará a 2,3 mil millones de personas con sobrepeso y 700 millones de personas obesas.

La presión social en relación a la delgadez, junto con otros factores asociados a la vulnerabilidad biológica, génica y psicológica, como una baja autoestima o rasgos obsesivo- compulsivos pueden llevar al desarrollo de conductas de estilo de vida alteradas (Baile y Osorio, 2008).

Los países han evolucionado hacia diferentes estadios de transición, observándose un incremento de exceso de peso, particularmente en mujeres adultas, en que se supera el 30% y en algunos países llega al 70%.<sup>5</sup>

Una vida sexual sana es trascendental en la felicidad y calidad de vida de las personas, reporta numerosos beneficios y, a la vez, puede ser un factor predictivo de longevidad.<sup>6</sup>

La OMS reporta en su Nota Descriptiva número 311 que desde 1980 la obesidad se ha más que duplicado en todo el mundo. En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.<sup>7</sup>

El 65 % de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que la insuficiencia ponderal.

La sexualidad ocupa un lugar relevante en la vida afectiva de la mujer adulta joven, estando ésta sujeta a múltiples factores, dentro de los cuales la obesidad podría opacar este ámbito debido a la discriminación y burla que ésta genera.<sup>8</sup>

Estudios recientes han demostrado que la obesidad está asociada a trastornos menstruales, infertilidad, abortos esporádicos e incremento del riesgo de malformaciones congénitas.<sup>9</sup>

La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social; el ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos y falacias, una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que las entorpezcan. (Morín: 2008)

Según reporta Morín (2008) “Las personas obesas son 25 veces más propensas a reportar problemas sexuales que aquellas que tienen un peso normal”.

El estudio de la respuesta sexual, en la medida en que es una respuesta del organismo, ha sido esencialmente fisiologicista. Los trabajos pioneros, antecesores de Masters y Jonhson, como los realizados por Roubaud (1855), Beck (1872), Van de Velde (1926), Dickinson, (1933), entre otros, se sitúan en esta línea. Del mismo modo, el modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson (1966) e incluso el modelo trifásico de respuesta sexual de H.S. Kaplan (1974, 1979) poseen este mismo sesgo.<sup>10</sup>

Una investigación de Algars et al. (2009), que exploró la relación entre edad género, IMC e imagen corporal con una muestra de 11.468 hombres y mujeres con edad entre 18 y 49 años, ha confirmado que las mujeres están menos satisfechas con sus cuerpos que los hombres, y que el IMC tuvo una gran influencia sobre la imagen corporal.

El presente estudio investiga la influencia de la obesidad en la respuesta sexual de las mujeres en edad fértil, en una muestra de mujeres con índice de masa corporal elevado. Es importante detectar conductas y actitudes no positivas para la sexualidad de las mujeres.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer. La sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías.

El estudio de la respuesta sexual, en la medida en que es una respuesta del organismo. Los trabajos pioneros, antecesores de Masters y Jonhson, como los realizados por Roubaud (1855), Beck (1872), Van de Velde (1926), Dickinson, (1933), entre otros, se sitúan en esta línea. Del mismo modo, el modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson (1966) e incluso el modelo trifásico de respuesta sexual de H.S. Kaplan (1974, 1979) poseen este mismo sesgo.<sup>10</sup>

En la actualidad no existe un consenso en la definición de obesidad se dice que la obesidad no es una enfermedad pero en el momento que disminuye la calidad de vida, o de salud, de la persona obesa, y esta acude a un facultativo el cual le aplica un tratamiento la persona ya se considera

enfermo o paciente, cierto es que una obesidad controlada y con una buena calidad de salud no puede ser considerada una enfermedad, pero en el momento que la obesidad ha deteriorado la salud, en ese momento sí se afirma que es un obeso enfermo.

La persona con diagnóstico de obesidad ha sido socialmente delineada como una figura que no goza del disfrute de su cuerpo ni de la experiencia sexual, advirtiendo la presencia de patologías asociadas que lo transforman en un sujeto que se restringe y que progresivamente abandona las necesidades de sexualidad más allá de los fines reproductivos. La persona con diagnóstico de obesidad, pasa a ser entendida como un ser asexuado y sin erotismo, lugar en donde tanto hombres como mujeres son incluidos en una faceta que se caracteriza por la dificultad para encontrar parejas sexuales o tener problemas de tipo estructural para el encuentro sexual (Kahn y Fawsett 2008 en Morales 2010:309).<sup>11</sup>

La obesidad no solo acarrea trastornos médicos, sino que trae consigo implicaciones psicológicas y sociales, tales como bajo autoestima en imagen corporal, estado de salud y funcionamiento sexual. De hecho, se ha asociado con trastornos en la calidad de vida en varios dominios, como son el funcionamiento físico, el funcionamiento sexual, la autoestima y las relaciones laborales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los problemas de sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta la fecha se había aceptado.

Debemos de tener en cuenta que la mujer es mayor consumidora de fármacos (anticonceptivos, analgésicos, antimigrañosos, ansiolíticos, antidepresivos), que parecen favorecer la obesidad. La obesidad tiene consecuencias para las enfermedades femeninas severas. Los cánceres en el endometrio, el útero, los ovarios, la cervix y los senos, al menos después de la menopausia, están relacionados con la obesidad.

El riesgo relativo de irregularidad en el ciclo menstrual y la falla ovulatoria es mayor entre las mujeres obesas que en las mujeres con peso normal.

Se ha demostrado que el riesgo de infertilidad ovulatoria se ha duplicado entre las mujeres obesas con IMC arriba de 32 kg/m<sup>2</sup>, comparadas con las mujeres con un IMC por debajo de 25 kg/m<sup>2</sup>.

La mujer obesa embarazada, tiene 4 veces mayor riesgo de aborto que las mujeres de peso normal, un riesgo 40-100 % mayor de óbitos fetales y un riesgo mayor de la necesidad de cesárea.

El incremento en el número de mujeres obesas tiene impactos en las generaciones futuras. La obesidad materna predice un riesgo 4 veces mayor de obesidad en sus hijos.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION**

### **1.2.1.- DELIMITACIÓN ESPACIAL**

La presente investigación se desarrolla en el Centro de Salud de Santiago de la Ciudad de Ica, en las mujeres de edad fértil en el Centro de Salud de Santiago.

### **1.2.2.- DELIMITACIÓN TEMPORAL**

Por la forma en que ha sido planteada la investigación reúne características suficientes para ser considerado un trabajo de actualidad, por cuanto el período en donde se desarrolla la investigación comprende a los meses de Julio y Agosto del año 2016 en el Centro de Salud de Santiago - Ica.

### **1.2.3.- DELIMITACIÓN SOCIAL**

El grupo social objeto a estudio son las mujeres obesas en edad fértil que asisten al establecimiento ya mencionado cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

Este problema se presenta debido a la poca importancia que le dan sobre la nutrición que se debe tener, siendo el personal del establecimiento de salud el encargado de brindar información sobre las complicaciones que conlleva tener obesidad. Así mismo que no se brinda una atención completa en las consultas, sin darle importancia a la respuesta sexual que tienen las personas que asisten a ser atendidas, y así poder identificar si presentan consultas sobre el tema.

Realizando la presente investigación para obtener un resultado que nos permita identificar a las mujeres que asisten al establecimiento de salud en relación a su peso y si este presenta una influencia en su respuesta sexual, por lo que el estudio se llevara a cabo en el Centro de Salud de Santiago.

### **1.3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

#### **RESPUESTA SEXUAL**

La respuesta sexual en la mujer es altamente variable y multifactorial, y presenta compleja interacción de componentes fisiológicos, psicológicos e interpersonales.

El papel de las diferencias individuales, los factores aprendidos y las influencias socio-culturales en la respuesta sexual de la mujer resulta fundamental. A pesar de los importantes avances en la comprensión de la neurobiología y la farmacología de la respuesta sexual, la definición de la respuesta sexual normal en las mujeres sigue siendo altamente controvertida.

La sexualidad femenina normal es altamente variable según las personas. aunque algunos aspectos de la sexualidad femenina, como la lubricación vaginal y las contracciones orgásmicas, parecen ser prácticamente universales y producirse de manera refleja en las mujeres sexualmente activas que reciben una estimulación sexual adecuada, los aspectos subjetivos o emocionales son altamente individuales y están sujetos al aprendizaje y a los factores culturales.

La respuesta sexual en las mujeres a menudo se define por la ausencia de disfunción, se han destacado las limitaciones de este planteamiento. Los factores culturales y sociales también desempeñan un papel importante a la hora de conformar las expectativas respecto a la normalidad de la respuesta sexual.<sup>12</sup>

## **EDAD FERTIL**

La fertilidad cambia con la edad. Los hombres y las mujeres se vuelven fértiles en la adolescencia, después de la pubertad. Para las niñas, el inicio de su vida reproductiva está marcado por el inicio de la ovulación y la menstruación. Normalmente se entiende que después de la menopausia, las mujeres ya no pueden quedar embarazadas. En general, el potencial de reproducción disminuye a medida que las mujeres envejecen y normalmente la fertilidad finaliza entre cinco y diez años antes de la menopausia. Se considera edad fértil el período en que una mujer es capaz de procrear. Para los fines estadísticos, es la edad comprendida entre los 15 y los 49 años de edad.<sup>13</sup>

## **INDICE DE MASA CORPORAL**

El método más utilizado en el adulto para definir y clasificar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Es el parámetro que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. La Organización Mundial de la Salud clasifica la obesidad según el IMC en Normopeso (18.5- 24.9), Sobrepeso (25-29.9), Obesidad Clase I (30-34.9), Obesidad Clase 2 (35-39.9), Obesidad Clase 3(>40).<sup>7</sup>

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}.$$



## **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.4.1.-PROBLEMA PRINCIPAL**

- ¿Cuál es la influencia de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el centro de Salud de Santiago de Ica, en el año 2016?

### **1.4.2. - PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Cuál es la influencia de la obesidad en el deseo sexual de mujeres de edad fértil en el Centro de Salud de Santiago de Ica?
- ¿Cuál es la influencia de la obesidad en la excitación de mujeres de edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica?
- ¿Cuál es la influencia de la obesidad en el orgasmo de mujeres en el Centro de Salud de Santiago- Ica?

## **1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar influencia de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica, 2016.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a) Identificar la influencia de la obesidad en el deseo sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica
- b) Identificar la influencia de la obesidad en la excitación de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica.
- c) Identificar la influencia de la obesidad en el orgasmo de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica.

## 1.6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. HIPÓTESIS GENERAL

La obesidad influye en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago - Ica, en el año 2016

### 1.6.2. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

#### Y) VARIABLE INDEPENDIENTE

- ❖ Obesidad

##### Indicadores

- X1. Índice de masa corporal

#### X) VARIABLE DEPENDIENTE

- ❖ Respuesta sexual

##### Indicadores

- Y1. Deseo
- Y2. Excitación
- Y3. Orgasmo

### 1.6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OPERALIZACION DE VARIABLE					
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	Medicion		INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE	OBESIDAD	INDICE MASA CORPORAL	Obesidad tipo I	30 – 34.9 kg/m <sup>2</sup>	Talla Peso
			Obesidad tipo II	35 – 39.9 kg/m <sup>2</sup>	
			Obesidad tipo III	> 40 kg/m <sup>2</sup>	
DEPENDIENTE	RESPUESTA SEXUAL	DESEO	Transtorno severo	1 - 8	Cuestionario de preguntas
			Transtorno Moderado	9 - 17	
			Sin Transtorno	18 - 25	
		EXCITACIÓN	Transtorno severo	1 - 8	
			Transtorno Moderado	9 - 17	
			Sin Transtorno	18 - 25	
		ORGASMO	Transtorno severo	1 - 8	
			Transtorno Moderado	9 - 17	
			Sin Transtorno	18 - 25	

## 1.7. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

### 1.7.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño que se está empleando es netamente una investigación transaccional o transversal descriptivo – explicativa dentro del propósito de investigar, las relaciones entre las variables que se vienen utilizando en la investigación, los problemas planteados y el marco teórico de la misma.

### **1.7.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Tipo de investigación Descriptivo- explicativo porque explica un hecho real señalando como es y cómo se manifiesta un fenómeno.

### **1.7.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos descriptivo, prospectivo de corte transversal porque se centra en analizar la relación de las variables en un momento dado, orientados a la resolución de problemas específicos.

### **1.7.4. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presenta trabajo de investigación tiene método cuantitativo en razón a que las variables fueron asignadas numéricamente, con un determinado nivel de error y nivel de confianza

## **1.8. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.8.1. POBLACIÓN:**

La población de la investigación está constituida por las mujeres edad fértil, según la programación estatal de salud considera a 100 mujeres atendidas en el Centro de Salud de Santiago- Ica.

### **1.8.2. MUESTRA**

El tipo de muestreo asumido es el no-probabilístico de tipo "criterial". Es decir, la muestra se seleccionó a criterio del investigador. La muestra está constituida por 50 mujeres obesas en edad fértil, de las cuales solo 42 cumplen con criterios de inclusión.

#### **1.8.2.1. Criterio de inclusión:**

- Mujeres de 15 a 49 años
- Índice masa corporal mayor a 30 a mas
- Relaciones sexual en las últimas 4 semanas

### **1.8.2.2. Criterio de exclusión:**

- Mujeres obesas
- Mujeres embarazadas
- Pacientes con problemas mentales
- Retardo mental
- Enfermedades malignas
- Índice masa corporal menor a 29.9
- Mujeres obesas que no tengan relaciones sexuales en las últimas 4 semanas
- Mujeres obesas que no deseen participar en el estudio

## **1.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

### **1.9.1. TÉCNICA:**

El estudio se realizó previa coordinación mediante trámites administrativos presentados en el Centro de Salud de Santiago con el fin de obtener la respectiva autorización, mediante un documento dirigido a la jefatura del establecimiento.

Se utilizaron diferentes técnicas de obtención de información (talla y peso) a las mujeres que autorizaban participar en el estudio, posteriormente se aplicara el instrumento.

Se realizó en un tiempo determinado, siguiendo un muestreo estadístico para lo cual se utilizará como técnicas el análisis de las encuestas dirigidas a las mujeres Obesas en edad fértil.

Los datos serán obtenidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos SPSS para ver los resultados presentados en tablas y gráficos y luego ser analizados.

### **1.9.2. INSTRUMENTO:**

Para la recolección de datos se utilizó el “Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer – FSM”; Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño, se aplicó en las mujeres obesas en edad fértil. El Cuestionario consta de 5

preguntas relacionadas a “Deseo”, 5 preguntas relacionadas a “Excitación” y 5 preguntas relacionadas a “Orgasmo”, dándome un total de 15 preguntas.

Así mismo, el instrumento fue validado por un grupo de expertos.

### 1.9.3. Procedimiento:

Los parámetros para medir cada trastorno han sido clasificados:

DESEO	Transtorno severo	1 - 8
	Transtorno Moderado	9 - 17
	Sin Transtorno	18 - 25
EXCITACIÓN	Transtorno severo	1 - 8
	Transtorno Moderado	9 - 17
	Sin Transtorno	18 - 25
ORGASMO	Transtorno severo	1 - 8
	Transtorno Moderado	9 - 17
	Sin Transtorno	18 - 25

## 1.10. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.10.1. JUSTIFICACIÓN

Aportar con esta investigación surge de lo observado en el Centro de Salud de Santiago, en las mujeres en edad fértil.

La necesidad de contar con las herramientas necesarias para ofrecer ayuda a las personas que sufren obesidad, ya que la mayoría de ellas tienden a tener baja autoestima que dificultan su integración a la sociedad y tener un bienestar personal.

Para la universidad Alas Peruanas este estudio aporta material teórico y metodológico, representa una contribución a la investigación científica ya que no hay estudios acerca de la población seleccionado, en tal sentido , los resultados de este estudio tiene como objetivo dar a conocer si existe influencia de la obesidad en la respuesta sexual en las mujeres en edad fértil, lo que resulta un avance para los profesionales de salud puedan hacer una acertada intervención sobre ellos ofreciendo tratamiento adecuado que les brinde los beneficios necesarios para solucionar su problema, mejorando la calidad de vida de la comunidad.

Este estudio se generó a partir de la necesidad de disponer de información local sobre las particularidades y la Influencia de la obesidad en la respuesta sexual de las mujeres en edad fértil, con el fin de mejorar su estilo, calidad de vida y estado emocional, previniendo de esta manera complicaciones como las enfermedades producidas por la obesidad y las consecuencias que heredarían las generaciones futuras de las mujeres que participaron de esta investigación.

### **1.10.2. IMPORTANCIA**

La importancia de la presente investigación está centrada en conocer la influencia de la obesidad en la respuesta sexual de las mujeres en edad fértil. Así mismo, permitirá incorporar de forma complementaria a los programas estratégicos, actividades de consejería que sirvan de apoyo para fortalecer la autoestima, aprender a llevar una vida sana y saludable.

Así la tríada: mujer- obesidad- sexualidad es el eje central de esta investigación y el propósito de la misma será conocer y analizar los fenómenos que allí ocurren desde la perspectiva cualitativa, con el fin de generar un nuevo campo de conocimientos en esta materia, colocar en su justa relevancia esta problemática más allá de las cifras estadísticas y la declaración de la OMS, contar con más elementos para ayudar y comprender a estas personas, prestar una

mirada diferente a los problemas de salud que puedan ser utilizados en materias programáticas y emancipar el campo de acción de la obstetra , en una nueva área, mas humanizada y más cálida.<sup>8</sup>

Por lo anteriormente expuesto es que esta investigación permita a identificar su población vulnerable, y así las mujeres obesas gocen de una sexualidad satisfactoria y feliz.

La persona con diagnóstico de obesidad, pasa a ser entendida como un ser asexuado y sin erotismo, lugar en donde tanto hombres como mujeres son incluidos en una faceta que se caracteriza por la dificultad para encontrar parejas sexuales o tener problemas de tipo estructural para el encuentro sexual (Kahn y Fawsett 2008 en Morales 2010).

Es sumamente importante pensar, a partir de la presente investigación, reconocer e indagar en los supuestos y relaciones existentes entre sexualidad y obesidad como partes apriorísticamente definidas como parte de una corporalidad no ajustada, que anula la experiencia singular.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION**

##### **2.1.1. ANTECEDENTES**

###### **2.1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

- a) **Ramírez Guerrero, Ana Gabriela “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA EN EL PERÍODO JULIO - OCTUBRE 2012”.Ecuador Abril, 2015**

Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados a obesidad y sobrepeso en las mujeres en edad fértil atendidas en el área de Consulta Externa, del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Julio – Octubre del 2012.

Metodología: La encuesta se aplicará a la muestra con vistas a conocer sus opiniones acerca de la importancia del ejercicio físico en el tratamiento de la obesidad, su estilo de vida, enfermedades asociadas, interés y tiempo disponible para realizar ejercicios físicos. Mujeres en edad fértil con algún grado de sobrepeso y obesidad que asisten a la consulta externa del Hospital Provincial General Latacunga.

Conclusiones: En la presente investigación se identificó una variedad de factores asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil que tienen una implicancia socio-económica, educacional y de acceso a los servicios básicos y de salud; muchos de esos factores son prevenibles y en ciertos casos su control, permite la recuperación de las mujeres.

Dentro de los factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil se encuentran: El número de

hijos, estilo de vida inadecuado y la condición socioeconómica, que presentaron altos índices de sobrepeso y obesidad. Resultando ser de mayor relevancia el estilo de vida inadecuada.

- b) Carlos, Ortega González; Jesús Rafael, Aguilera Pérez; Lidia, Arce Sánchez; Simón Barquera Cervera; Araceli, Díaz Polanco; Mónica, Fernández Sánchez; Aldo, Ferreira Hermosillo; Nayeli, Martínez Cruz; Catalina, Medina García “CONSENSO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA Y EN EL CLIMATERIO; Gineco Obste Mex 2015;**

Objetivo

Homologar y aplicar conceptos de la práctica clínica basada en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de mujeres obesas en edad reproductiva y en el climaterio.

