



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Medicina
Programa de Magíster en Salud Reproductiva

FUNCIÓN SEXUAL DE TRABAJADORAS EN TURNO DEL SECTOR SALUD

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Reproductiva

ROMINA TAMARA VALENZUELA PETERS
CONCEPCIÓN, CHILE
2014

Profesor Guía: Yolanda Contreras García
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



Dedicatoria

A mi familia, a Dios.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Yolanda Contreras, quien ha sido guía y parte de todo el proceso investigativo, por su apoyo, cercanía y sencillez y por sobretodo por permitirme soñar en el mundo de la investigación científica.

A estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, que participaron voluntaria y desinteresadamente en la aplicación y digitalización de encuestas.

A la colaboración estadística brindada por Katia Sáez y Roberto Fustos en los inicios de la investigación y a Karen Manríquez quien logró encantarse con el desarrollo del estudio dedicándole parte de su tiempo en el apoyo estadístico.

Al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción y su Presidenta Dra. M. Antonia Bidegain, junto con el apoyo de jefes de servicio, quienes permitieron llevar a cabo la investigación.

A mujeres trabajadoras de la salud que tomaron parte de su tiempo y participaron amablemente en el estudio.

A mis padres Juan y Rosemarie, mis hermanos David, Mauricio, Cynthia y Karen, mis abuelos, tíos y primos, por ser parte de mi vida y estar cada vez que los necesito.

A mis amigos y a todas aquellas personas que formaron parte de mi experiencia de vida personal.

A Dios, quien me da la fuerza y guía mis pasos.

INDICE

Indice de contenidos.....	4
Indice de tablas.....	5
Indice de gráficos	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Marco Teórico.....	12
Sexualidad.....	12
Función y respuesta sexual.....	15
Disfunción sexual.....	29
Ritmo circadiano.....	35
Trastornos del sueño.....	40
Función sexual v/s turnos rotativos.....	47
Hipótesis	52
Objetivos.....	53
Metodología.....	54
Resultados.....	60
Caracterización de la muestra.....	60
Caracterización del perfil biosociodemográfico y los resultados del Índice de Función Sexual Femenina.....	65
Análisis del Índice de Función Sexual Femenina.....	86
Discusión.....	110
Limitaciones.....	115
Conclusiones.....	116
Proyecciones.....	117
Bibliografía.....	118
Anexos.....	130

INDICE DE TABLAS

Tabla n°1: Distribución de las mujeres según edad y estamento.....	61
Tabla n°2: Índice de Función Sexual Femenina de las trabajadoras.....	64
Tabla n°3: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el Índice de Función Sexual Femenina.....	67
Tabla n°4: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el Índice de Función Sexual Femenina por turnos.....	71
Tabla n°5: Análisis del tipo de medicamentos con el Índice de Función Sexual Femenina.....	76
Tabla n°6: Antecedentes asociados a la sexualidad de mujeres trabajadoras del sector salud por turno.....	78
Tabla n°7: Análisis de los antecedentes de la sexualidad con el Índice de Función Sexual Femenina.....	80
Tabla n° 8: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.....	82
Tabla n° 9: Antecedentes de la pareja de acuerdo al tipo de turno de las mujeres.....	84
Tabla n°10: Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por ítem evaluado.....	86
Tabla n°11: Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina.....	88
Tabla n°12: Rango normal del Índice de Función Sexual Femenina.....	89
Tabla n° 13: Dominios del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.....	91
Tabla n° 14: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina.....	94

Tabla n°15: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.....	99
Tabla n°16: Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina.....	103
Tabla n°17: Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.....	105
Tabla n°18: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.....	107
Tabla n°19: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.....	109



INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1: Distribución de las trabajadoras según estamento y tipo de turno.....60

Gráfico 2: Distribución de las mujeres según Centro de Responsabilidad.....63

Gráfico nº3: Rango de tiempo de trabajo por turno.....85

Gráfico nº 4: Distribución de las trabajadoras según Índice de Función Sexual Femenina por turno.