Metodología: Consenso de expertos en el que participaron: Gineco-Obstetras, internistas, endocrinólogos, dermatólogos, bariatras, cirujanos, psicólogos, nutriólogos, sanitaristas y fisioterapeutas. A partir de la selección de artículos publicados entre 2009 y 2014 se elaboró una lista de preguntas formuladas con base en los planteamientos de artículos con los más altos niveles de evidencia. En diversas reuniones entre los expertos se discutieron las preguntas y formularon las recomendaciones, basadas en criterios diagnósticos y altos niveles de evidencia y en guías de práctica clínica, ensayos clínicos controlados y guías estandarizadas para población femenina en edad reproductiva y en el climaterio.

Conclusiones: La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestro país, sobre todo en mujeres en edad reproductiva, obliga a plantear y trabajar en estrategias de prevención y en diversos planes terapéuticos que favorezcan la pérdida de peso con seguridad y resultados a largo plazo.

**c) Laura Isabel Gramage Córdoba; Adalberto Asins Cubells; Salomé Álvarez Rodríguez; M<sup>a</sup> José Alonso Bellido “Obesidad en la edad reproductiva y embarazo. Revisión de la bibliografía” Gramage Córdoba LI et al. Abril-Agosto 2015**

Objetivos: Evaluar la influencia del sobrepeso y la obesidad en la reproducción.

Conocer y adoptar medidas de adecuado control para las gestantes.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pub Med, Cochrane Plus, CINAHL y Cuiden. Se consultaron también tesis doctorales, fuentes documentales de interés en el ámbito nacional e internacional, guías y protocolos de organizaciones y sociedades científicas y profesionales.

Las palabras clave empleadas fueron: sobrepeso; obesidad; embarazo; resultado obstétrico; complicaciones obstétricas e índice de masa corporal. El límite temporal establecido ha sido los últimos 20 años. Los criterios de selección de búsqueda científica se establecieron acorde a las bases de datos empleadas, combinando en las cadenas de búsqueda las palabras clave con los operadores booleanos AND y OR según conveniencia.

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad al inicio de la gestación es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones obstétricas. Un peso excesivo está asociado a problemas de infertilidad y a un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos. Se recomienda realizar el despistaje de diabetes gestacional mediante el test de O’Sullivan en las gestantes obesa en la primera consulta prenatal. Si es normal, se repetir el cribado entre la semana 24-28 de gestación.

**l) Torres Mejía Daniela Paola; Autoestima y Respuesta Sexual en Mujeres con Obesidad, República Bolivariana de Venezuela, Universidad Rafael Urdaneta; Maracaibo, Diciembre 2015**

Objetivos: Analizar el nivel de autoestima y la respuesta sexual en mujeres con obesidad.

Método: De acuerdo a las características y objetivos de la investigación, descriptiva pues el estudio se dirigió a evaluar la respuesta sexual y la autoestima en mujeres obesas en edades comprendidas entre los 18 y los 60.

Conclusiones: Se observó que 8 mujeres obtuvieron niveles altos de autoestima con obesidad y respuesta sexual baja.

Por lo que se puede concluir que en relación al objetivo general, las mujeres del estudio presentan tanto niveles de autoestima baja como de autoestima alta según los niveles de respuesta al instrumento de Rosenberg (1979); en cambio en la respuesta sexual, todas apuntaron en el instrumento de Fuenmayor (2011) niveles bajo en las distintas fases.

A manera de conclusión se puede pensar que no existe correlación estadística determinante en estas variables estudiadas, por lo que psicológicamente no se puede señalar que la obesidad sea la génesis de la baja autoestima ni tampoco de la respuesta sexual baja, más bien el estudio deja ver cómo estas variables obesidad autoestima y respuesta sexual se combinan de ciertas maneras dando diferentes características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc) en cada mujeres.

**d) Marcela Araya B. Oslando Padilla; María Luisa Garmendia; Eduardo Atalah, Ricardo Uauy; “Obesidad en mujeres Chilenas en Edad Fértil” Chile 2014**

Objetivos: Se analizó la tendencia de la prevalencia de obesidad en embarazadas que se atienden en el sistema de salud público de Chile entre los años 1987 y 2013.

Metodología: Revisión cualitativa de estudios que describieron las prevalencias de obesidad en MEF chilenas; ii) Estudio comparativo de las prevalencias de obesidad, sobrepeso, exceso de peso, obesidad abdominal y obesidad mórbida en las mujeres provenientes de las ENS, 2003 y 2009-2010 y iii)

Evaluación de la tendencia del estado nutricional de las embarazadas atendidas en el sistema público de salud entre los años 1987 y 2013.

Conclusiones: Como conclusión, este estudio mostró prevalencias altas y crecientes de obesidad en las MEF y también en el subgrupo específico de embarazadas atendidas en el sistema público de salud. Las MEF constituyen un grupo estratégico de intervención para quebrar la actual tendencia de aumento de la obesidad, porque de ellas no sólo depende su bienestar actual y futuro sino también el de sus hijos. Monitorear las prevalencias de obesidad y de los entornos alimentarios y de actividad física asociados permitirá evaluar su tendencia y las estrategias de prevención y control

**e) Genaro Vega M.1, Patricia Jezabel Flores C.1, Javier Ávila M.1, Alma Becerril S.1, Alfredo Jesús Vega M.1, Nicolás Camacho C.1, Pablo García S.1 “FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA” México. 2014**

Objetivos: Determinar los factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población Mexicana.

Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles efectuados en mujeres que acudieron como acompañantes de pacientes en la consulta externa de una unidad de Medicina Familiar en la ciudad de Querétaro, México, en el período de enero a diciembre de 2011. Previo consentimiento informado se les aplicó la encuesta de Laumann y cols (20), para estudiar la presencia de alteraciones sexuales. Se formaron dos grupos seleccionados aleatoriamente de una muestra de 110 mujeres encuestadas: Grupo 1 formado por 44 mujeres con alguna disfunción sexual, y Grupo 2 formado por 44 mujeres sin disfunción sexual

Conclusiones: En el estudio de las pacientes con disfunción sexual, se debe evaluar el estado clínico de la mujer, el

emocional y las condiciones sociales al momento de la aparición del problema. El aspecto conyugal debe de ser manejado cuidadosamente para lograr un adecuado acercamiento médico paciente, para planificar un adecuado manejo. El problema debe ser abordado ampliamente desde un punto de vista de pareja, para orientar y tomar medidas oportunas para lograr la recuperación de la paciente en todos los aspectos biopsicosociales

**f) Dr. Alfredo Armando Morales Rodríguez “OBESIDAD: ENFERMEDAD DE ALTO RIESGO EN LA VIDA REPRODUCTIVA DE LA MUJER” Cuba. 2013**

Objetivos: Analizar a través de las evidencias encontradas en la literatura los perjuicios que origina la obesidad en las mujeres en su etapa reproductiva.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada acerca de los riesgos, causas y complicaciones que aparecen en la etapa reproductiva de la mujer que padece obesidad, así como las consecuencias para su descendencia.

Conclusiones: La obesidad se incrementa de manera acelerada en el mundo actual con una incidencia elevada en el sexo femenino y por ende en las gestantes. Son múltiples los riesgos y complicaciones que aparecen durante la vida reproductiva de las mujeres con índice de masa corporal elevado. La comunidad médica internacional reconoce el incremento de los riesgos a que están sometidas las mujeres obesas durante esta etapa, incluyendo las consecuencias para su descendencia. La prevención de la enfermedad y el tratamiento oportuno de sus complicaciones en la etapa reproductiva de la mujer contribuirán a la disminución de la morbilidad asociados a la misma.

**g) Marta Perandones Martínez “INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SEXUALIDAD Y RELACIÓN DE PAREJA**

## **EN MUJERES OBESAS EN ETAPA DE MANTENIMIENTO”**

**Madrid, 2013**

Objetivos: Se pretende valorar si el programa de intervención psicológica para mujeres en etapa de mantenimiento tras una intervención multidisciplinaria mediante los objetivos de este estudio es la mejora de la sexualidad y vida en pareja de las participantes y la mejora de su calidad de vida en general

Metodología: Se trata de un estudio cuasi experimental del que no se pueden establecer plenamente relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, al no ser asignadas al azar las distintas condiciones experimentales.

La muestra es pequeña pero no difiere de otros estudios específicos de esta población como el de Aguilera y cols., 2009; Black, 1987; o Camuñas y cols., 2001, con 22, 7 y 11 sujetos respectivamente. Tampoco de otros estudios más globales como los de Santa creu y Scigliano, 1986; García y cols., 1997; Alvarado y cols., 2005 (con 10 sujetos) o el de López y Godoy, 1994 (con 8 sujetos).

Conclusiones: Las mujeres que han tenido una intervención para el tratamiento de su obesidad, y han llegado a su peso meta, parece que tienen problemas en la autoestima, su respuesta sexual y perciben un deterioro en su calidad de vida tanto general como en pareja. Parece que las mujeres en etapa de mantenimiento, tienen más interés o se ven más preocupadas por mejorar su vida sexual y de pareja que las mujeres que se encuentran en fase de descenso o que todavía no han llegado a su peso meta y demandan intervenciones específicas en esta área.

### **h) Camila Paredes Tebache “NARRATIVAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD” Santiago de Chile 2013**

Objetivos: Analizar las narrativas de un grupo de sujetos compuesto por hombres y mujeres en etapa adulta con

diagnóstico de obesidad acerca de su experiencia en el ámbito de la sexualidad.

Metodología: El uso de entrevistas cualitativas proporciona un acercamiento que facilita la obtención de información, estas desde el enfoque cualitativo, posibilitan un enfrentamiento donde los antecedentes que proporcionan los sujetos entrevistados permiten dar muestra de un relato que queda manifiesto de manera abierta y fluida. Las entrevistas cualitativas, desde Taylor y Bodgan (1987) "...son flexibles y dinámicas, no directivas, no estandarizadas y abiertas" (1987:101). Desde esta perspectiva se les pensó como una forma de acceso que posibilitara salir de las pautas que formalizan una entrevista, dando pie a que lo primordial fuese dar prioridad a la intencionalidad comunicativa que deposita el entrevistado en dicho encuentro de entrevista.

Estas entrevistas fueron realizadas de forma individual y presencial. Se usó una pauta guía de entrevistas que posibilitó dar ciertos lineamientos a la misma. Cada una de ellas tuvo una duración aproximada de una hora. Las entrevistas posibilitaron a los sujetos dar testimonio de su historia vinculada a la vida sexual en relación al diagnóstico de obesidad.

Conclusiones: Esta investigación pretendía desde inicios, dar voz a la experiencia vivida y aquí relatada por los sujetos, quienes a través de los encuentros de entrevistas, permitieron dar apertura a un ámbito escasamente explorado y no definido desde las narrativas de quienes experimentan dicho diagnóstico y vivencia de la sexualidad en lo cotidiano. Se revela la idea de haber considerado tanto los discursos políticos, sociales, culturales y ontológicos; que habitan e hilvanan a la experiencia de quien relata este espacio vital como lo es la sexualidad humana, lugar donde se dotan de sentido los relatos acerca de la experiencia íntima de quienes viven la obesidad como diagnóstico.



## 2.1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

### a) Dante Villalobos-Villalobos, Jorge Osada-Liy; VALOR DIAGNÓSTICO DE LA CLASIFICACIÓN DE OBESIDAD SEGÚN RAZA/ETNIA DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA; Perú 2014

Objetivo: Comparar el IMC basado en la clasificación e identificación de la obesidad, con el porcentaje de grasa corporal (% GC) según la OMS, basado en estándar de referencia entre mujeres blancas, negras e hispanas en edad reproductiva.

Metodología: Este es un estudio transversal, cuyo objetivo fue comparar el IMC según el Instituto Nacional de la Salud, basado en la clasificación e identificación de la obesidad, con el porcentaje de grasa corporal (% GC) según la OMS, basado en estándar de referencia entre mujeres blancas, negras e hispanas en edad reproductiva.

Se llevó a cabo análisis secundarios de los datos recogidos para examinar los efectos de la anticoncepción hormonal en la densidad mineral ósea (DMO). Como parte de un estudio más grande, 805 sanos, blancos no hispanos en edad reproductiva, negro no hispano y las mujeres hispanas con edades comprendidas entre 16 y 33 años fueron reclutados entre el 9 de octubre de 2001 y el 14 de septiembre de 2004.

Conclusiones: De las 555 mujeres que examinamos, 205 (36,9%) fueron clasificados como obesos en base a las directrices del NIH ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). La tasa de obesidad en mujeres de raza negra (46,5%) e hispanos (37,7%) fue significativamente mayor que la observada en las mujeres blancas (28,0%). Sin embargo, el criterio de la OMS ( $\% GC > 35\%$ ) clasificó 350 mujeres como obesos (63,1% del total).

En conclusión los resultados de este estudio sugieren que el valor de corte del IMC actualmente aceptado para identificar la obesidad es demasiado alto para muchas mujeres en edad reproductiva que viven en los EUA.

**b) JHELYNA CAROLINA ARENAS AYLLON, ANA LUISA VICTORIA VASQUEZ DIAZ; FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL USUARIAS DEL C.S. VILLA NORTE EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2010; PERÚ 2011**

Objetivo: Determinar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa del Norte en el periodo Febrero – Julio 2010.

Materiales y métodos: Se presenta un estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, prospectivo, cuantitativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La población de estudio está conformada por 53 usuarias nulíparas que acudieron al consultorio externo de obstetricia del centro de salud “Villa Norte” durante el periodo de Febrero - Julio del 2010, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Conclusiones: Se observó que el 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La falta de inmunizaciones representaron el segundo factor de riesgo más frecuente en esta población con 82.4%. En tercer lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares con 70.1%. La frecuencia del índice de masa corporal anormal que se registró en el estudio fue del 67.9%. El 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El menos del 50% de la población presento: la edad inadecuada para la gestación, el nivel de instrucción, hábitos nocivos en la pareja, estado civil, el ingreso mensual bajo, los trastornos del ánimo en las pacientes, número de las parejas sexuales mayor a 3, la anemia, las alteraciones de los niveles de glucosa, examen de orina patológico y los antecedentes patológicos personales. No se registraron casos de VIH+, grupo sanguíneo con factor Rh (-), sífilis, ni hábitos nocivos en las usuarias entrevistadas del centro de salud Villa del Norte.

**c) DAVID LIRA MAMANI; “SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL PERÚ NIVEL SOCIOECONÓMICO, ENDES 1996 – 2000”; UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; LIMA – PERÚ 2006.**

Objetivos. Determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en las Mujeres en Edad Fértil (MEF) según Nivel Socioeconómico (NSE) y determinar los factores que lo afectan de manera directa o indirecta.

Material y Métodos. Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 y 2000, se calculó el Índice de Masa Corporal de acuerdo al peso y la talla y se clasificó a las MEF en función al estado nutricional, se determinó el NSE en términos de riqueza acumulada y se determinaron los factores que influyen en su prevalencia.

Resultados. La prevalencia agrupada de sobrepeso y obesidad se incrementó de 28.63% a 33.45% en el NSE muy pobre, de 41.85% a 46.07% en el NSE pobre y de 48.44% a 51.94% en el NSE medio de 1996 al 2000; mientras que disminuyó de 53.84% a 51.93% en el NSE rico y de 56.52% a 50.19% en el NSE muy rico en el mismo periodo ( $p < 0.05$ ). La edad, el tipo y lugar de residencia, el grado de instrucción, el estado civil y el NSE son factores de riesgo asociados a la obesidad.

Conclusiones. Las MEF han mostrado un incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad de 1996 al 2000. Las MEF de los NSE muy pobre, pobre y medio presentan un incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad mientras que las MEF de los NSE rico y muy rico muestran disminución en la prevalencia. Los factores de riesgo asociados para el sobrepeso y la obesidad en las MEF para el año 1996 son: el tipo de residencia, la edad, el lugar de residencia, el nivel de educación, el estado civil y el NSE. Adicionalmente para el año 2000, también resultó estadísticamente significativo el número de hijos

## 2.1.2. BASES TEÓRICAS

### 2.1.2.1. OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad multifactorial, no contagiosa y crónica que se caracteriza por la acumulación de grasa que llega a causar daños en la salud, tanto física como psicológica del individuo según World Health Organization (Who, 2009).<sup>2</sup>

La palabra obeso está ligada en latín a la voz **obedere**, derivada de la raíz **ob** (sobre o que abarca todo) y **edere** (comer). Por tanto atendiendo a su etimología podríamos decir que la obesidad está relacionada con el hecho de comer mucho.<sup>14</sup>

Es una enfermedad de carácter crónico y manejable, que se distingue por la acumulación excesiva de tejido adiposo, que acarrea diferentes problemas y predispone a desarrollar otras enfermedades ROZOWSKI (1997).<sup>8</sup>

La obesidad se han convertido en uno de los problemas de salud pública más frecuentes en países industrializados y curiosamente también en algunos países en vía de desarrollo.<sup>15</sup>

La obesidad es considerada como una enfermedad auto-inflingida, pudiendo causar angustia, depresión y conductas de evitación social. De hecho, en la investigación de Segal y Fandiño (2002) se concluye que las personas obesas asisten menos años a la escuela y tienen menos posibilidades de ser aceptados en su medio social. Lo mismo ocurre en los puestos de trabajo, se caracterizan por salarios más bajos. Además, las personas obesas son menos propensas a involucrarse en relaciones afectivas estables. En este sentido son menos propensas a involucrarse en relaciones afectivas estables. En este sentido, los aspectos psicosociales relaciones con la obesidad han llamado la atención.<sup>2</sup>

La medición del peso corporal y la definición de parámetros de normalidad se ha realizado de diversas maneras, sin embargo en la actualidad el más utilizado es el índice masa corporal (IMC).

De acuerdo con el instituto nacional de la salud (National Institutes of health, 1998), la fórmula para calcular el IMC es: la masa corporal

(en Kg) / altura<sup>2</sup> (en m<sup>2</sup>).El IMC no identifica si el peso proviene del musculo o de la grasa.<sup>2</sup>

Según Björntorp y Sjöström (1971), también podemos clasificar la obesidad en función de las diferencias morfológicas de los adipocitos diferenciando entre hipertrófica (aumento del tamaño de los adipocitos) e hiperplasia (aumento del número de células grasas).<sup>16</sup> Siguiendo los criterios de la SEEDO y la Organización Mundial de la Salud se acepta la clasificación de los diferentes grados de obesidad según valor de índice de masa corporal tal como se expresa en la tabla.

### **CLASIFICACIÓN:**

Tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>
Bajo peso	>18.5
Normal	18.5 - 24.9
Sobre peso	25.0 – 29.9
Obeso tipo I	30.0 – 34.9
Obeso tipo II	35.0 – 39.9
Obeso tipo III	>40

National Institutes of Health (1998) y SEEDO (2007)

Para catalogar de obeso en la práctica a un sujeto, utilizamos la medición del peso corporal o el cálculo de índices basados en el peso y la altura (IMC), de acuerdo a como se ha establecido en Consensos Internacionales. Un IMC igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> es el indicador clínico utilizado universalmente para diagnosticar obesidad en ambos sexos.

### 2.1.2.1.1. FACTORES DE RIESGO

La obesidad es un síndrome de carácter multifactorial, donde factores fisiológicos, genéticos, ambientales y psicológicos entran en juego:

**Aspectos biológicos:** En las mujeres obesas se ha visto un bajo nivel de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que se correlaciona con preferencias elevadas por carbohidratos.<sup>17</sup>

**Hábitos de alimentación:** El tipo de alimentación prácticamente determina la obesidad (la cual tiende a ser alta en grasas y baja en contenido de fibras)

**Factores psicológicos:** Están presentes en la sobreingesta y los “atracones”. Se puede atribuir a un fallo psicológico en el control del apetito “verse tentado a comer más de lo que se necesita”. Se da una dependencia psicológica en el acto de comer, dependencia que es tan preocupante como la del tabaco o el alcohol.