.....89



RESUMEN

Objetivo explorar la influencia del tipo de turno laboral en la función sexual de trabajadoras del sector salud. **Metodología** estudio cuantitativo, observacional, transversal. El universo fue constituido por mujeres que se desempeñaron en un hospital de alta complejidad, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 64 años, y que realizaron turnos diurnos y rotativos. Se caracterizó el perfil biosociodemográfico de la trabajadora junto al Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). El análisis estadístico se realizó con software SAS e InfoStat versión 2012, aplicando análisis univariados, bivariados y multivariados, se utilizó test t de Student, Mann-Whitney, Shapiro-Wilk, Chi cuadrado, coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, y se aplicó análisis de varianza, aplicando un nivel de significancia de 0.05. **Resultados** El puntaje del IFSF logró su máxima expresión alrededor de los 35 a 39 años ($29,7 \pm 4,9$) y luego disminuyó progresivamente ($23,0 \pm 8,9$), observándose un 32,6% de disfunción sexual, 29% de desorden del deseo, 10,4% de dificultades de excitación, 5,6% de problemas de lubricación, 9,7% de desorden en el orgasmo, 14% de problemas de satisfacción sexual y 9,9% de dispareunia. El IFSF varió en concordancia con otras investigaciones publicadas, destacando variables como edad, menopausia, educación y problemas de sexualidad en la pareja. **Conclusiones** No hubo diferencias significativas en las mujeres según su jornada laboral. Sin embargo, el estamento auxiliar de servicio alcanzó mayores índices de disfunción sexual, lo que podría estudiarse en futuras investigaciones.

Palabras claves: Índice de Función Sexual Femenina, turnos, trabajadoras salud, disfunción sexual.

ABSTRACT

Objective explore the influence of the type of work shift in sexual function of female health workers. **Methodology** quantitative, observational, cross-sectional study. The universe is made of women (ranging in age from 20 to 64 years) who work in a high complexity hospital performing day and rotating shifts. The biosociodemographic profile of the workers was characterized by the Female Sexual Function Index (FSFI). Statistical analysis was performed with the SAS software and the InfoStat 2012 version, using univariate, bivariate and multivariate analyzes. Student's t test, Mann-Whitney, Shapiro-Wilk, squared Chi, correlation coefficient of Pearson or Spearman were used and variance analysis was applied using a significance level of 0.05. **Results** The FSFI score achieved its best around 35-39 years old (29.7 ± 4.9) and then it decreases progressively (23.0 ± 8.9), it was observed a 32.6% of sexual dysfunction, with 29% of desire disorder, 10.4 % of arousal difficulties, 5.6% of lubrication problems, 9.7% of orgasm disorder, 14% of sexual satisfaction problems and 9.9% of dyspareunia. The FSFI varies according to other published research, highlighting variables such as age, menopause, education and sexual problems in couples. **Conclusions** There were no significant differences in women based on their workday. However, the establishment of auxiliary service achieved higher rates of sexual dysfunction, which could be explored in future research.

Key words: Female Sexual Function Index, shift work, health workers, sexual dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La salud de las personas es fundamental para poder crecer y desarrollarse en forma óptima e íntegramente y en este sentido, la salud sexual, es un proceso de toda la vida y parte integral del desarrollo humano que involucra aspectos como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Se relaciona íntima y necesariamente con los derechos sexuales y reproductivos.

Actualmente nuestra sociedad requiere de trabajadores las veinticuatro horas al día. Nuestro sistema de vida necesita personas que permitan el funcionamiento continuo de instituciones o empresas en el ámbito sanitario, producción industrial, seguridad, comercio y servicios utilitarios, entre otros. Sin embargo esta necesidad puede provocar un desequilibrio del ritmo circadiano, que en forma constante puede traer una serie de consecuencias a corto o largo plazo, afectando no sólo a la persona sino también a todo su entorno. En efecto, los cambios de horario que experimentan los trabajadores con jornada nocturna son causales de estrés, alteraciones hormonales, fatiga, somnolencia, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos mentales, efectos en la vida social y familiar. Sin embargo, la exposición de estos trabajadores a horarios nocturnos y sus efectos en la sexualidad no está suficientemente documentada.

El concepto de calidad de vida hoy en día con el avance de la tecnología y las políticas públicas, se ha hecho más consciente en la vida de las personas y es por eso, que este derecho debe ir desde el que recibe el cuidado hasta quien lo entrega. Los trabajadores en salud se desempeñan día a día para atender a miles de personas que necesitan del cuidado o atención oportuna y se han enfrentado durante muchos años a distintas jornadas de trabajo.