**Factor cultural:** Ya que los hábitos son parte de la cultura muchos países padecen de esta enfermedad, principalmente las personas con un nivel socioeconómico más bajos donde la ingesta se caracteriza por ser más rica en carbohidratos y grasa, ya que económicamente es más accesible y saciadora.<sup>8</sup>

### 2.1.2.1.2. CLASIFICACION DE LA OBESIDAD.

La obesidad exógena se define como aquella que tiene como origen una ingestión calórica excesiva a través de la dieta, mientras que la endógena se produce por disturbios hormonales.<sup>7</sup>

Así, en función de la distribución de la grasa corporal se puede clasificar la obesidad en (SEEDO, 1995). No obstante esto es solo un modelo ya que ambas se pueden presentar en los dos sexos, siendo esta la tendencia actual.

- ❖ **OBESIDAD DE DISTRIBUCION HOMOGENEA.** Existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo
- ❖ **OBESIDAD GLUTEOFEMORAL O GINOIDE.** Existe un aumento de la grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos. Es más frecuente en mujeres.
- ❖ **OBESIDAD ABDOMINAL, CENTRAL O ANDROIDE.** Acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.

### **2.1.2.1.3. EFECTOS SOBRE LA SALUD Y ENFERMEDADES ASOCIADAS**

La OMS señala que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo.

La asociación con otras enfermedades puede ser dependiente o independiente de la distribución del tejido adiposo. La obesidad central (u obesidad caracterizada por un radio cintura cadera alto), es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico, el cúmulo de un número de enfermedades y factores de riesgo que predisponen fuertemente para la enfermedad cardiovascular.

- a) **Resistencia a la Insulina y Diabetes:** El aumento de peso se asocia con mucha frecuencia al aumento de las concentraciones de insulina en plasma. La aparición de Diabetes mellitus en el obeso es tres veces superior, pero en la mayoría de casos se controla con la reducción de peso y dieta. (Duperly, J .2004)
- b) **Hipertensión Arterial:** La frecuente asociación entre obesidad e hipertensión arterial ha sido ampliamente documentada. Tanto la presión diastólica como la sistólica se incrementan con el aumento del IMC. Adicionalmente, el riesgo de desarrollar hipertensión arterial entre los 20 y los 44 es cinco a seis veces mayor en individuos obesos.<sup>15</sup>

- c) **Enfermedades Cardiovasculares.** Se evidencia aumento en el tamaño de los ventrículos en especial izquierdo y del gasto cardíaco que a medio plazo puede provocar hipertrofia o dilatación de dicho ventrículo. (Duperly, J .2004).
- d) **Alteraciones óseas y articulares.** Es lógico pensar que el exceso de peso puede provocar alteraciones sobre el sistema esquelético, ya que nuestro cuerpo no está diseñado para soportar sobrepesos importantes. La obesidad provoca un traumatismo constante sobre la articulación, que se degenera con mayor celeridad y da como resultado final una artrosis, sobre todo intervertebral, en la rodilla, la cadera y el tobillo.
- e) **Neoplasias (tumores malignos).** La obesidad se asocia a una mayor mortalidad por cáncer de próstata y colorrectal en varones, mientras que en las mujeres la mortalidad se incrementa en el cáncer de útero, ovario, endometrio, mama y vesícula biliar.

#### **2.1.2.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

La imagen corporal de los obesos suele ser negativa y normalmente está unida a sentimientos de inferioridad y de inseguridad. Tras una baja de peso satisfactoria, o una vez consiguen estar en su peso, la imagen corporal de los obesos suele cambiar y ser más satisfactoria.<sup>15</sup>

Los síntomas que producen la obesidad debido a la acumulación de grasa bajo el músculo diafragma y en la caja torácica, pueden ejercer presión en los pulmones, produce déficit en el intercambio respiratorio inclusive en el mínimo esfuerzo.<sup>16</sup>

Dentro de estos efectos producidos por la obesidad se presentan los siguientes:

- **Aumento de peso.** Se ve reflejado en el aumento de tejido adiposo que se observa alrededor del cuerpo.



- **Estrías cutáneas.** Se genera por distensión de la piel, por lo general son de color blanquecino y rosado, se localizan en caderas, en la región superior de los muslos, en brazos.
- **Acantosis nigricans.** Manifestación dermatológica de hiperinsulinismo, causando oscurecimiento y engrosamiento de la piel con pliegues irregulares, por lo general en zonas como la nuca, los laterales del cuello, axila e ingle.
- **Problemas ortopédicos.** Debido al aumento de peso, se comienza a tener dolores de huesos de pies, dolor de columna lumbar, cadera, rodillas, incluso se presentan deformaciones de los huesos antes mencionados.
- **Acumulación de grasa en glándulas mamarias.** Crecimiento de mamas se observa más en hombres y rara vez en mujeres.
- **Síntomas cardiorrespiratorios.** Se presenta cuando hay una disminución de la capacidad física, originando fatiga, somnolencia, hipercapnia, hipoxia e insuficiencia cardíaca.
- **Problemas psicológicos.** Depresión, baja autoestima, ansiedad, soledad, etc.

#### 2.1.2.1.5. OBESIDAD EN LA MUJER

La obesidad se ha convertido en todos los países desarrollados en un destacado problema de salud pública y puede considerarse una verdadera epidemia. Entre las mujeres se da con mayor prevalencia que entre los hombres, y además de ser un factor de riesgo cardiovascular, en la mujer se asocia a un mayor riesgo de cáncer de mama y de endometrio, a poliquistosis ovárica e infertilidad femenina. Por otra parte, la mujer tiene gran presión respecto a los valores estéticos y presenta componentes emocionales importantes en relación a la comida (Riobó, Fernández, Kozarcewski y Fernández, 2003). Existen numerosas teorías sociales y biológicas acerca de por qué la obesidad es más frecuente entre las mujeres que entre los varones. Una de las hipótesis es que los hombres cuentan con mayor tasa metabólica y mayor proporción de masa corporal magra (metabólicamente más

activa). Además, plantea que los varones suelen ser físicamente más activos que las mujeres (queman más calorías por kilogramo que las mujeres), con lo que reducen su tasa de aumento de peso si se alimentan excesivamente (Shaw y cols., 2008).

El embarazo se asocia con un aumento del peso corporal en la mujer. Por otra parte, Rooney y Schauburger (2002), encontraron que aquellas mujeres que engordaban mucho durante el embarazo o que no adelgazan (y alcanzan otra vez su peso) después de dar a luz, tenían más probabilidades de tener problemas de peso durante muchos años.

La obesidad es factor de riesgo de algunas neoplasias. Las mujeres obesas tienen más riesgo de padecer carcinoma de endometrio, mama, ovario, cerviz, vesícula y vías biliares. De forma más específica, la ganancia de peso y la obesidad abdominal aumentan el riesgo de cáncer de mama en la post menopausia (Riobó y cols., 2003).

Respecto a los problemas psicológicos, existen estudios que encuentran que a mayor grado de obesidad, mayor grado de psicopatología en las mujeres.<sup>17</sup>

#### **2.1.2.1.6. La Dimensión Psicológica de la Obesidad**

En la dimensión psicológica de la obesidad se ha documentado la presencia en mujeres obesas de alteraciones en la percepción de la imagen corporal (Sansone, Wiederman & Monteith, 2001), síntomas depresivos en relación con el tamaño del cuerpo (Lim, Thomas, Bardwell & Dimsdale, 2008), bajo control de impulsos y en particular hacia la comida (Rand & Stunkard, 1978), mayor presencia de insatisfacción corporal, perfeccionismo, obsesión por el peso, figura y comida, así como baja autoestima (Arias et al., 2006) y dificultades para el manejo de la agresividad y la asertividad (Hidalgo & Gottlieb, 2001).<sup>18</sup>

### 2.1.2.2. RESPUESTA SEXUAL

La respuesta sexual humana es inherente a cada uno de los miembros de nuestra especie, independiente de su color de piel; estado de salud; religión; edad; sexo; orientación sexual; escolaridad e incluso preferencia política. Es un derecho inalienable su ejercicio.<sup>19</sup>

Durante la respuesta sexual humana, se producen una serie de cambios.<sup>20</sup>

La respuesta sexual humana es inherente a cada uno de los miembros de nuestra especie, independientemente de su color de piel; estado de salud; región; edad; sexo; orientación sexual; escolaridad e incluso preferencia política. Es un derecho inalienable su ejercicio.

Es una función compleja que involucra la interacción de factores biológicos psicológicos, afectivos y socioculturales.

La respuesta sexual humana consiste en una serie ordenada de acontecimientos fisiológicos que preparan al cuerpo para realizar el coito, y a la larga, que tenga lugar la reproducción. A fin de que el acto sexual pueda realizarse, existen factores orgánicos y psicológicos implicados, los cuales propician que los órganos genitales experimenten ciertos cambios intensos en cuanto a su forma y función desde un punto basal de partida.<sup>22</sup>

William Howell Masters y Virginia Eshelman Johnson, más conocido por Masters y Johnson (1915- 2001). Pretenden observar el sexo científicamente, comprobar la teoría de respuesta sexual humana y así ver las disfunciones que se producen, para diseñar un tratamiento que mejore la respuesta sexual humana si fuera necesario. Masters y Johnson consolidan la sexología: Se describieron 4 fases de la respuesta sexual humana: excitación, meseta, orgasmo y resolución llamada respuesta tetrafásica. Con posterioridad Helen Kaplan la simplificó y planteó la respuesta bifásica (excitación y orgasmo).

Kaplan 1976 considera la respuesta sexual humana como un ciclo trifásico, y en una forma muy simple define la respuesta sexual en tres fases: deseo, excitación, orgásmica.<sup>6</sup> Introduce la fase deseo como parte

de la respuesta sexual humana, que Masters y Johnson no había contemplado.<sup>21</sup>

No hay una forma determinada de respuesta sexual femenina. Y el deseo no necesariamente tiene que aparecer desde el principio.<sup>22</sup>

La respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo) “se refiere a una serie de procesos fisiológicos que tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos con la potencialidad de desencadenar un orgasmo” (Rubio, Revuelta, 1994).

John Bancroft describe la respuesta sexual humana como un conjunto de eventos no secuenciales.<sup>23</sup>

La respuesta sexual humana depende de una serie de reflejos autónomos que funcionan con éxito en las personas que se abandonan a las experiencias eróticas y que no intentan vigilar conscientemente sus acciones, y que se encuentran en un estado de ánimo tranquilo y de armonía emocional. Es bien sabido que factores negativos como el temor y la tensión tienen un efecto adverso para la capacidad del individuo en cuanto a sus apetitos sexuales, y ello altera su funcionamiento sexual (Mccary et al 1996).<sup>6</sup>

#### **2.1.2.2.1. FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL:**

##### **❖ FASE DEL DESEO SEXUAL;**

En el último cuarto de siglo XX el concepto de deseo sexual ha ido ocupando de forma progresiva un lugar central en el discurso sexológico. El modelo que se ha seguido para conceptualizarlo ha partido y se referencia en el propuesto por Helen S. Kaplan (1979), quién más tarde introdujo el deseo sexual como una fase del modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson (1966).

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual.

Los pensamientos eróticos pueden provocar el deseo sexual en la mujer; esto ayuda notablemente a la realización del acto sexual femenino. Este deseo depende mucho de su educación, así como de su impulso fisiológico, aunque el deseo sexual sí aumenta en

proporción al nivel de secreción de hormonas sexuales. El deseo también varía según el ciclo sexual, y alcanza un máximo en la proximidad del tiempo de ovulación, probablemente debido al alto nivel de secreción de estrógenos durante el periodo preovulatorio. La estimulación sexual local de la mujer es más o menos igual que la del hombre, pues el masaje y otros tipos de estimulación de la vulva, la vagina y ciertas regiones del periné crean sensaciones sexuales. El glande del clítoris es especialmente sensible para iniciar estas sensaciones.

El deseo también varía según el ciclo sexual, y alcanza un máximo en la proximidad del tiempo de ovulación, probablemente debido al alto nivel de secreción de estrógenos durante el periodo preovulatorio.<sup>23</sup>

El deseo sexual hace referencia al nivel general de interés en la sexualidad. Tiene una modulación fundamentalmente hormonal. Siendo las testosterona la principal hormona implicada.<sup>24</sup>

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo.

#### ❖ **FASE DE EXCITACIÓN:**

La excitación sexual se caracteriza por un sentido objetivo de excitación sexual y de placer y por la dilatación de los genitales externos, los deseos sexuales y la excitabilidad sexual están íntimamente relacionados, y a veces no les muy claro cómo distinguirlos.

La excitación, no es una condición para el deseo sexual, ya que se puede sentir excitación y orgasmo sin la experiencia de deseo sexual y a la inversa.

La fase de excitación la podemos subdividir en tres partes: excitación central, respuesta genital y excitación periférica.<sup>21</sup>

Las tres sub fases interactúan entre sí, potenciando y manteniendo la fase de excitación.

Durante la fase de excitación se produce una gran vasodilatación del área pelviana. En la mujer, principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores. Esto se traduce en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal. El clítoris aumenta de volumen, se produce una erección de los pezones. Luego se produce una expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del útero. En algunas mujeres suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco.<sup>25</sup>

Durante esta fase la excitación es similar en los dos sexos y está caracterizada por fenómenos de vasodilatación con aumento del aporte de sangre a los órganos sexuales.

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de: mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea.<sup>26</sup>

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales.

#### ❖ FASE DEL ORGASMO:

Se produce un espasmo de los músculos que rodean el tercio inferior de la vagina, seguido de contracciones rítmicas de los mismos. En ocasiones se producen contracciones uterinas. Fuera del área genital se produce contracción de los rectos anteriores del abdomen y del esfínter anal e incremento de la tensión arterial y la

ventilación pulmonar. Existe un sentimiento de intenso placer y una alteración variable del nivel de conciencia.

En la fase del orgasmo hay diferencias intersexuales en lo que a frecuencia se refiere: casi todos los hombres alcanzan el orgasmo, pero en un elevado porcentaje de mujeres sanas la respuesta orgásmica es menos frecuente durante el coito. Una vez que se produce, no hay grandes diferencias. Durante el orgasmo, se producen contracciones intermitentes de la musculatura lisa genital y esquelética.<sup>27</sup>

El orgasmo es una respuesta fisiológica, emocional y social: une el cuerpo a la capacidad de gozar y de compartir la experiencia sexual.<sup>23</sup>

El orgasmo femenino es análogo a la emisión y a la eyaculación del varón, y quizás ayuda a promover la fecundación del óvulo. Las intensas sensaciones sexuales que se desarrollan durante el orgasmo también se dirigen al cerebro y causan una gran tensión muscular en todo el cuerpo.

Pero tras la culminación del acto sexual, esto da paso, en los minutos siguientes, a una sensación de satisfacción caracterizada por una plácida relajación, un efecto denominado resolución.

La fase orgásmica lleva a una serie de cambios generales en el hombre y en la mujer. El tono sexual parasimpático cambia a tono simpático. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo. En la mujer se producen espasmo musculares irregulares, contracturas. Hay cambios en la expresión facial, aumento de los ritmos cardíaco y respiratorio. Luego de producirse un estado de relajación del ensueño sexual, el cuerpo se tensa. Puede venir un abandono de la tensión con ondas de placer localizado en la región pelviana.

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en

información aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. <sup>26</sup>

<b>DESEO</b>	Presencia de pensamiento o fantasías sexuales
	Deseo de actividades sexual
	Posibles cambios hormonales
<b>EXCITACION</b>	Rápida lubricación vaginal
	Aumento de tamaño y elevación del útero y cuello uterino con aparición de contracciones rápidas e irregulares
	Crecimiento en el tamaño del clítoris
	Aumento del volumen de pecho
	Acentuación de la tensión muscular
	Contracción muscular involuntaria
	Aumento de la frecuencia cardiaca
	Incremento de la presión arterial
<b>ORGASMO</b>	Contracciones de tercio externo de la vagina
	Contracciones del útero y trompas de Falopio
	Contracciones del esfínter anal
	El clítoris permanece retraído y oculto
	Máximo desarrollo de rubor sexual
	Contracciones musculares involuntarias
	Aumento de la frecuencia cardiaca hasta 180 latidos por minuto
	Incremento de la presión arterial
	Aumento de la frecuencia respiratoria

**Cuadro de cambios generales producidos durante la respuesta sexual humana. Ivan Arango de Motis; Sexualidad humana; México Editorial Manual Moderno, 2008**



#### **2.1.2.2.2. ENDOCRINOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las Fundamentales son: estrógenos y testosterona.

**La Testosterona** en hombres y mujeres, incrementa el deseo sexual, favorece la vasocongestión con más altos niveles de excitación y brinda el entorno químico que se requiere para el funcionamiento y estructuración del orgasmo.

Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar. <sup>(29,30)</sup>

**Los Estrógeno** tienen relación con la vagina a través del SNC y periférico y en la transmisión nerviosa. Modelos de experimentación han permitido deducir que los estrógenos afectan los umbrales de sensibilidad, se relacionan con la sensibilidad vibratoria y los umbrales de sensibilidad a la presión.

Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa.

Los estrógenos tiene también efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital. <sup>(29,30)</sup>

#### **2.1.2.2.3. RESPUESTA SEXUAL HUMANA, SUS PROBLEMAS Y DISFUNCIONES**

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual deben diagnosticarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción sexual.

### **Clasificación de la disfunción sexual femenina**

Un panel de consenso para la clasificación de la Disfunción Sexual Femenina de la Fundación Americana de Enfermedades Urológicas, basándose en la opinión de Kaplan (3 fases: deseo, excitación, orgasmo).

Helen Singer Kaplan (1979) propuso el modelo trifásico de respuesta sexual. Lo más interesante de este modelo es la consideración de que cada fase constituye una entidad neurofisiológica distinta que puede ser alterada independientemente. Ello contribuyó a comprender mejor las disfunciones sexuales organizándolas en trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo.<sup>10</sup>

### **Trastornos del deseo sexual**

#### **A. Deseo sexual hipoactivo:**

Se manifiesta por la disminución o la pérdida, total o parcial, del interés o el deseo por la actividad sexual (masturbación, coito). Es un trastorno que perfectamente puede distorsionar gravemente la relación de pareja. Es importante destacar que el deseo sexual difiere en cada individuo. Tomando en cuenta los factores que afectan el funcionamiento sexual, tales como edad, sexo, y el contexto de la vida de la persona.<sup>8</sup>

**B. Aversión sexual:** Aversión fóbica persistente o recurrente, a evitar el contacto sexual con una pareja sexual, que causa angustia personal.<sup>17</sup>

## **II. Trastorno de la excitación sexual en la mujer.**

Incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener excitación sexual. Se puede manifestar como una falta subjetiva de excitación o falta de lubricación o alguna otra respuesta somática.

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación sexual hasta la terminación de la relación sexual<sup>21</sup>.

Los trastornos de la excitación sexual incluyen, entre otros, la falta o la disminución de la lubricación vaginal, una reducción de la sensibilidad del clítoris o de los labios, menor ingurgitación labial y clitorídea, y la ausencia de relajación de la musculatura lisa vaginal.<sup>23</sup>

## **III. Trastorno orgásmicos:**

Dificultad persistente o recurrente, demora o ausencia para obtener un orgasmo, después de un estímulo sexual suficiente y excitación adecuada, que causa angustia personal. Los términos disfunción orgásmica y anorgasmia son utilizados como sinónimos.

El trastorno orgásmico femenino es la categoría más frecuente de los trastornos sexuales. No obstante, muchas mujeres que no logran el orgasmo en todos sus contactos sexuales, no padecen de un trastorno sexual, pues solo debe considerarse que se padece, si provoca malestar, insatisfacción o dificultades con la pareja.

El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida.

1. Primaria: Cuando no se ha producido nunca el orgasmo. Está presente desde el inicio de la vida sexual.

2. Secundaria: Cuando el orgasmo existía normalmente y se pierde posteriormente. Aparece después de haber experimentado todas las fases que integran la respuesta sexual.
3. Situacional: Cuando se produce solamente en ciertas circunstancias.
4. Coital: Cuando el orgasmo no se logra durante el coito, pero puede lograrse con otros tipos de estímulos extra coitales. La anorgasmia coital es a su vez una forma de anorgasmia situacional.

#### **2.1.2.2.4. SEXUALIDAD EN MUJERES OBESAS**

La obesidad puede alterar el funcionamiento normal del organismo de varias maneras.

Las hormonas sexuales pueden alterarse debido a la obesidad; la menstruación puede perder su regularidad con mayor facilidad en personas obesas.

La diabetes, más frecuente en personas con graves problemas de peso, puede causar serios problemas sexuales, como impotencia; así como, los fármacos para la hipertensión arterial pueden tener importantes efectos secundarios en la vida sexual.

Además, la obesidad facilita la destrucción acelerada de las articulaciones y se pueden representar dificultades para adoptar las posturas necesarias para el coito. La curva abdominal es a veces tan pronunciada, así como la adiposidad de muslos y glúteos, por lo cual puede llegar a ser imposible el coito.

La respuesta se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el orgasmo y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos. Estos fenómenos provocan una serie de reacciones que por su ubicación pueden ser divididas en genitales o extragenitales.<sup>28</sup>

### 2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**SEXO.** Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que definen al ser humano como mujer u hombre. Se nace con él, es universal y no es sinónimo de sexualidad.

**SEXUALIDAD:** Sexualidad es el conjunto de condiciones estructurales (anatómicas), fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. Abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta en general y sexual en particular, la manera de expresarnos y relacionarnos con los demás. En definitiva la forma de vivir como hombres y mujeres (Gonzalez et al 2001).<sup>6</sup>

**RESPUESTA SEXUAL:** Es el conjunto de cambios físicos y hormonales que experimentan los seres humanos ante el estímulo sexual. El cual está constituido por cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

**EROTISMO.** Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos, como deseo sexual, excitación y orgasmo, y, que en general, se identifican con placer sexual.

**OBESIDAD:** Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.

Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 kg/cm<sup>2</sup> es considerada obesa.

**MUJER:** Se entiende por mujer a todo ser humano de sexo femenino, en oposición a aquellos de sexo masculino clasificados bajo el término hombre. Dentro de la categoría “mujer” pueden contarse las de niña, adolescente y adulta. A su vez, con frecuencia se utiliza el término “hombre” para referirse a la humanidad en general o al individuo en sociedad, de forma que también se comprende a la mujer en dicha consideración.

Desde el punto de vista biológico, una mujer es aquel ser humano que, producto de la fertilización del óvulo por parte de la célula espermatozoide, porta los cromosomas XX

**EDAD FERTIL:** Se considera en edad reproductiva a las mujeres de entre 15 y 49 años de edad.

**TRASTORNO DE LA RESPUESTA SEXUAL:** Se define como cualquier alteración que ocurra en cualquiera de las fases que integran la respuesta sexual de la mujer que puede ser considerada o no como una disfunción sexual transitoria o como una disfunción establecida.

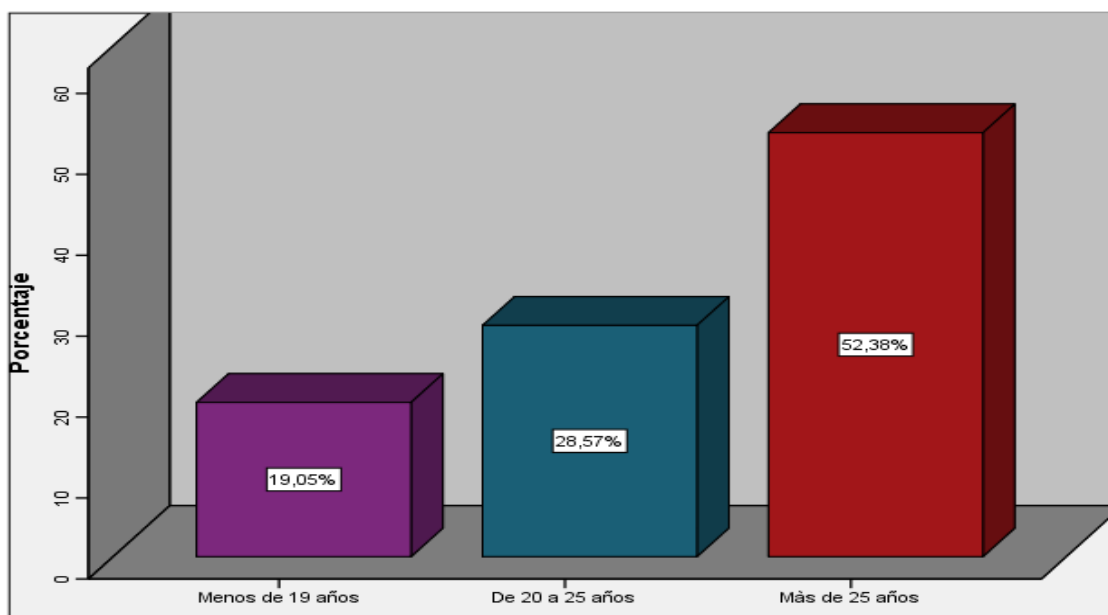
**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA:** Esta definida como alteraciones en la fantasía, el deseo sexual, la excitación y el orgasmo, así como dolor relacionado con la actividad sexual que causa angustia y malestar personal significativo y que puede tener impacto en la calidad de vida.

**DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL.** Es la deficiencia o la ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales y del deseo de realizar la actividad sexual o receptividad para esta lo cual causa malestar personal.

**CAPITULO III**  
**PRESENTACIÓN, INTERPRETACION ANÁLISIS Y DISCUSION DE**  
**RESULTADOS**

**Cuadro: 1**  
**Edad de las Mujeres Estudiadas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 19 años	8	19,0	19,0	19,0
	De 20 a 25 años	12	28,6	28,6	47,6
	Más de 25 años	22	52,4	52,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



Fuente Bachiller Rosalía García

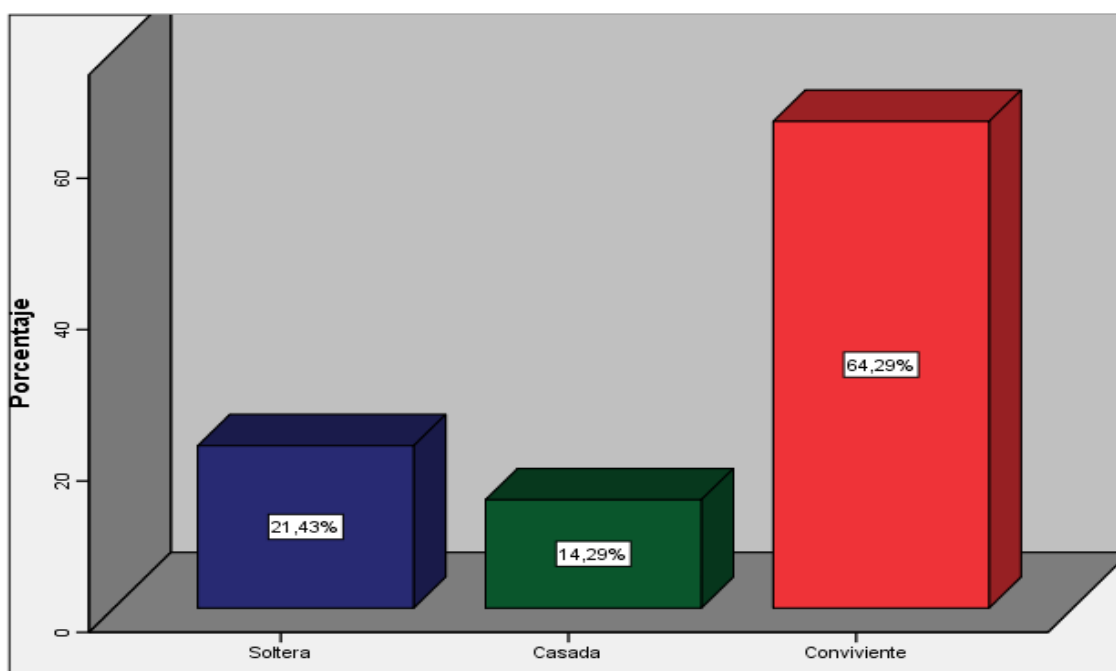
**Interpretación:** Del total de mujeres que participaron en el estudio según el grupo atareo el 19.05% (8) tienen menos de 19 años, el 28.57% (12) es de 20 a 25 años y el 52.38%(22) más de 25 años



## CUADRO N° 2

### Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	9	21,4	21,4	21,4
	Casada	6	14,3	14,3	35,7
	Conviviente	27	64,3	64,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



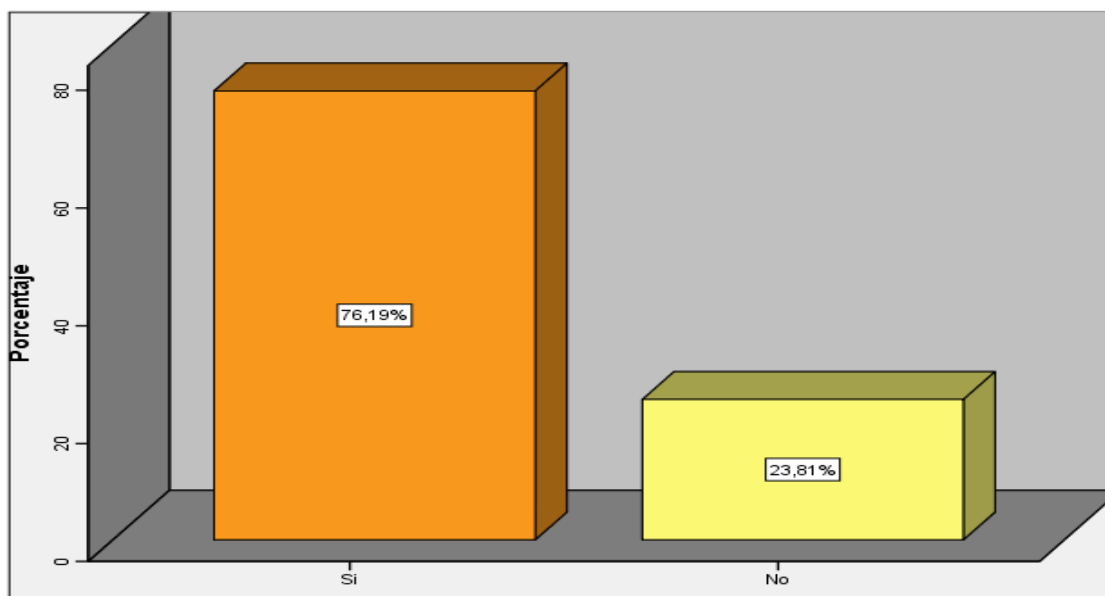
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** En el cuadro según estado civil el 21.43% (9) es soltera, el 14.29%(6) es casada 64.29%(27)es conviviente.

### CUADRO N°3

#### ¿Tiene hijos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	32	76,2	76,2	76,2
	No	10	23,8	23,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

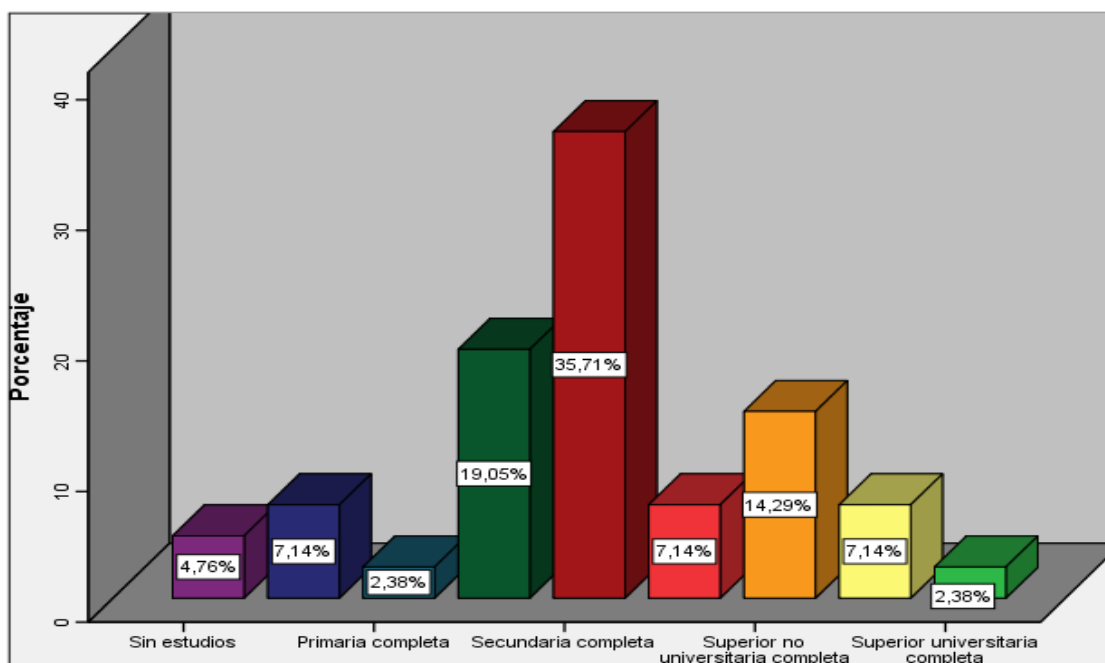


Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** En el cuadro el 76%(32)si tiene hijos el 23.81%(10) no tiene hijos

**CUADRO N°4**  
**Grado de instrucción**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin estudios	2	4,8	4,8	4,8
Primaria incompleta	3	7,1	7,1	11,9
Primaria completa	1	2,4	2,4	14,3
Secundaria incompleta	8	19,0	19,0	33,3
Secundaria completa	15	35,7	35,7	69,0
Superior no universitaria incompleta	3	7,1	7,1	76,2
Superior no universitaria completa	6	14,3	14,3	90,5
Superior universitaria incompleta	3	7,1	7,1	97,6
Superior universitaria completa	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	



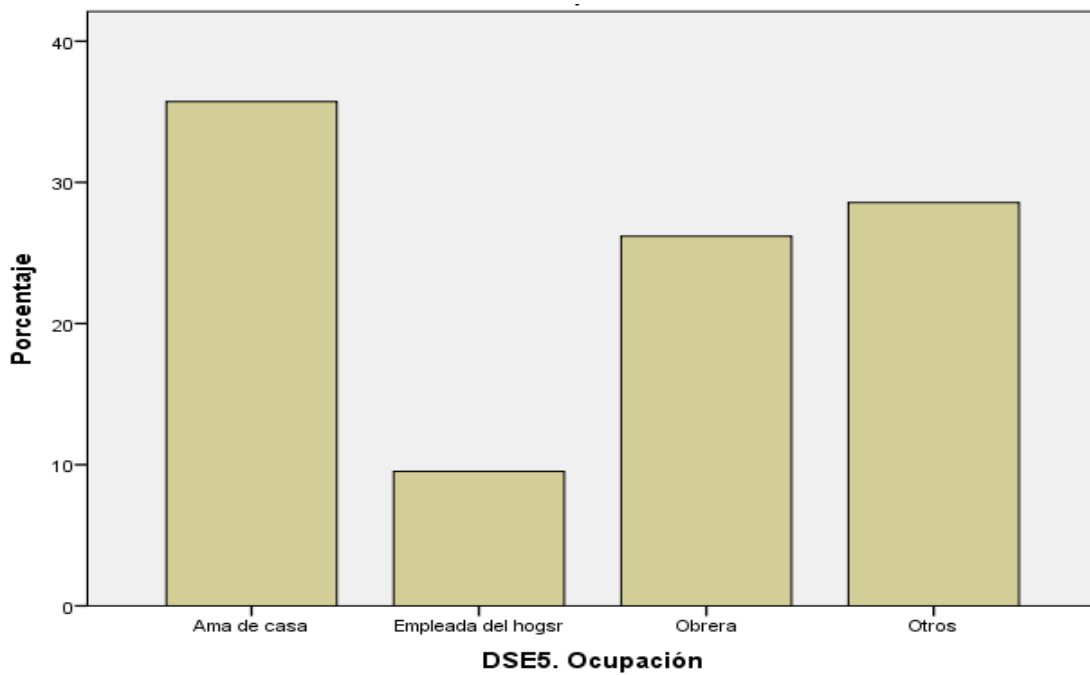
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Del total de mujeres según grado de instrucción 4.76% sin estudios Primaria Completa 2.4% Primaria incompleta 7.1%, Secundaria Completa 35.71%, Secundaria Incompleta 19%, Superior no Universitario Completo 14.3%, Superior no Universitario Incompleto 7.1%, Superior Universitario Completo 2.38%.

## CUADRO N°5

### Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ama de casa	15	35,7	35,7	35,7
Empleada del hogar	4	9,5	9,5	45,2
Obrera	11	26,2	26,2	71,4
Otros	12	28,6	28,6	100,0
Total	42	100,0	100,0	

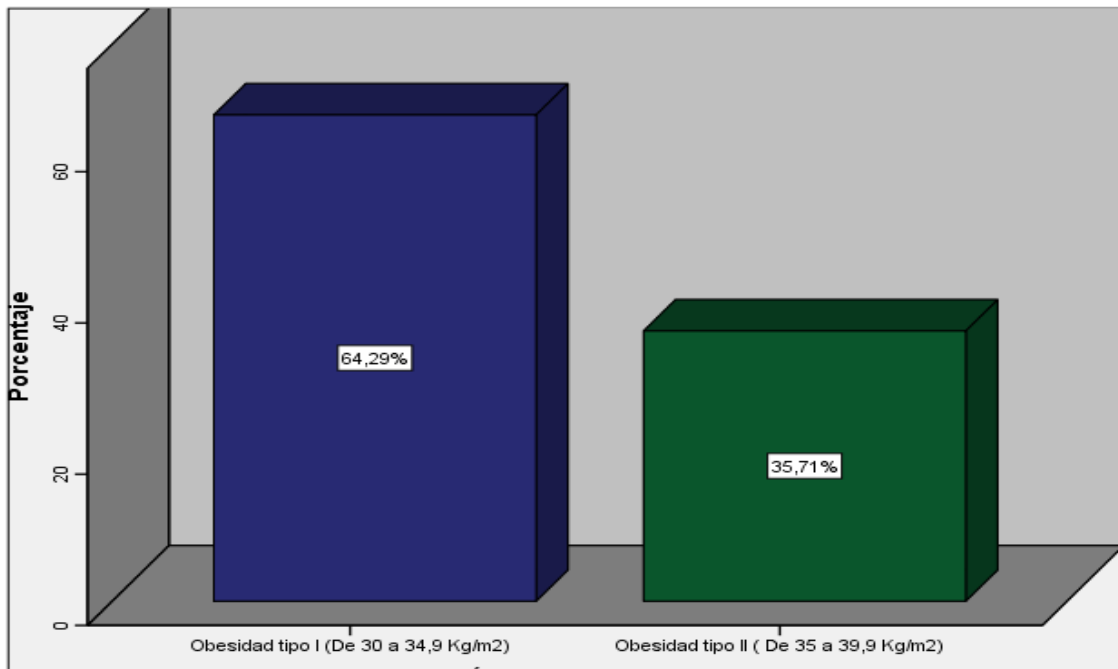


Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Según Ocupación el 35.7%( 15) es ama de casa, el 9.5%(4)es Empleada del hogar y el 26.2%(11) es obrera otros el 28.2%(12)

**CUADRO N°6**  
**Índice de masa corporal**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Obesidad tipo I (De 30 a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> )	27	64,3	64,3	64,3
Obesidad tipo II ( De 35 a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> )	15	35,7	35,7	100,0
Total	42	100,0	100,0	



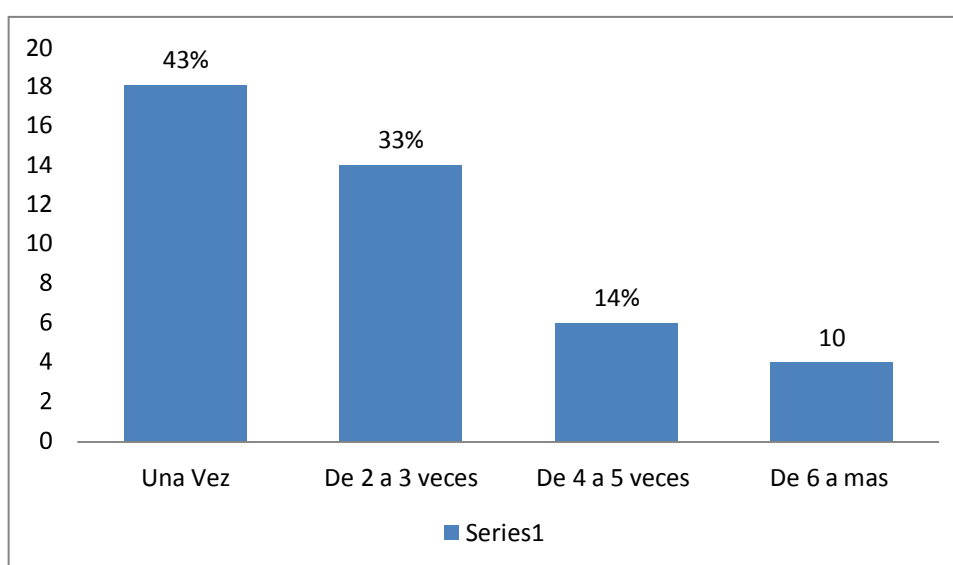
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** En el índice de masa corporal Obesidad tipo I 64.3%( 27) y Obesidad tipo II de 35.7%(16).