Ante lo expuesto, la presente investigación tiene como objetivo explorar la influencia del tipo de turno laboral en la función sexual de trabajadoras del sector salud.



MARCO TEÓRICO

Sexualidad.

“La vida sexual del ser comienza el mismo día de su nacimiento y acaba el de su muerte”¹.

La sexualidad vista íntegramente debe considerar las diferentes ciencias o artes de la vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), sexualidad se define como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"².

Como punto inicial, la sexualidad humana, se entiende desde su base física, en donde la corporalidad de un hombre y una mujer es la apertura de futuras experiencias tanto masculinas como femeninas que influenciarán las conductas del ser humano³.

Una de las comparaciones que surgen de la especie humana y animal, es el deseo de reproducción, fuerza o instinto natural que busca mantener la especie a través de dos seres anatómicamente y hormonalmente diferentes. En el mundo animal el reflejo sexual es innato, en cambio, en el ser humano los movimientos reflejos pueden eludirse y ser gatillados desde la corteza

cerebral. De acuerdo a W. Romo³, el ser humano se diferencia por no tener conocimiento del instinto sexual, sólo experimenta el deseo de unirse. A través de la experiencia y educación las personas descubrirán la orientación y el sentido de las pulsaciones sexuales, considerando que el cerebro humano necesitará de un periodo largo de crecimiento, desarrollo y equilibrio para dirigir la actividad sexual.

Es importante comprender que nuestras primeras experiencias están determinadas de acuerdo al tipo de sexo con el que nacemos. Desde el punto de vista de las ciencias biológicas se distinguen 5 tipos de sexo que establecen la diferenciación sexual: *sexo genético o cromosómico*, determinado desde el momento de la fecundación y dado por los cromosomas X e Y, *sexo gonadal* caracterizado por el desarrollo de ovarios o testículos durante el desarrollo fetal, después de la etapa de gónadas indiferenciadas, *sexo somático o anatómico* resultado de las influencias hormonales fetales y la respuesta normal de los tejidos y órganos efectores, *sexo legal o civil*, el cual se reconoce en el momento del nacimiento y determina su inscripción como varón o mujer y *sexo psicológico* que se desarrolla en los primeros años de vida, donde la educación ejerce una influencia importante para la ulterior conducta sexual⁴.

La personalidad y la conducta del ser humano es moldeada en nuestras primeras etapas de desarrollo. Distintas disciplinas integran las Teorías del Desarrollo para comprender y explicar los cambios que experimentan los individuos a lo largo de su desarrollo vital. Existen dos teorías psicoanalíticas, la Teoría psicosexual de Freud, la cual señala que la conducta es controlada por poderosos impulsos inconscientes y actualmente, es considerada uno de los mayores aportes en psicología. En ella se establece la cronología de las etapas por las que pasa la sexualidad infantil a lo largo del desarrollo; contempla 5 etapas: oral (0 a 1 año), anal (1 a 3

años), fálica (3 a 5 años), latencia (6 a 11 años) y genital (12 años) y por otro lado, la Teoría psicosocial de Ericsson, la cual señala que la personalidad es influida por la sociedad y desarrollo a través de una serie de crisis o alternativas críticas a lo largo de su ciclo vital. Las 8 etapas representan una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente, estas son: Confianza básica v/s desconfianza (0 a 1 año), Autonomía v/s vergüenza (1 a 2 años), Iniciativa v/s culpa (3 a 5 años), Industriosidad v/s inferioridad (6 a 11 años), Identidad v/s confusión de la identidad (12 a 14 años), Intimidad v/s aislamiento (20 a 30 años), Generatividad v/s estancamiento (40 a 50 años), Integridad v/s desesperación (60 y más años)^{5,6}.

La sexualidad es parte integral y fundamental en el desarrollo de cada ser humano. Para el sexo femenino, así como el masculino, diversas interrogantes y preocupaciones abarcan toda su existencia, desde las primeras características de la pubertad hasta inquietudes en la vida adulta, tales como cambios en la función sexual a lo largo del tiempo⁷.

La sexualidad forma parte de la salud de las personas. Según la OMS, salud sexual se define como el “completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor”. Este derecho a la salud sexual desde el siglo XX esta inmerso en los derechos sanitarios y reconocido por la OMS desde 1987⁸.