### CUADRO N°7

**Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Una vez	18	42,9	42,9	42,9
De dos a tres veces	14	33,3	33,3	76,2
De cuatro a cinco veces	6	14,3	14,3	90,5
De seis a más veces	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	



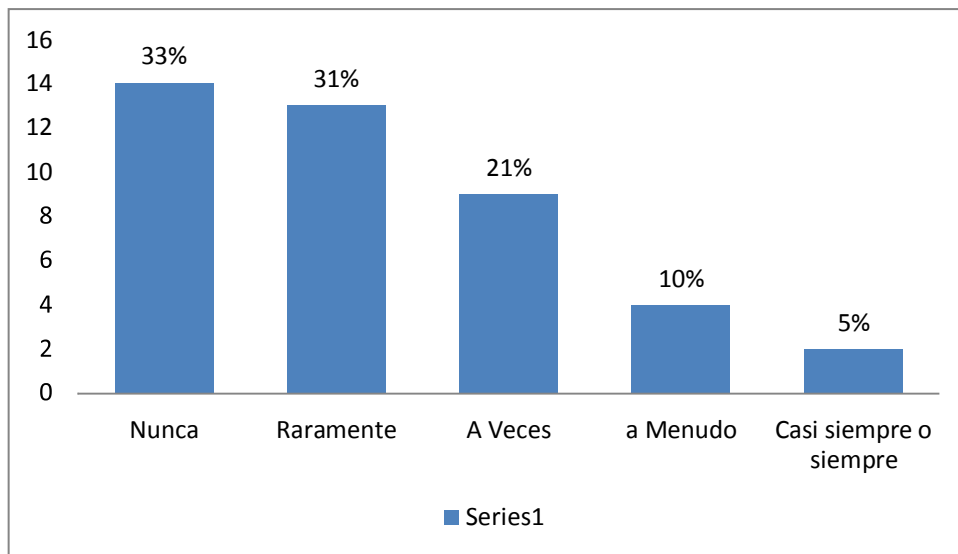
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que durante las últimas 4 semanas cuantas veces ha tenido actividad sexual el 43%(18) Una vez, el 33%(14) de 2 a 3 veces, el 14%(6) de 4 a 5 veces y el 10% (4) de 6 a más veces.

### CUADRO N°8

**En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta tu deseo sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	14	33,3	33,3	33,3
Raramente	13	31,0	31,0	64,3
A veces	9	21,4	21,4	85,7
A menudo	4	9,5	9,5	95,2
Casí siempre - Siempre	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	



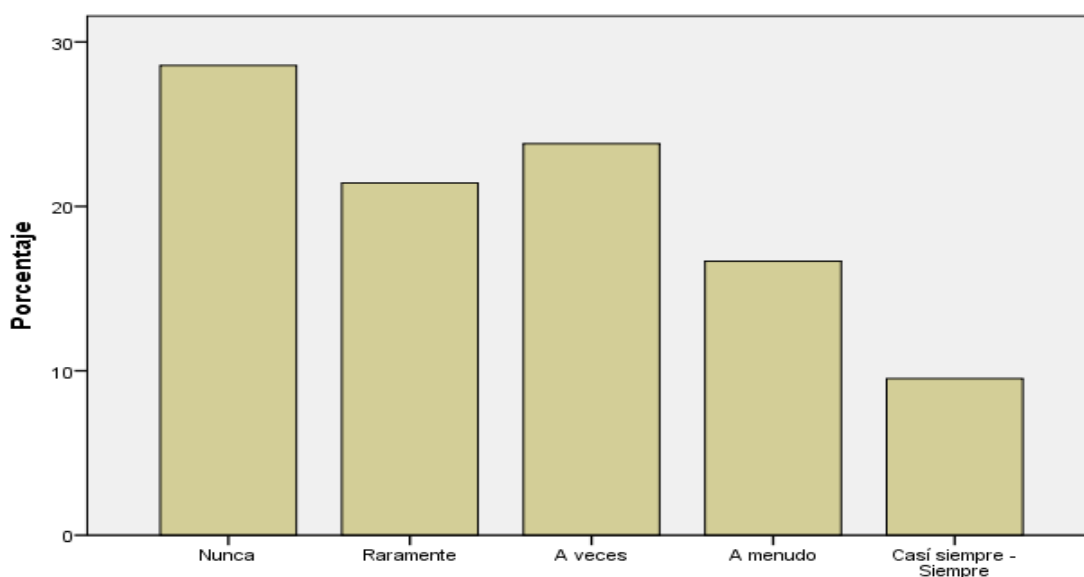
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 33%(14) siente que nunca su peso afecta su deseo sexual, el 31%(13) raramente, 21.4% (9) a veces, a menudo 9.5% (4) y casi siempre, siempre 4.8%(2) su peso afecta su deseo sexual.

### CUADRO N°9

**En las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar actividad sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	12	28,6	28,6	28,6
Raramente	9	21,4	21,4	50,0
A veces	10	23,8	23,8	73,8
A menudo	7	16,7	16,7	90,5
Casí siempre - Siempre	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**DS11. En las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?**

Fuente Bachiller Rosalía García

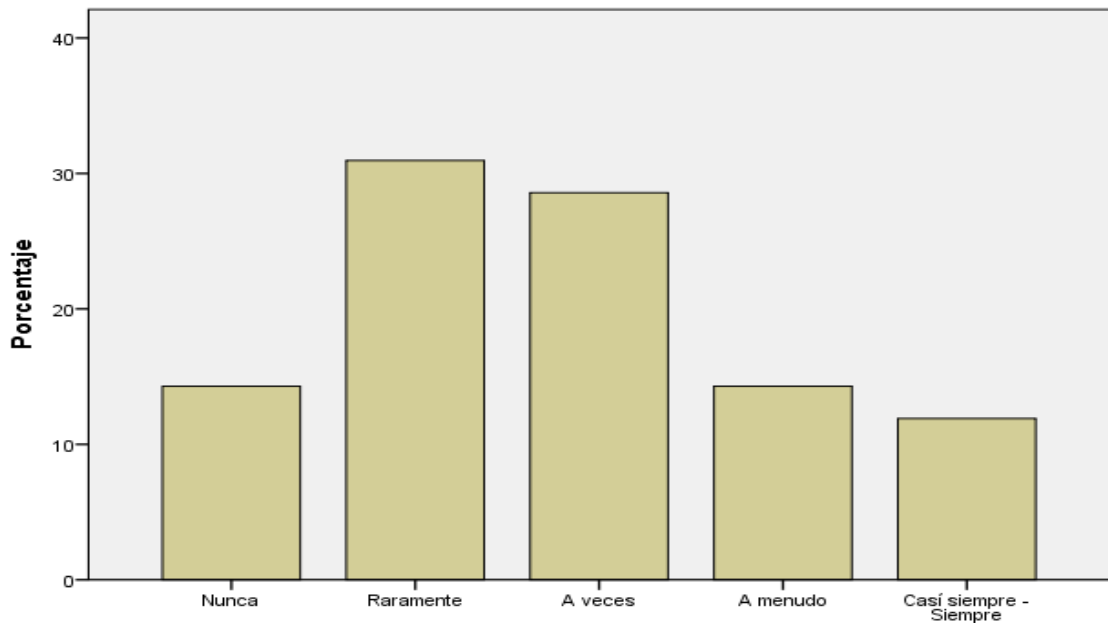
**Interpretación:** Se observa que 28.6%(12) nunca ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual, Raramente 21.4%(9), a veces 23.8%(10), a menudo 16.7%(7) casi siempre –siempre 9.5%(4).



## CUADRO N°10

**En las últimas cuatro semanas ¿Experimentó deseo o interés sexual?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	14,3	14,3	14,3
	Raramente	13	31,0	31,0	45,2
	A veces	12	28,6	28,6	73,8
	A menudo	6	14,3	14,3	88,1
	Casí siempre - Siempre	5	11,9	11,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



**DS12. En las últimas cuatro semanas ¿Experimentó deseo o interés sexual?**

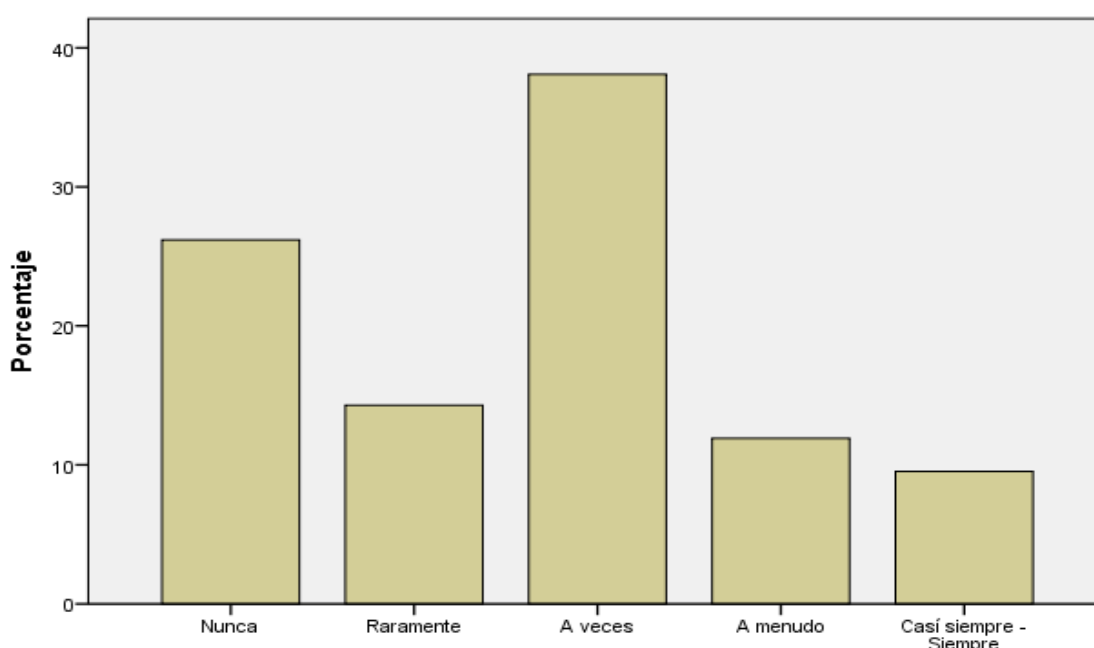
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 14.3%(6) nunca, experimento deseo o interés sexual en las últimas cuatro semanas el 31%(13) Raramente, el 28.6%(12) A veces, el .14.3%(6),A menudo y casi siempre –siempre el 11.9%(5).

## CUADRO N°11

**En las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes,...) relacionadas con actividades sexuales?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	11	26,2	26,2	26,2
	Raramente	6	14,3	14,3	40,5
	A veces	16	38,1	38,1	78,6
	A menudo	5	11,9	11,9	90,5
	Casí siempre - Siempre	4	9,5	9,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



**DS13. En las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes,...) relacionadas con actividades sexuales.?**

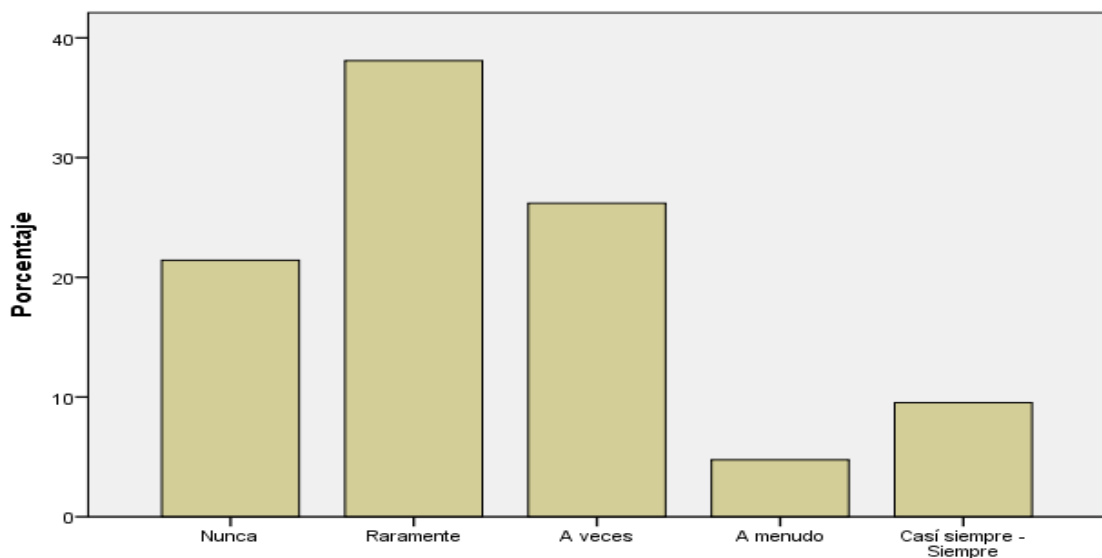
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 26.2%(11) nunca, ha tenido pensamientos imágenes relacionadas con actividades sexuales en las últimas cuatro semanas el 14.3%(6) Raramente, el 38.1%(16) a veces, el 11.9%(5) a menudo y casi siempre –siempre el 9.5%(4).

## CUADRO N°12

**En las últimas cuatro semanas ¿Le das importancia a los juegos sexuales previos y disfrutas de ellos?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	9	21,4	21,4	21,4
Raramente	16	38,1	38,1	59,5
A veces	11	26,2	26,2	85,7
A menudo	2	4,8	4,8	90,5
Casí siempre - Siempre	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**DS14. En las últimas cuatro semanas ¿Le das importancia a los juegos sexuales previos y disfrutas de ellos?**

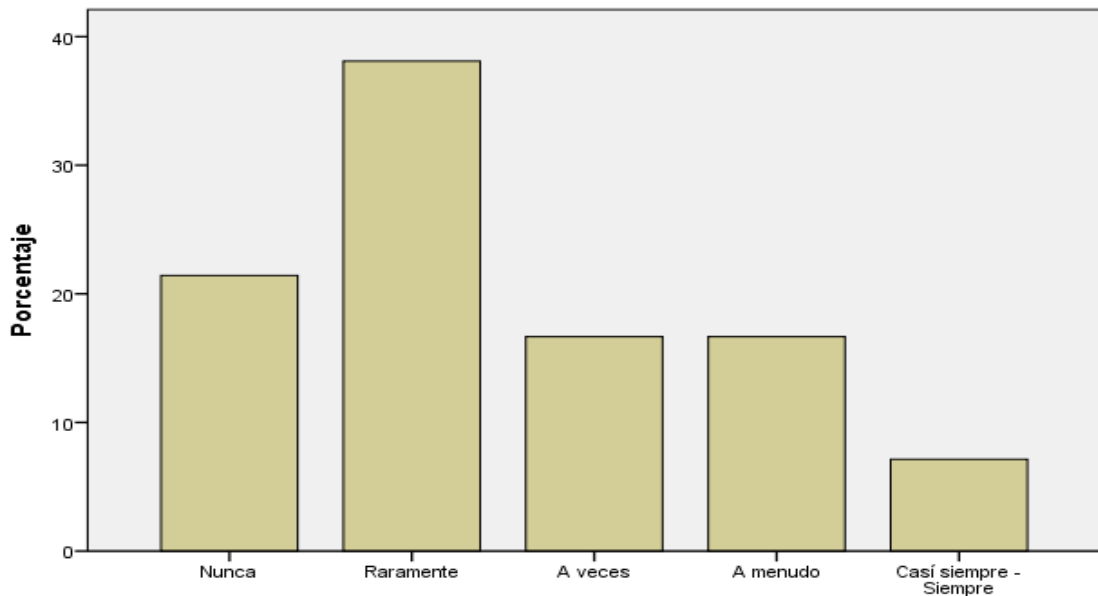
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 21.4%(9) nunca, le da importancia a los juegos sexuales previos y disfruta de ellos en las últimas cuatro semanas el 38.1%(16) Raramente, el 26.2%(11) a veces, el 4.8%(2) a menudo y casi siempre –siempre el 9.5%(4).

### CUADRO N°13

**En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	9	21,4	21,4	21,4
Raramente	16	38,1	38,1	59,5
A veces	7	16,7	16,7	76,2
A menudo	7	16,7	16,7	92,9
Casi siempre - Siempre	3	7,1	7,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**EXC15. En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?**

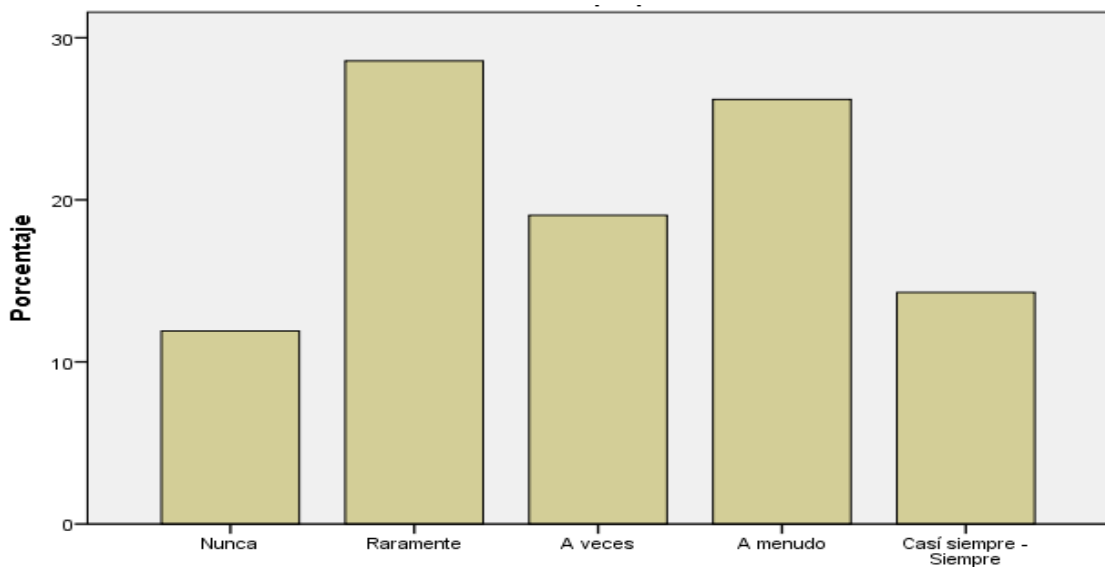
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 21.4%(9) nunca, siente que su peso afecta su nivel de excitación sexual durante su actividad sexual en las últimas cuatro semanas el 38.1%(16) Raramente, el 16.7%(7) a veces, el 16.7%(7) a menudo y casi siempre –siempre el 7.1%(3).