Para identificar disfunciones y trastornos sexuales, es necesario conocer la función y respuesta sexual normal, de esta manera nace una nueva disciplina llamada Sexología, la cual estudia la conducta sexual humana, estructura y funcionamiento de los órganos sexuales. Requiere la integración de múltiples disciplinas como la medicina, la biología, psicología,

sociología, antropología, filosofía y la historia, entre otras. La sexología es una disciplina que nace en Europa y en el año 1919 Hirschfeld funda en Berlín el primer instituto de sexología del mundo, constituyendo la fuente principal de información, pero mas adelante es destruido por ataque aereo. Los pioneros mas destacados en la historia de la sexología son Sigmund Freud, Havellock Ellis, A. Kinsey y William Masters con Virginia Johnson⁹.

La Sexología se define como el estudio del sexo, el cual indica la presencia de una estructura anatómica que permite distinguir al hombre de la mujer. Toda “estructura anatómica” posee una función, es decir, una actividad propia, además las actividades pertenecientes al sexo se definen con la palabra “sexual”. De esta manera “Función Sexual” se define como actividad propia del sexo que ocurre producto de un proceso que se inicia cuando se activa la unidad Situación/estímulo sexual causando la respuesta sexual¹⁰.

Función y respuesta sexual.

La conducta del ser humano esta inmersa en un sistema de integración que incluye al sistema nervioso, sistema endocrino, genoma y ambiente, lo que apoya los distintos procesos fisiológicos de la sexualidad y conducta sexual, tales como las motivaciones sexuales, su conducción y ejecución resolutoria. La respuesta neurofisiológica la constituyen los neurotransmisores y las sustancias vasoactivas que determinan el tono vascular, los procesos de vasodilatación y la lubricación de la vagina. Las hormonas esteroideas son las responsables de la modulación del deseo y excitación sexual¹¹.

Los pioneros en estudios del ciclo sexual fueron Master y Johnson en el año 1966 con un modelo de “Respuesta Sexual Humana”¹². Incluyeron 4

fases en un modelo de respuesta sexual progresivo o lineal de respuestas fisiológicas tanto en la mujer como en el hombre. Las fases son excitación, meseta, orgasmo y resolución, cada una de las cuales se asocia con una serie de respuestas genitales. El modelo ha sido parte de las bases de la respuesta sexual para futuras investigaciones y ha sido marco de referencia para los distintos problemas o disfunciones sexuales. De acuerdo con este modelo, la respuesta sexual implica un incremento gradual de la tensión sexual en ambos sexos, seguida de la distensión del orgasmo, además no hay distinción alguna entre el orgasmo clitorídeo, vaginal o el inducido mediante cualquier otra forma de estimulación. Tras uno o más orgasmos, se produce un retorno gradual al estado de preestimulación.

Dentro de las limitaciones y críticas descritas por Raymond Rosen del modelo de Master y Johnson, es que la excitación sexual asume un incremento desde el inicio de la estimulación hasta el orgasmo y la resolución, por lo tanto, dificulta la descripción adecuada de los patrones altamente variables de la respuesta sexual en diferentes mujeres e incluso en la misma mujer en diferentes ocasiones. Destaca además la falta de integración de aspectos subjetivos, psicológicos o interpersonales de cada individuo y la importancia del deseo sexual¹³.

Helen S. Kaplan en 1977 introduce al modelo de Master y Johnson una fase inicial de deseo, que precede a la excitación, por lo tanto el ciclo de respuesta sexual da existencia de tres fases esenciales: deseo, excitación y orgasmo. El deseo sexual es considerado el precursor necesario para el desarrollo de una excitación adecuada y un orgasmo subsecuente en ambos sexos y estaría mediado por centros cerebrales en el sistema límbico, influencias hormonales y psicosociales. El modelo de tres estadios ha sido utilizado como base para la clasificación de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas descritas en el Manual diagnóstico y estadístico de

los trastornos mentales¹⁴ (DSM). Tanto Master y Johnson como H. Kaplan presentan un modelo lineal de respuesta sexual humana, lo que daría indicios para establecer modelos más integrales en la respuesta sexual^{11,15}.

Schnarch en el año 1991 establece un modelo tridimensional, es decir, la respuesta sexual se representa en una curva de tres ejes. El autor señala como planteamiento principal que el deseo no es una fase anterior a la excitación y al orgasmo, sino que se presenta en todo el ciclo de la respuesta sexual. Una persona con deseo hipoactivo podría excitarse y tener un orgasmo y otra persona con un deseo sexual intenso podría no excitarse ni tener orgasmo, es decir, la respuesta sexual no está compuesta por fases progresivas o in crescendo, sino que ni el deseo es necesariamente previo a las siguientes fases, ni se trata por fuerza de fenómenos continuados¹⁶.