## CUADRO N°14

**En las últimas cuatro semanas ¿Experimento excitación sexual durante la actividad o etapa previa?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	5	11,9	11,9	11,9
Raramente	12	28,6	28,6	40,5
A veces	8	19,0	19,0	59,5
A menudo	11	26,2	26,2	85,7
Casí siempre - Siempre	6	14,3	14,3	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**EXC16. En las últimas cuatro semanas ¿Experimento excitación sexual durante la actividad o etapa previa?**

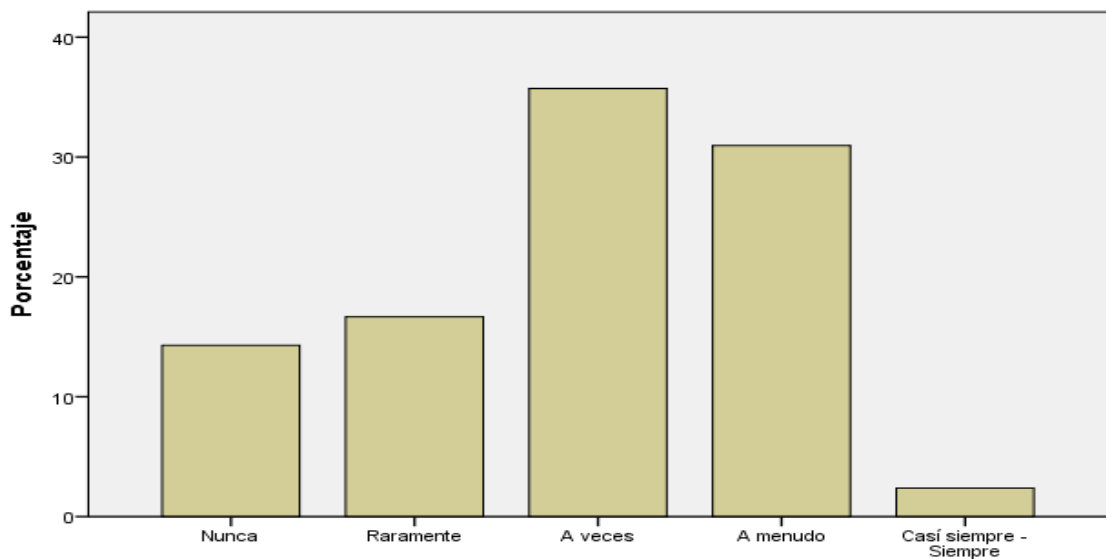
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 11.9%(5) nunca experimento excitación sexual durante la actividad o etapa previa en las últimas cuatro semanas el 28.6%(12) Raramente, el 19.0%(8) a veces, el 26.2%(11) a menudo y casi siempre – siempre el 14.3%(6).

### CUADRO N°15

**En las últimas cuatro semanas durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿Ha sentido excitación sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	6	14,3	14,3	14,3
Raramente	7	16,7	16,7	31,0
A veces	15	35,7	35,7	66,7
A menudo	13	31,0	31,0	97,6
Casí siempre - Siempre	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**EXC17. En las últimas cuatro semanas durrante la actividad sexual , cuando le han (o se ha) tocado o acariciado¿Ha sentido excitación sexual ?**

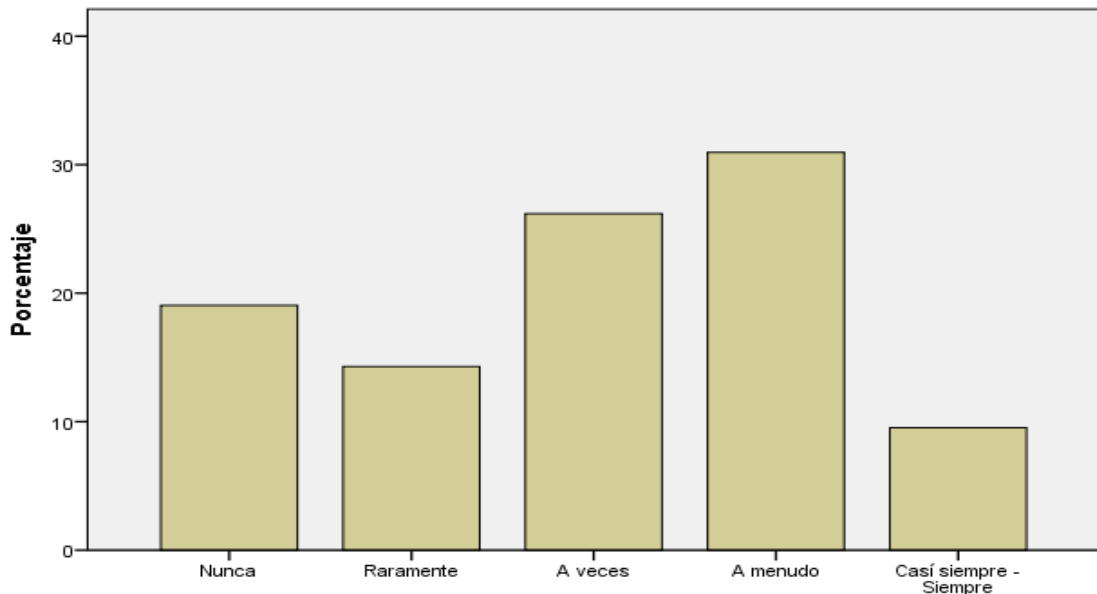
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 14.3%(6) nunca, durante la actividad sexual ha sentido excitación sexual cuando la han o se ha tocado o acariciado en las últimas cuatro semanas el 16.7%(7) Raramente, el 35.7%(15) a veces, el 31.0%(13) a menudo y casi siempre –siempre el 2.4%(1).

**CUADRO N°16**

**En las últimas cuatro semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	8	19,0	19,0	19,0
Raramente	6	14,3	14,3	33,3
A veces	11	26,2	26,2	59,5
A menudo	13	31,0	31,0	90,5
Casí siempre	4	9,5	9,5	100,0
Siempre				
Total	42	100,0	100,0	



**EXC18. En las últimas cuatro semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?**

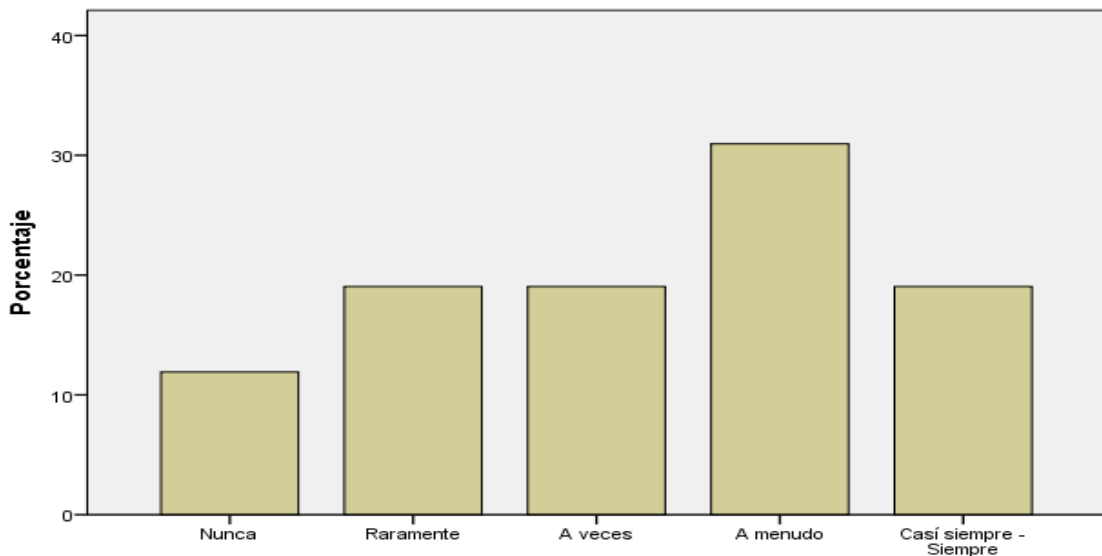
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 19.0%(8) nunca, le ha resultado fácil excitarse sexualmente en las últimas cuatro semanas el 14.3%(6) Raramente, el 26.2%(11) a veces, el 31.0%(13) a menudo y casi siempre –siempre el 9.5%(4)

**CUADRO N°17**

**En las últimas cuatro semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿Noto humedad y/o lubricación vaginal?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	5	11,9	11,9	11,9
Raramente	8	19,0	19,0	31,0
A veces	8	19,0	19,0	50,0
A menudo	13	31,0	31,0	81,0
Casi siempre - Siempre	8	19,0	19,0	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**EXC19. En las últimas cuatro semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿Noto humedad y/o lubricación vaginal?**

Fuente Bachiller Rosalía García

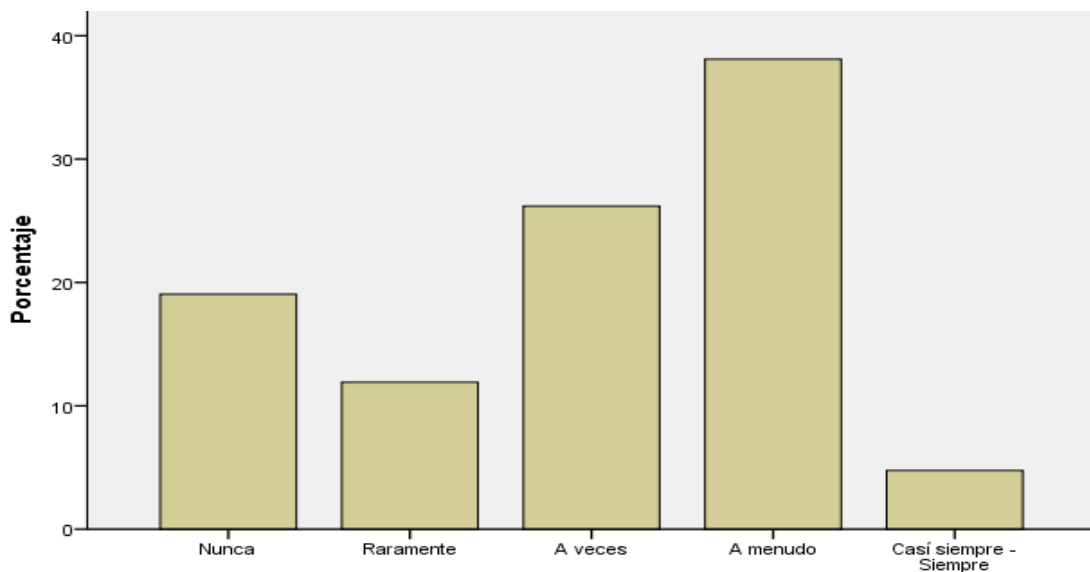
**Interpretación:** Se observa que 11.9%(5) nunca, cuando se sintió excitada sexualmente notó humedad y/o lubricación vaginal en las últimas cuatro semanas el 19.0%(8) Raramente, el 19.0%(8) a veces, el 31.0%(13) a menudo y casi siempre –siempre el 19%(8)



### CUADRO N°18

**En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta al momento de alcanzar un orgasmo?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	8	19,0	19,0	19,0
Raramente	5	11,9	11,9	31,0
A veces	11	26,2	26,2	57,1
A menudo	16	38,1	38,1	95,2
Casí siempre - Siempre	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**ORG20. En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta al momento de alcanzar un orgasmo?**

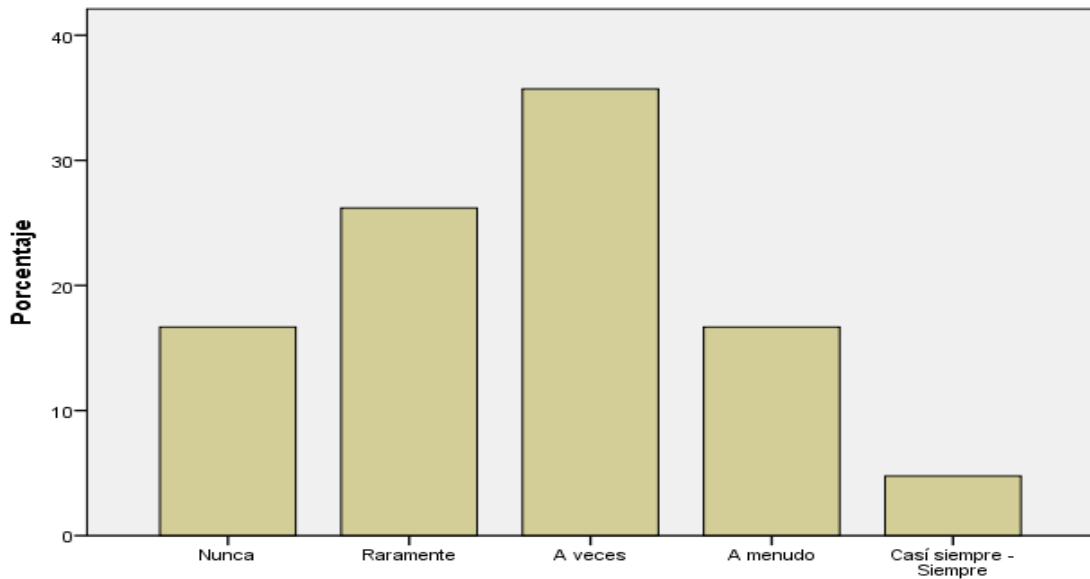
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 19.0%(8) nunca, siente que su peso afecta al momento de alcanzar un orgasmo en las últimas cuatro semanas, el 11.9%(5) Raramente, el 26.2%(11) a veces, el 38.1%(16) a menudo y casi siempre – siempre el 4.8%(2).

## CUADRO N°19

**En las últimas cuatro semanas ¿Disfrutas cuando tu pareja te acaricia?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	7	16,7	16,7	16,7
Raramente	11	26,2	26,2	42,9
A veces	15	35,7	35,7	78,6
A menudo	7	16,7	16,7	95,2
Casí siempre - Siempre	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**ORG21. En las últimas cuatro semanas ¿Disfrutas cuando tu pareja te acaricia?**

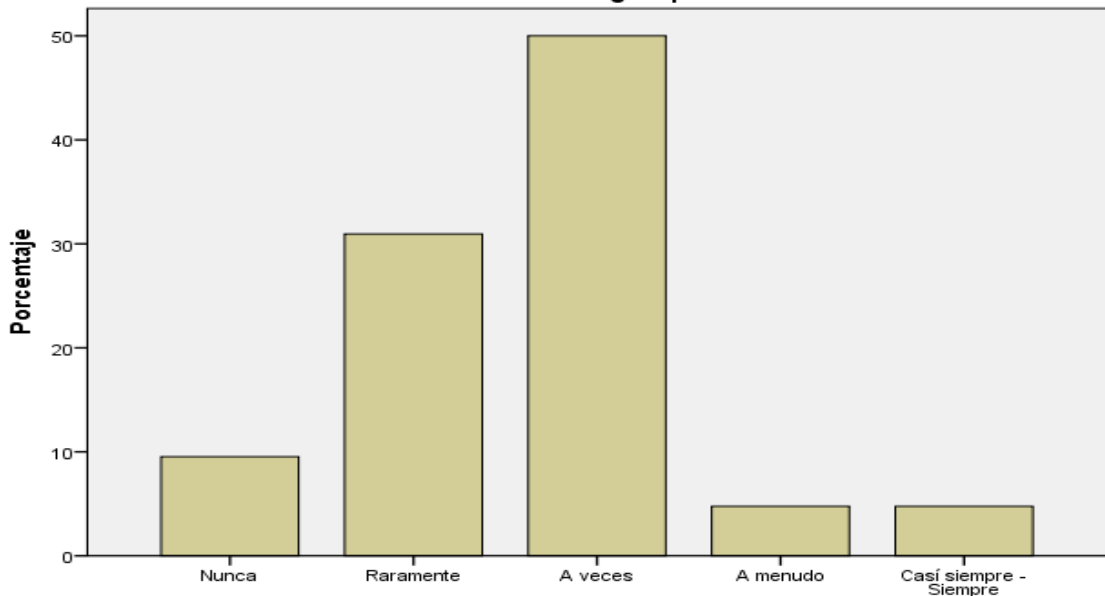
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 16.7%(7) nunca, disfruta cuando su pareja la acaricia en las últimas cuatro semanas, el 26.2%(11) Raramente, el 35.7%(15) a veces, el 16.7%(7) a menudo y casi siempre –siempre el 4.8%(2)

## CUADRO N°20

**En las últimas cuatro semanas ¿Es placentera tu vida sexual?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	4	9,5	9,5	9,5
Raramente	13	31,0	31,0	40,5
A veces	21	50,0	50,0	90,5
A menudo	2	4,8	4,8	95,2
Casí siempre - Siempre	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**ORG22. En las últimas cuatro semanas ¿Es placentera tu vida sexual?**

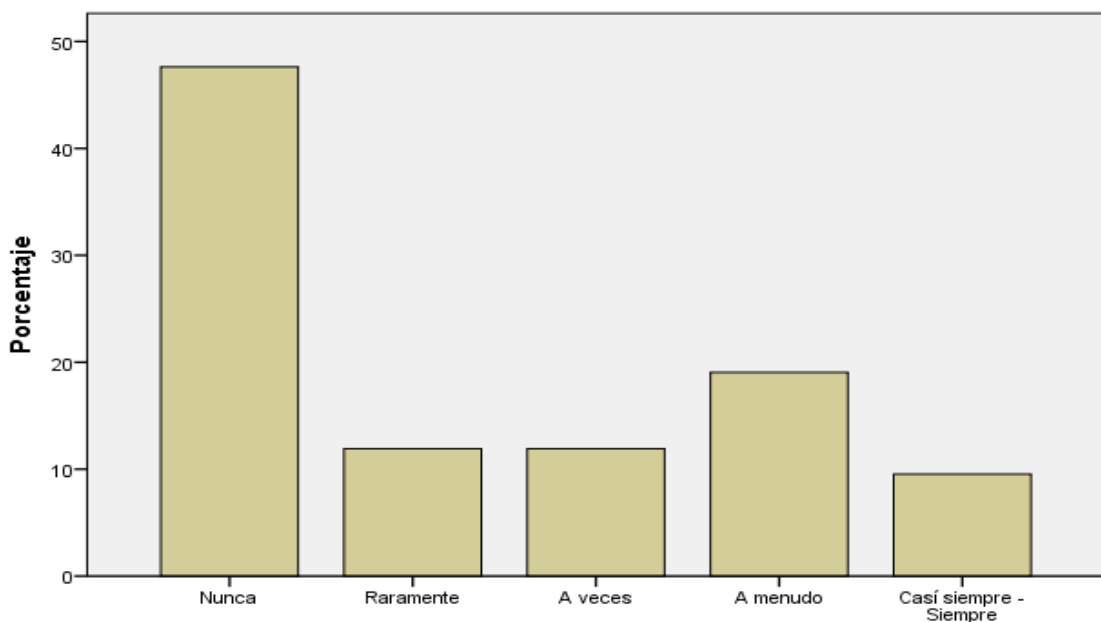
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 9.5%(4) refiere que nunca es placentera su vida sexual en las últimas cuatro semanas, el 31.0%(13) Raramente, el 50.0%(21) a veces, el 4.8%(2) a menudo y casi siempre –siempre el 4.8%(2)

## CUADRO N°21

**En las últimas cuatro semanas ¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	20	47,6	47,6	47,6
Raramente	5	11,9	11,9	59,5
A veces	5	11,9	11,9	71,4
A menudo	8	19,0	19,0	90,5
Casí siempre - Siempre	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**ORG23. En las últimas cuatro semanas ¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?**

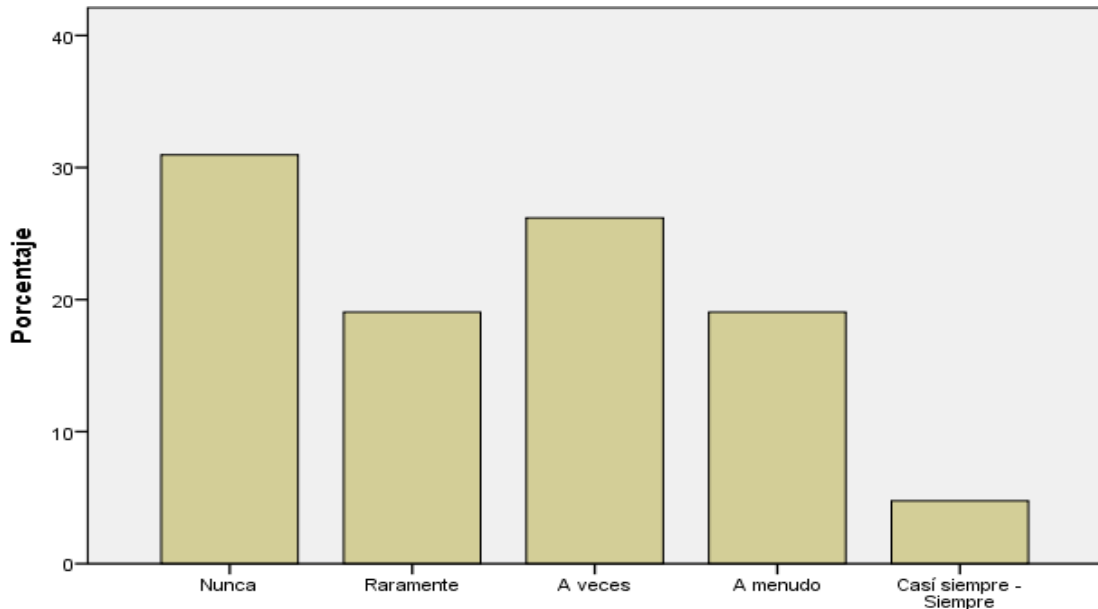
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 47.6%(20) refiere que nunca ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración en las últimas cuatro semanas, el 11.9%(5) Raramente, el 11.9%(5) a veces, el 19.0 (8) a menudo y casi siempre –siempre el 9.5%(4).

## CUADRO N°22

**En general, en relación a su vida sexual durante las últimas cuatro semanas ¿Se ha sentido satisfecha?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nunca	13	31,0	31,0	31,0
Raramente	8	19,0	19,0	50,0
A veces	11	26,2	26,2	76,2
A menudo	8	19,0	19,0	95,2
Casí siempre - Siempre	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	



**ORG24. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas cuatro semanas ¿Se ha sentido satisfecha?**

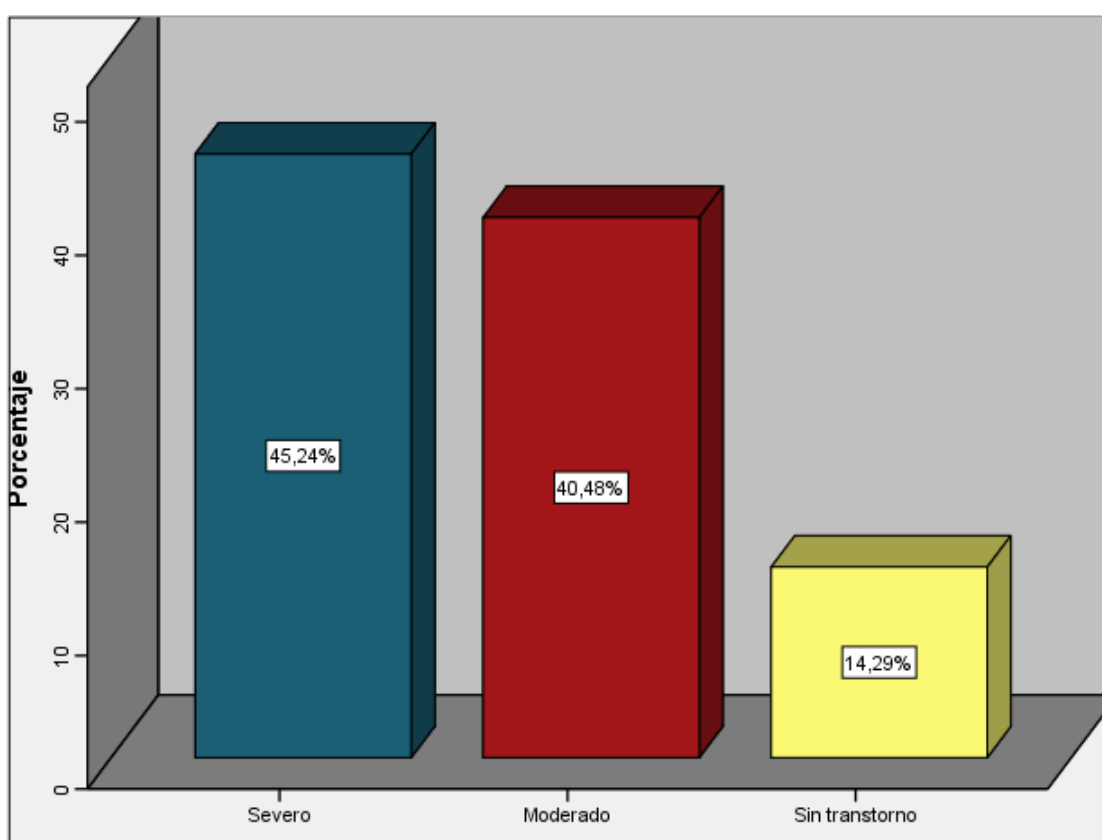
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa que 31.0%(13) refiere que nunca ha sentido satisfecha en relación a su vida sexual en las últimas cuatro semanas, el 11.9%(5) Raramente, el 11.9%(5) a veces, el 19.0 (8) a menudo y casi siempre –siempre el 9.5%(4).

CUADRO N°23

**DESEO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Severo	19	45,2	45,2	45,2
	Moderado	17	40,5	40,5	85,7
	Sin trastorno	6	14,3	14,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



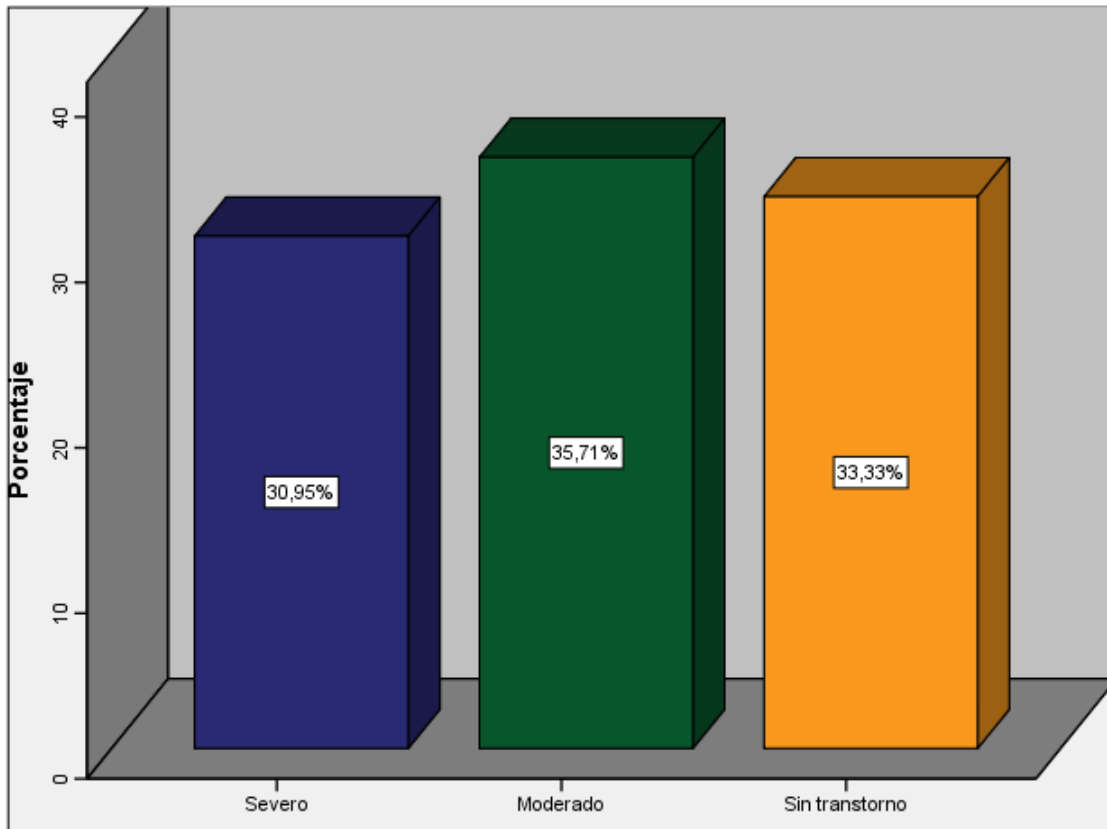
Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa en el grafico que en relación al deseo el 45.4%tiene un trastorno severo, el 40.48% tiene un trastorno moderado .y el 14.29%sin trastorno.

## CUADRO N°24

### EXCITACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Severo	13	31,0	31,0	31,0
Moderado	15	35,7	35,7	66,7
Sin trastorno	14	33,3	33,3	100,0
Total	42	100,0	100,0	

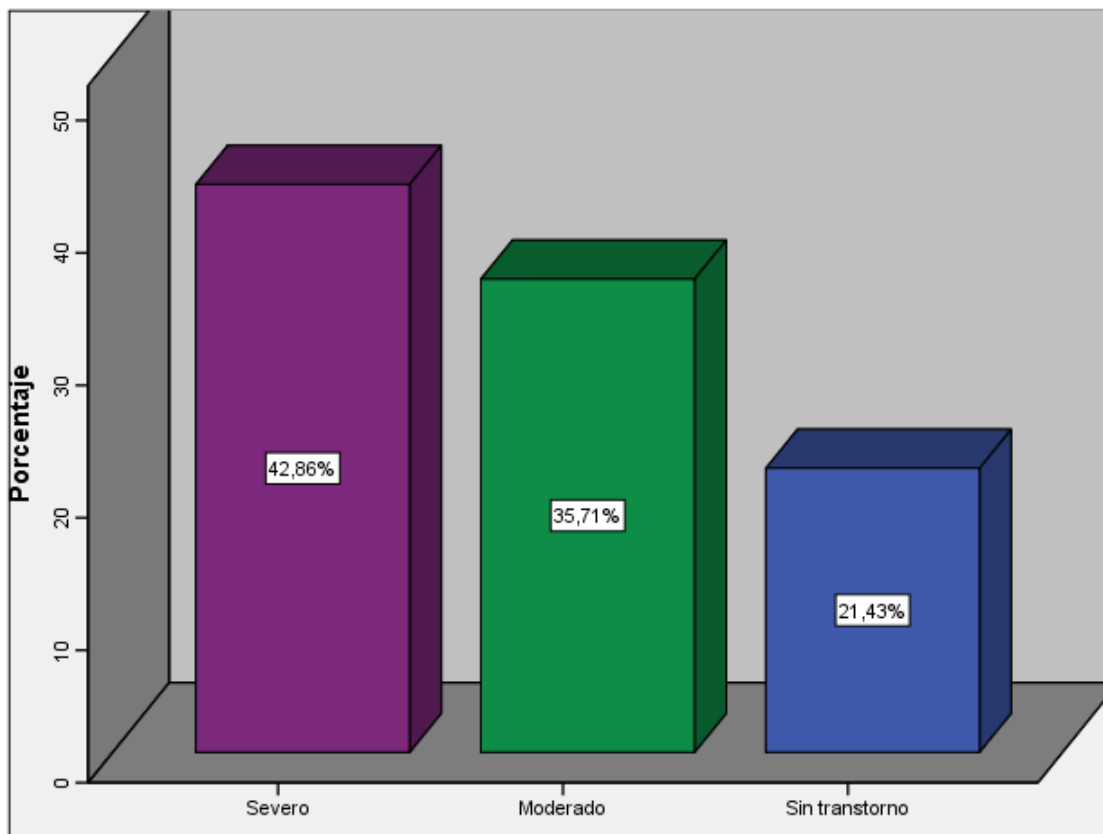


Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa en el gráfico que en relación a la excitación el 30.95% tiene un trastorno severo, el 35.71% tiene un trastorno moderado y el 33.33% sin trastorno.

**CUADRO N°25**  
**ORGASMO (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Severo	18	42,9	42,9	42,9
	Moderado	15	35,7	35,7	78,6
	Sin trastorno	9	21,4	21,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



Fuente Bachiller Rosalía García

**Interpretación:** Se observa en el gráfico que en relación al orgasmo el 42.86% tiene un trastorno severo, el 35.71% tiene un trastorno moderado y el 21.43.33% sin trastorno.



## CUADRO DE ANALISIS DE RELACION DE VARIABLES

### Tabla cruzada

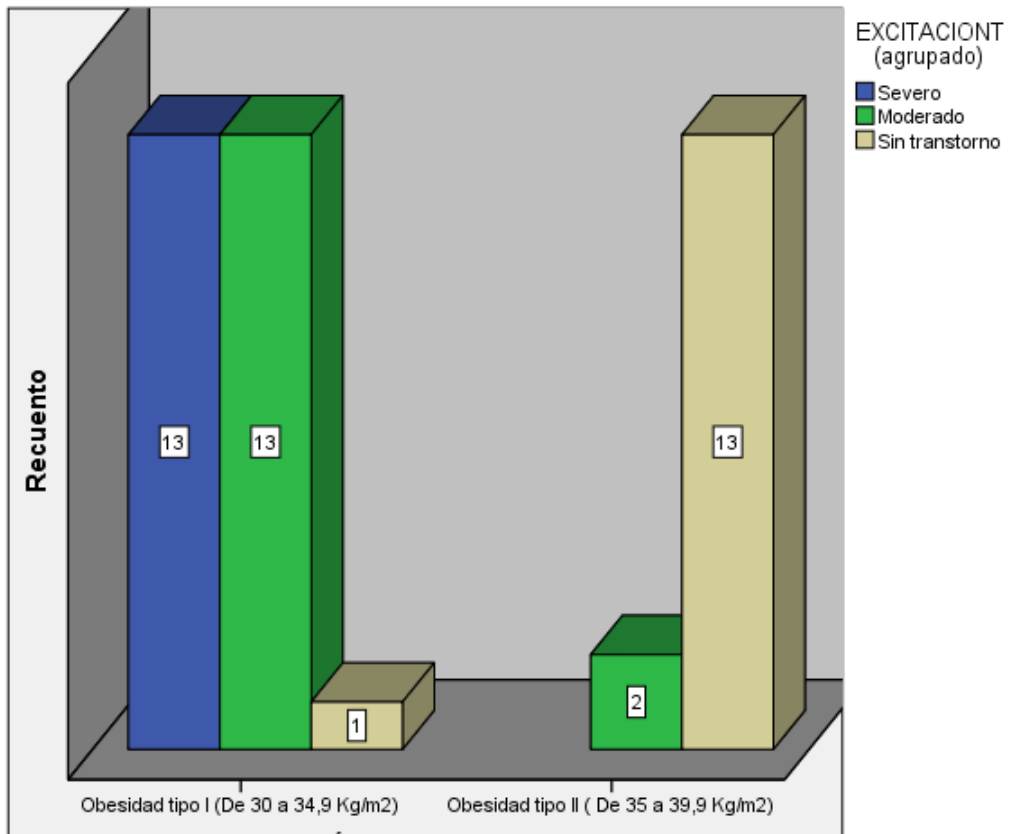
Recuento

	DESEOSEXT (agrupado)			Total
	Severo	Moderado	Sin trastorno	
AF67IMC Índice de masa corporal (De 30 a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> )	19	7	1	27
Obesidad tipo II (De 35 a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> )	0	10	5	15
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>42</b>

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	30,406 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	35,762	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,193	1	,000
<b>N de casos válidos</b>	<b>42</b>		

Gráfico de barras



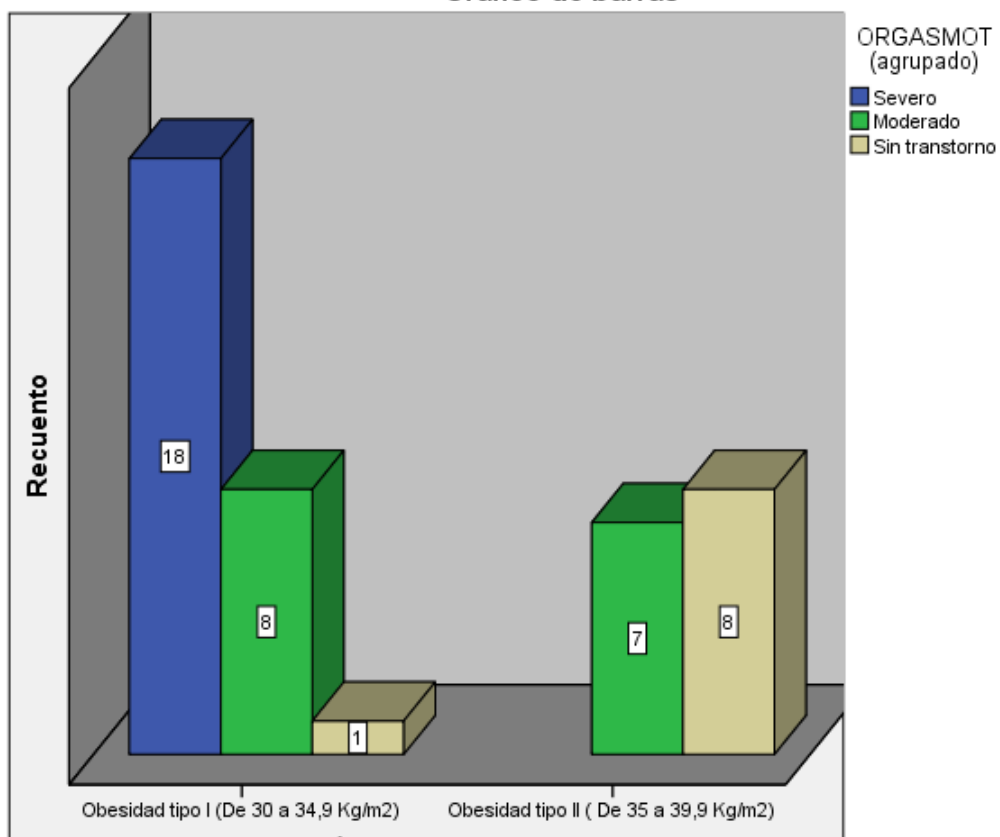
**Tabla cruzada**  
Recuento

	ORGASMOT (agrupado)			Total
	Severo	Moderado	Sin trastorno	
AF67IMC Índice Obesidad tipo I (De de masa corporal 30 a 34,9 Kg/m <sup>2</sup> )	18	8	1	27
Obesidad tipo II ( De 35 a 39,9 Kg/m <sup>2</sup> )	0	7	8	15
Total	18	15	9	42

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21,868 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	27,741	2	,000
Asociación lineal por lineal	21,328	1	,000
N de casos válidos	42		

**Gráfico de barras**



## DISCUSION

Dentro de la investigación el objetivo planteado es determinar la influencia de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil. Para conocer si existirá relación directa de la obesidad en la respuesta sexual, se desarrolló una encuesta dirigida a 42 mujeres que cumplieron los criterios de participación del estudio. Se tomó en cuenta los indicadores por respuesta sexual Deseo, Excitación, Orgasmo y el IMC para determinar el tipo de obesidad.