Whipple y Brash-McGreer en 1997 propusieron el primer cambio del modelo tradicional lineal con un modelo circular de la respuesta sexual. El modelo incluía las fases de la seducción (que incluía el deseo), de las sensaciones (excitación y meseta), entrega (orgasmo) y reflexión (resolución). Los autores proponen que las experiencias sexuales satisfactorias tenían, probablemente, efectos de refuerzo y a la inversa, si las experiencias sexuales fueron negativas, se podía perder interés por la actividad sexual.

Frente a las diferencias anatómicas y psicológicas entre hombres y mujeres, surgió un nuevo modelo de respuesta sexual. En el año 2001 R. Basson construye un modelo de respuesta sexual de tipo circular, basado en la intimidad, describe las fuerzas motivacionales fundamentales que despiertan el deseo. La mujer presenta una excitación mental y subjetiva, pudiendo tener o no consecuencias genitales o extragenitales. Este modelo abandona los elementos tradicionales del deseo, excitación, meseta,

orgasmo y resolución, argumentando que éstos corresponden al reflejo de la experiencia sexual de las mujeres. Se basa en observaciones de las fases de la respuesta sexual de las mujeres en un modo variable y superpuesto. La motivación sexual de las mujeres es mucho más compleja que la simple presencia o ausencia de deseo sexual, por lo tanto el modelo introduce elementos como la necesidad de una intimidad emocional, estímulo sexual, condicionantes biológicos y psicológicos y la satisfacción de la relación¹⁷. Actualmente es el modelo más citado como modelo de respuesta sexual femenina.

La investigación de los distintos componentes de la respuesta sexual humana, han permitido y contribuido a la utilidad clínica en distintos procesos patológicos, como en tratamientos médicos y quirúrgicos que podrían afectar a alguno de los elementos.

La respuesta sexual femenina puede ser altamente variable de acuerdo con la visión y expectativas de cada persona, etnia o cultura y sociedad. En culturas occidentales, existe una visión altamente positiva en comparación con las culturas tradicionales asiáticas o africanas. Frente a la complejidad y altamente variable naturaleza de la respuesta sexual en las mujeres, no se ha llegado a consenso de una definición al respecto, sin embargo, la respuesta sexual se ha descrito inicialmente como ausencia de disfunción sexual¹³.

En términos biológicos, la respuesta sexual consiste en “una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí”¹⁸.

Fisiología de la respuesta sexual femenina.

Las fases de la respuesta sexual pasan por distintos cambios fisiológicos que ponen en funcionamiento el sistema neuroendocrino. Los cambios van a depender tanto de las características personales (estructura psicológica), como de la anatomía y psiquis normal.

El *deseo*, llamado también la *libido*, está controlado por un centro estimulador dopaminérgico (sistema límbico) y por uno inhibitorio serotoninérgico, siendo desde la etapa prenatal la testosterona la responsable de programar estos centros y de mantener su capacidad de respuesta. Se considera un estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual y depende del funcionamiento neuroendocrino adecuado¹⁵.

El impulso es el componente biológico del deseo y se caracteriza por pensamientos sexuales, interés erótico en otros individuos, hormigueo genital y búsqueda de actividad sexual. El deseo es influido por la orientación sexual, las preferencias, la estructura psicológica, creencias y valores, expectativas, deseos de conducta y contexto ambiental⁸.

La *excitación* es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas donde se produce ingurgitación vascular genital mediado por el sistema simpático. Consta de mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos genitales y no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones. Los cambios genitales se traducen en aumento del diámetro y longitud del clítoris, dilatación de arteriolas perivaginales, con transudado del epitelio vaginal (lubricación) y expansión de la mitad superior

de la vagina, además se intensifican la tensión junto con las sensaciones eróticas sexuales^{15,19}.

En la fase de *meseta*, la vasocongestión alcanza su intensidad máxima, el clítoris se oculta parcialmente detrás de los labios menores debido a que se mantiene la congestión de los labios. De forma similar los pezones erguidos pueden ocultarse parcialmente por la continua hinchazón de las aréolas. La hinchazón promulgada del tercio externo de la vagina produce de acuerdo a Master y Johnson la “plataforma orgásmica”¹⁹.

El *orgasmo*, también llamado clímax, es una reacción miotónica mediada por el sistema simpático con aferentes desde los labios y clítoris y eferentes a través de los plexos pélvicos y del nervio pudendo a la musculatura estriada. Se experimenta como descarga repentina de la tensión que se ha acumulado durante la etapa de excitación. Los centros espinales involucrados son T-11 a L-2 para los nervios simpáticos y de S-2 a S-4 para los parasimpáticos y nervios pudendos¹⁵.

La fase de *resolución*, es el periodo posterior a la descarga de la tensión sexual. Los cambios fisiológicos que se producen durante la excitación se invierten y el cuerpo regresa a su estado de reposo. Descenso uterino completo, detumescencia del clítoris y de la plataforma orgásmica, descongestión vaginal y de labios vulvares requieren entre 5 y 10 minutos⁸.

Los varones, pero no las mujeres, entran inmediatamente en un periodo refractario después del orgasmo, durante el cual pueden producir una erección, pero son incapaces de eyacular. Las mujeres por el contrario, no tienen periodo refractario y son capaces de múltiples orgasmos¹⁹.

Cambios genitales y extra genitales durante la respuesta sexual femenina.

En la mujer, durante la respuesta sexual, se generan una serie de cambios en los órganos sexuales, junto con otras zonas erógenas que también sufren modificaciones. Los signos vitales también contribuyen y se adaptan a la respuesta sexual.

Fase de excitación: en los órganos genitales existe un aumento del riego sanguíneo a la pelvis y la región genital. En la mujer ocurre tumescencia del clítoris y labios menores, lubricación vaginal, alargamiento de dos tercios internos de la vagina, estrechamiento de un tercio externo de la vagina, secreción mucoide por glándulas periuretrales, retracción del clítoris. Extragenitalmente, erección de los pezones, hiperventilación, taquicardia, aumento de la presión sanguínea y rubor sexual.

Fase de orgasmo: se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la musculatura esquelética de la pelvis, ocurren contracciones en el tercio externo de la vagina. Extragenitalmente, espasmos musculares, contracciones del ano, aumento de la ventilación pulmonar, taquicardia y aumento de la presión sanguínea.

Fase de resolución: disminución de la congestión pélvica, pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores, posible retorno a la fase orgásmica. Extragenitalmente, sudoración, disminución de la presión sanguínea y de la frecuencia cardiaca.

Inervación periférica de los órganos genitales durante la respuesta sexual.

Se plantea que el sistema nervioso central controla la función sexual femenina a través de mecanismos que no están del todo descubiertos, entre ellos "la modulación supramedular descendente de los reflejos genitales femeninos emana de: estructuras del tronco encefálico, como es el núcleo paragigantocelular (acciones inhibitorias por la serotonina), el locus coeruleus (noradrenalina, intumescencia nocturna durante el sueño REM) y la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo; estructuras hipotalámicas, como es el área preóptica medial, el núcleo ventromedial, el núcleo paraventricular y estructuras prosencefálicas, como es la amígdala. Numerosos factores interactúan a niveles supramedulares para influir sobre la excitabilidad de los reflejos sexuales medulares, incluyendo: las hormonas gonadales, información sensitiva genital a través de la vía mielínica espinotalámica y la vía amielínica espinoreticular; e impulsos procedentes de los centros cognitivos corticales superiores"¹⁸.

Los principales nervios periféricos son:

Nervio Pelvico, raíces nerviosas S3 (S2-S4), inervación parasimpática, neurotransmisores: Óxido Nítrico (NO), Neuropeptido (VIP), Acetilcolina. Su función principal consiste en erección y lubricación vaginal.

Nervio Hipogástrico, raíces nerviosas T12-L2, inervación simpática, neurotransmisor Noradrenalina. Su función principal consiste en emisión seminal, contracciones uterinas y detumescencia.

Nervio Pudendo, raíces nerviosas S2-S4, inervación tipo Somatomotor (m.bulboesponjoso, m. isquicavernoso, m. pubococcigeo) y Somatosensorial

(sensibilidad de genitales externos), neurotransmisor Acetilcolina. Su función principal consiste en erección, eyaculación, contracciones orgásmicas y sensibilidad táctil.