Se observa la edad promedio de edad es de más de 25 años 52.2% coincidiendo con el estudio de Evelyn Roxana Hernández Bello 2005 en relación a las características sociodemográficas el 64% eran convivientes, el grado de instrucción el 35.7% son de secundaria completa, La ocupación es de Ama de casa el 35.7%.

En lo que refiere al indicador de obesidad que el 64.3% tiene obesidad tipo I y el 35.7% presenta obesidad tipo II. Se observa el mayor porcentaje de mujeres con obesidad tipo I, en relación a la respuesta sexual los trastornos de deseo tiene un trastorno severo 45.2% trastorno moderado 40.5% y sin alteración 14.3% , en la excitación el 31% trastorno severo, el 35.7% trastorno moderado y el 33.3 sin trastorno, en el orgasmo trastorno severo 42.9% trastorno moderado 35.7% y sin trastorno 21.4% observando según estudios similares la variedad porcentual de estos resultados no obteniendo un resultado definitorio según su índice de masa corporal coincidiendo con el estudio de FUENMAYOR 2011 donde menciona que no existe correlación estadística de estas variables además MARTHA PERANDONES 2013 menciona que las mujeres que tienen problemas con su obesidad tienen problemas con su Autoestima además con la respuesta sexual percibiendo un deterioro en la calidad de vida tanto general y con la pareja.

En lo que refiere en la relación de las variables de respuesta sexual y IMC, los indicadores de respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo) analizamos el deseo y tipo de obesidad I se obtuvo trastorno severo 19, trastorno moderado 7 sin trastorno 1, en la obesidad tipo II trastorno severo 0, trastorno moderado 10 y sin trastorno 5, con la excitación y tipo de obesidad I trastorno severo 13, trastorno moderado 13 y sin trastorno 1, tipo de obesidad II trastorno severo 0, trastorno moderado 2 y sin trastorno 13, en el orgasmo y tipo de obesidad I trastorno severo 18, trastorno moderado 8 y sin trastorno 1 en el tipo de obesidad II trastorno severo 0, trastorno moderado 7 y sin trastorno 8 se evidencia según IMC en el tipo de obesidad II estos resultados obtenidos coinciden con otros estudios como MORIN 2008 plantea que el sobrepeso y la obesidad

no solo representa un problema estético sino que duplican el riesgo de padecer disfunciones sexuales . Las personas obesas son 25 veces más propensas a reportar problemas sexuales que aquellas que tiene un peso normal.

**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta investigación recopilan los resultados obtenidos para dar respuesta a los objetivos planteados y la validez de la hipótesis

- Se concluyó el presente estudio que Existe relación directa de la obesidad con la respuesta sexual
- La obesidad influye en el deseo sexual ocasionando trastornos tales: trastorno severo 45,2 %,trastorno moderado en un 85.7% y el 14.3% no tiene trastornos sexuales
- La obesidad influye en el deseo sexual ocasionando trastornos tales: trastorno severo 31.0 %, trastorno moderado 66.7y el 33.3% no tiene trastornos sexuales.
- La obesidad influye en el deseo sexual ocasionando trastornos tales: trastorno severo 42.9 %, trastorno moderado 78.6% y el 21.4% no tiene trastornos sexuales.

## RECOMENDACIONES

Las conclusiones antes expuestas nos llevan a plantear las siguientes recomendaciones.

- En el Centro de Salud Santiago de ICA se deberá Implementar el programa de prevención de la obesidad, siendo este un problema de salud pública aplicando un tratamiento que le permita un cambio de hábitos alimentarios y estilos de vida.
- Se recomienda realizar charlas para los pacientes, informándoles que tener un estilo de vida saludable aportaran al buen funcionamiento de la respuesta sexual.
- Realizar terapia a las mujeres que asisten al Centro de Salud de Santiago informándole sobre la respuesta sexual normal que deben tener las mujeres y cómo influye la obesidad en el deseo sexual, excitación y orgasmo.
- Se recomienda a los profesionales en esta área el uso del instrumento que fue usado para la recolección de datos, en su práctica profesional, ya que durante la investigación se evidencio que el mismo permite que la población se exprese con mayor facilidad sobre su vida sexual.
- Sería de gran importancia incluir en su atención, aspectos que apunten a conocer el nivel de conocimiento con los que cuentan las usuarias con respecto a su sexualidad.
- Mejorar la atención en cuanto a fortalecer la autoestima las mujeres.



## Bibliografía

1. Reyna Liria. **Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención.** Rev Perú MedExp Salud Pública. 2012;29(3):357-  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.a10.pdf>
2. Ajurymar Santos Silva; **Imagen Corporal, Funcionamiento Sexual Y Autoestima en Mujeres Brasileñas con un Índice de Masa Corporal (IMC) Elevado;** Universidad Autónoma De Barcelona, 2015; Pág. 11  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310214/ass1de1.pdf?sequence=1>
3. Aguilar Coronado Midory, Manrique Rajo Lizzeth, Tuesta Muñoz Mayra, Musayón Oblitas Yesenia; **Depresión y Autoestima en Adolescentes con Obesidad y Sobrepeso: un Problema que Pesa;** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú. 2010; Pág. 49  
[http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Depresion%203\\_7.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Depresion%203_7.pdf)
4. Lanata c. Instituto Nacional de Salud; **El Problema del sobrepeso y la obesidad en el Perú: La urgencia de una política de salud pública para controlarla;** RevPeruMedExpSalud Pública. 2012; 29(3):299-300.  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.pdf>
5. BARRIA M, AMIGO H; **Transición Nutricional: Una Revisión Del Perfil Latinoamericano;** ARCHLATINOAMNUTR. 2006;56(1):3-11  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222006000100002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222006000100002)
6. Paulina Andrea Oelrich Olivares; **Evaluación de la Función Sexual en Mujeres en Edad Reproductiva;** Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile 2006.  
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmo.28e/doc/fmo.28e.pdf>

7. Betty Sarabia Alcocer; Ana Rosa Can Valle; Jaqueline Guadalupe Guerrero Ceh; **Prevalencia De Obesidad Exógena En Hombres Y Mujeres de 20 A 45 Años de Edad en la Comunidad de Alfredo V. Bonfil Durante el Periodo del 1 de Enero al 30 de octubre del 2014**; MEXICO 2016  
<file:///C:/Users/OFFICINA/Downloads/30-200-2-PB.pdf>
8. Evelyn Roxana Hernández Bello; **Vivencia de la Sexualidad en la Mujer con Obesidad**; Universidad Austral de Chile; Valdivia – Chile 2005  
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fmh557v/doc/fmh557v.pdf>
9. Dr. Alfredo Armando Morales Rodríguez ; **Obesidad: Enfermedad De Alto Riesgo en la Vida Reproductiva de la Mujer** Cuba 2013  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v15n3/gme11313.pdf>
10. Gómez-Zapiain, J.; **Aportaciones De La Teoría Del Apego a la Terapia Sexual y de Parejas**; Brasil 2014  
[http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiwnueva/images/Aportaciones\\_apego\\_terapia.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiwnueva/images/Aportaciones_apego_terapia.pdf)
11. Camila Paredes Tebache; **Narrativas Sobre la Sexualidad en Sujetos con Diagnóstico de Obesidad** ; Universidad de Chile Santiago De Chile 2013  
[http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116441/Tesis%20Mag%20C3%A4Dster%202013%20Camila%20Paredes%20Tebache.%20Rev%20\(ENTREGA%20EMPASTADA%20JUNIO%202013\).pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116441/Tesis%20Mag%20C3%A4Dster%202013%20Camila%20Paredes%20Tebache.%20Rev%20(ENTREGA%20EMPASTADA%20JUNIO%202013).pdf?sequence=1)
12. Carey, C.J., ; **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 2006**, Volumen 33 N° 4 Disfunción Sexual
13. AmericaSocietyForReproductive Medicine; **Edad y Fertilidad Guía para Pacientes** 2013  
[https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets\\_en\\_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blue%20line%203-5-13.pdf](https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blue%20line%203-5-13.pdf)

14. María Isabel Casado Morales; **Obesidad y Trastorno por Atracción**; Psicología , bienestar y salud 1; Universidad Complutense De Madrid; España
15. Claudia Carbajal; JognDuperly, Juanita Gempeler; William Kattah; Mauricio Llano; NatanZundel; **Obesidad: Un Enfoque Integral**; Centro Editorial Universidad Del Rosario Primera Edición año 2000
16. Ana Gabriela Ramírez Guerrero; **Factores de Riesgo Asociados a Sobrepeso y Obesidad en Mujeres en Edad Fértil Atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el Período Julio - Octubre 2012** ; Universidad Técnica De Ambato Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Medicina; Ecuador Abril, 2015  
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9447/1/ANA%20GABRIELA%20RAMIREZ%20GUERRERO.pdf>
17. Marta Perandones Martínez; **Intervención Cognitivo-Conductual en Sexualidad y Relación de Pareja en Mujeres Obesas en etapa de Mantenimiento**; Universidad Complutense De Madrid; Madrid, 2013  
<http://eprints.ucm.es/20012/1/T34308.pdf>
18. Cecilia Meza y José Moral ; **Modelos Recursivos de Índice de Masa Corporal con Variables Sociodemográficas, Funciones del Yo y Alteración Alimentaria en Mujeres Mexicanas**; México 2013  
<http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v22n1/art05.pdf>
19. Carlos caudillo Herrera ; María Antonia Cerna Trujillo; **Sexualidad y Vida Humana**; Universidad Iberoamericana Edición 2007 Pag, 206
20. Rosa María Zapata Boluda, María Isabel Gutiérrez Izquierdo; **Salud Sexual y Reproductiva**; Editorial Universidad de Almería 2016 pág. 102
21. Cabero Roura, D. SaldivarRodriguez, E. Cabrillo Rodriguez; **Obstetricia y Medicina Materno- Fetal**, Medica Panamericana 2007. Pág. 399

22. Dra. Melissa García Meraz Mtro. Juan Patricio Martínez Martínez Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña; de **La Imagen Corporal a la Discriminación: Consecuencias de la Obesidad Sobre la Sexualidad en hombres y mujeres** ; 2010  
[https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_EvaluInter/Meli\\_Garcia/7.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/7.pdf)
23. Ivan Arango de Montis; **Sexualidad Humana**; Editorial Manual Moderno, 2008
24. Iliana Cecilia Gorguet Pi; **Comportamiento Sexual Humano**; Instituto Cubano del Libro Editorial Oriente; Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008  
[http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana\\_Gorguet\\_PiLIBRO\\_.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf)
25. Dra. Rosa María Real Cancio; **Estudio Epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina**; Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. Ministerio de Salud Pública Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; Ciudad de la Habana 2010  
<https://core.ac.uk/download/pdf/11816647.pdf>
26. Fátima Castroviejo Royo; **Función sexual femenina en castilla y león: Rangos de normalidad**; Universidad de Valladolid; 2010 pág., 20  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/692/1/TESIS70-100915.pdf>
27. Blanca GutierrezTeira; **La Respuesta Sexual Humana**; CS El Soto. Mostles, Madrid, 2010.  
[http://amf-semfyc.com/upload\\_articles\\_pdf/La\\_respuesta\\_sexual\\_humana.pdf](http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/La_respuesta_sexual_humana.pdf)
28. Torres Mejía Daniela Paola; **Autoestima y Respuesta Sexual en Mujeres con Obesidad**, República Bolivariana de Venezuela, Universidad Rafael Urdaneta; Maracaibo, Diciembre 2015.
29. Zornoza V, Luengo A, Haya FJ. Anticoncepción hormonal y deseo sexual femenino. Toko - GinPract, ESPAÑA 2009; 68 (6): 179 -181
30. KingsbebSheryl ,TerriWoodard. Disfunción Sexual Femenina Con Enfoque en la Disminución del Deseo. ObstetGyne col. 2015;125: 477-86.

## **ANEXOS**

**ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODO
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Qué relación existe entre la obesidad y la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el centro de Salud de Santiago de Ica, 2016?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación de la obesidad en el deseo sexual de mujeres de edad fértil en el Centro de Salud de Santiago de Ica?</li> <li>• ¿Cuál es la relación de la obesidad en la excitación de mujeres de edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica?</li> <li>• ¿Cuál es la relación de la obesidad en el orgasmo de mujeres en el Centro de Salud de Santiago- Ica?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p> <p>Determinar influencia de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica, 2016.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la influencia de la obesidad en el deseo sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica</li> <li>• Identificar la influencia de la obesidad en la excitación de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica.</li> <li>• Identificar la influencia de la obesidad en el orgasmo de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS PRINCIPAL</b></p> <p>Existirá relación directa de la obesidad en la respuesta sexual de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago - Ica, 2016.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Obesidad</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de masa corporal</li> </ul> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p><b>Respuesta Sexual</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo sexual</li> <li>• Excitación</li> <li>• Orgasmo</li> </ul>	<p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b><u>Tipo de Investigación</u></b> Descriptiva - Explicativa.</p> <p><b><u>Nivel de Investigación</u></b> Aplicada.</p> <p><b><u>Método de Investigación</u></b> Método Cuantitativo.</p> <p><b><u>Población</u></b> Mujeres en edad fértil en el Centro de Salud de Santiago- Ica.</p> <p><b><u>Muestra</u></b></p> <p>La muestra es de 42 Mujeres Obesas que tuvieron relaciones sexuales en las última cuatro semanas</p> <p><b><u>Técnicas</u></b> Procesamiento manual. Procesamiento electrónico</p> <p><b><u>Instrumentos</u></b> Evaluación cuestionarios</p>

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

## ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Solicitamos su colaboración al responder el cuestionario de datos en el tema Influencia de la obesidad “INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA RESPUESTA SEXUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTIAGO, 2016”

A usted se le ha invitado a participar en una investigación conducida por Rosalía Del Rosario Jarcia Cabrera, bachiller de Obstetricia. Para complementar la investigación se realizarán algunas preguntas previas al cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina. Se agradece su colaboración, ya que será muy valiosa para el estudio.

INSTRUCCIONES: Estas preguntas tratan sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

Sus respuestas confidenciales se utilizaran únicamente para ayudar a comprender qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta.

N° de ficha:

---

Firma

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

1. Edad

2. Estado civil  
a) Soltera   
b) Casada   
c) Conviviente

3. ¿Tiene Hijos?  
a) Si   
b) No

4. Grado de Instrucción:  
a) Sin estudios   
b) Primaria incompleta   
c) Primaria completa   
d) Secundaria incompleta   
e) Secundaria completa   
f) Superior no universitario incompleto   
g) Superior no universitario completo   
h) Superior universitario incompleto   
i) Superior universitario completo

5. Ocupación:  
a) Ama de casa   
b) empleada del hogar   
c) Obrera   
d) Otros

**ASPECTO FÍSICO:**

6. Talla

7. Peso

8. ¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas?  
a) Si  
b) No

**Nota: Si la respuesta es "SI" continua el cuestionario de función sexual marcado, en cada pregunta, solo una casilla**

9. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?

.....



DESEO SEXUAL			
N°	PREGUNTA	RESPUESTA	
10	En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta tu deseo sexual?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
11	En las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
12	En las últimas cuatro semanas ¿experimento deseo o interés sexual?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
13	En las últimas cuatro semanas ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes...) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
14	En las últimas cuatro semanas ¿Le das importancia a los juegos sexuales previos y disfrutas de ellos?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
<b>EXCITACIÓN</b>			
N°	PREGUNTA	RESPUESTA	
15	En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta tu nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
16	En las últimas cuatro semanas ¿Experimento excitación sexual durante la actividad o etapa previa?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
17	En las últimas cuatro semanas durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
18	En las últimas cuatro semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	
19	En las últimas cuatro semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿Noto humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca (1)	
		Raramente (2)	
		A veces (3)	
		A menudo (4)	
		Casi siempre - Siempre (5)	97

ORGASMO		
N°	PREGUNTA	RESPUESTA
20	En las últimas cuatro semanas ¿Sientes que tu peso afecta al momento de alcanzar un orgasmo?	Nunca (1)
		Raramente (2)
		A veces (3)
		A menudo (4)
		Casi siempre - Siempre (5)
21	En las últimas cuatro semanas ¿Disfrutas cuando tu pareja te acaricia?	Nunca (1)
		Raramente (2)
		A veces (3)
		A menudo (4)
		Casi siempre - Siempre (5)
22	En las últimas cuatro semana ¿Es placentera tu vida sexual ?	Nunca (1)
		Raramente (2)
		A veces (3)
		A menudo (4)
		Casi siempre - Siempre (5)
23	En las últimas cuatro semanas ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca (1)
		Raramente (2)
		A veces (3)
		A menudo (4)
		Casi siempre - Siempre (5)
24	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿Se ha sentido satisfecha?	Nunca (1)
		Raramente (2)
		A veces (3)
		A menudo (4)
		Casi siempre - Siempre (5)

**ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): ..... OBST R. MIRIAM LOPEZ MARQUEZ .....

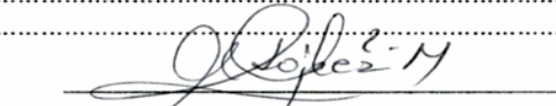
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: ..... NINGUNA .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO  
 COP 2710  
 OBST R. MIRIAM LOPEZ M

**ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Obst. CARMEN Chacaltana Escate.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

  
Carmen E. Chacaltana Escate  
 OBSTETRA ESPECIALISTA  
 C.O.P. 8486 R.N.E. 405 - E: 08

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Gladis Patricia Guerra Garcia

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

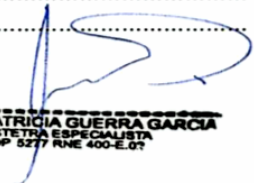
Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

**SUGERENCIAS:** .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



**GLADIS PATRICIA GUERRA GARCIA**  
 OBSTETRA ESPECIALISTA  
 COP 5277 RNE 400-E.01

Santiago, 21 de Julio de 2016

**OFICIO N° 142-2016**

Señora Mg.

**Flor de María Escalante Celis**

Directora (e)

Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas -Lima

**Presente.-**

Asunto: Autorización para aplicación de instrumento de tesis

Ref. : Oficio N° 2223-2016-EPO-FMHyCS-UAP

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia recepcionado en nuestra mesa de partes con fecha 19.Julio.2016, informar a su Dirección que he autorizado a la bachiller GARCIA CABRERA, ROSALIA DEL ROSARIO, egresada de la Universidad Alas Peruanas, para que efectúe la aplicación de instrumento del proyecto de tesis , con la finalidad de realizar su trabajo de investigación denominado "INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA RESPUESTA SEXUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTIAGO,2016", lo que hago de su conocimiento para los fines pertinentes.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

  
GOBERNATORIA  
MINSA CLAS - SANTIAGO  
*Dr. José Rojas Montañez*  
JEFE MICRO REGIÓN SANTIAGO  
CLAS - SANTIAGO