Regulación neuroquímica de la respuesta sexual.

El ciclo de respuesta sexual humana abarca muchos transmisores y sistemas que regulan a nivel periférico y central, principalmente por nervios que se proyectan del sistema nervioso central hacia los órganos.

En algunos órganos involucrados en la respuesta sexual se incluyen señales tanto sensoriales como motoras. La inervación somática participa principalmente en todo el proceso de excitación y respuesta sexual, como órdenes motoras a grupos musculares específicos del suelo pélvico.

Los traumatismos, lesiones o alteraciones orgánicas, son causas frecuentes de disfunción sexual. La capacidad de funcionamiento de los nervios genitales podrían resultar muy afectados por diversos trastornos crónicos o por agentes terapéuticos como en la diabetes y en insuficiencia renal⁸. Entre los neurotransmisores que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual, se encuentran las monoaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina, además existen otros neuromediadores de la conducta sexual en donde destacan diversos péptidos (opioides endógenos con acciones inhibitorias), la alfa-MSH, algunos aminoácidos y óxido nítrico.

Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción sobre los diversos órganos, gracias a la liberación de neurotransmisores, como la noradrenalina y la acetilcolina, que son considerados los más importantes del sistema simpático y parasimpático respectivamente, no obstante, existe

participación otros neurotransmisores, principalmente el óxido nítrico (NO), el péptido intestinal vasoactivo (VIP) y mediadores de la llamada transmisión “no-adrenérgica-no-colinérgica” (NANC). La vagina está ricamente innervada por fibras nerviosas inmunorreactivas al VIP que están en íntima relación con el epitelio y los vasos sanguíneos. El NO se considera que es el principal mediador de la ingurgitación del clítoris y de los labios y todos los mecanismos centrales para la respuesta sexual están integrados por el NO en consonancia con la Dopamina, Ocitocina y Testosterona²⁰.

Los tejidos genitales pueden emitir señales reguladoras que interactúan con los neurotransmisores del sistema nervioso autónomo. Estos mensajeros locales proceden de la secreción paracrina (por el endotelio del tejido eréctil) y autocrina (por las propias células musculares lisas) del tejido eréctil. Entre ellos se encuentran diversos prostanooides, vasoconstrictores y vasodilatadores (prostaglandinas E), péptidos (endotelina) y óxido nítrico, producido por el endotelio¹⁸.

Los responsables de la excitación sexual se encuentran dentro del sistema nervioso central, estas son las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines. Al activar estos centros se transmiten las señales eléctricas a través del sistema autónomo.

Los medicamentos o fármacos pueden influir sobre el comportamiento sexual por diversos mecanismos⁸, ya sea a través de su intervención directa en los relevos sinápticos (vías neurales, centrales o periféricas) o influyendo sobre la actividad endocrina del hipotálamo y la adenohipófisis y en segundo lugar sobre la secreción de esteroides sexuales dependiente de ellas, por lo tanto, los efectos sexuales de muchos fármacos son producto de la

combinación de sus acciones sobre neurotransmisores centrales o periféricos con los que ejercen sobre las secreciones hormonales.

La apomorfina SL, derivado de la morfina, imita la acción cerebral de la dopamina y el péptido sintético Melanotan es un análogo del neuromediador fisiológico alfa-MSH. Se ha demostrado en ambos su eficacia en el tratamiento de los trastornos sexuales. Las hormonas gonadales juegan un rol importante sobre la actividad de varios neurotransmisores centrales como las monoaminas o los opioides. Por ejemplo la hormona adenohipofisaria prolactina, disminuye la motivación y reactividad sexual, en ambos sexos; de hecho, la disfunción sexual puede ser el síntoma inicial de un cuadro de hiperprolactinemia. Ello parece deberse a su acción inhibitoria de la secreción de las gonadotropinas y a su antagonismo directo de la transmisión dopaminérgica en algunas áreas cerebrales¹⁸.

Entre los fármacos en los que se ha detectado alteración en la función sexual se encuentra los de orden cardiovascular (antihipertensivos, digitálicos y clofibrato), neuropsiquiátricos (antidepresivos tricíclicos, antidepresivos serotoninérgicos, litio, benzodiacepinas, antiepilépticos, levodopa), gastrointestinal (antihistamínicos H2) y de medicación hormonal (antiandrógenos, estrógenos, ketoconazol)¹⁵.

Tanto la fisiología, la endocrinología y la farmacología han contribuido con nuevos avances y conocimientos en la comprensión y manejo de distintas alteraciones del individuo respecto a la conducta, respuesta y función sexual, lo que permite hoy en día prevenir y tratar las múltiples disfunciones tanto en el hombre como en la mujer. Muchos aspectos importantes del funcionamiento sexual aún están en investigación, sin embargo, las observaciones de las distintas disciplinas pueden contribuir al nuevo conocimiento.

Regulación hormonal de la respuesta sexual.

El cerebro contiene receptores de testosterona y es un órgano diana de esta hormona. Puede convertirse por la enzima 5-alfa.reductasa en dihidrotestosterona (DHT), que a su vez puede modificarse por otras enzimas y convertirse en otros andrógenos 5-alfa-reducidos (3-alfa.diol y 3-beta-diol). De otra forma la testosterona puede convertirse en el cerebro a 17 beta-estradiol y también por la acción de la enzima aromatasa puede convertirse a estradiol. El estradiol formado a partir de la testosterona en el cerebro será necesario para los efectos de retroinhibición de la testosterona sobre la secreción de LH¹⁹.

La testosterona es causa del deseo y excitación en hombres y mujeres⁸ y puede aumentar en proporción con el grado de secreción de hormonas sexuales, como fechas cercanas a la ovulación y educación de la mujer²¹. Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la libido, de la sensibilidad de los genitales y el orgasmo.

Se ha demostrado que administrar testosterona a mujeres menopáusicas, ooforectomizadas o con bajo deseo sexual, aumentaría el deseo sexual, sin embargo, los efectos secundarios de los andrógenos conllevan el riesgo de virilización de la mujer (hirsutismo, irregularidades menstruales, acné, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia)

Los estrógenos, un grupo de hormonas esteroides, funcionan como la principal hormona sexual femenina. En el cerebro, el receptor de estrógeno “ER alpha” juega un papel crítico en la regulación del comportamiento

reproductivo y la función neuroendocrina, además la anatomía del sistema límbico y la distribución de los receptores estrogénicos, relaciona el estrés con los trastornos psiquiátricos en mujeres²².

Los estrógenos desempeñan un rol especial en la maduración y en la respuesta hipofisaria a la estimulación hipotalámica. Los niveles de estradiol afectan a la mayoría de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos descienden (estradiol < 50 pg/μl), el epitelio de la mucosa vaginal se adelgaza y la musculatura lisa de la pared vaginal se atrofia, además cambia el pH ácido vaginal. Estas variaciones, son capaces de predisponer a infecciones vaginales y urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual¹⁸.

Las mujeres experimentan un cese brusco de esteroides sexuales durante la menopausia, a diferencia de los hombres donde la secreción de andrógenos declina en forma gradual y en grados variables en los hombres de más de 50 años de edad¹⁹.

En las mujeres postmenopaúsicas, la baja de estrógenos es causa de diversos síntomas que pueden presentarse a corto plazo (alteraciones neurovegetativas, alteraciones psicológicas), mediano plazo (síntomas de atrofia urogenital, trastornos dermatológicos) y a largo plazo (osteoporosis, enfermedad cardiovascular). A través de la hormonoterapia, se pueden recuperar los umbrales de la sensibilidad vibratoria y de la presión de la vagina. Los estrógenos tienen 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, hipoactividad sexual, dispareunia,

disminución de la reactividad sexual, trastornos del orgasmo y disminución de la sensibilidad genital.

Función y respuesta sexual en el ciclo vital.

Meston and Buss, publican las distintas razones de hombres y mujeres para mantener relaciones sexuales, sin embargo, el 96% de las mujeres comprendía edades entre 18 a 22 años. Se identificaron 237 razones distintas, pero en ambos sexos fueron 4 factores los principales, estos son razones físicas, razones respecto al logro de metas, motivos emocionales y razones de inseguridad²³.

Entre los factores de iniciación sexual, se observa que mujeres más jóvenes son menos propensas a referir amor o atracción para participar en la primera relación sexual y además la influencia de los pares era causa de los inicios de relaciones sexuales. Las mujeres adultas jóvenes en cambio, eran más propensas a tener relaciones sexuales porque se encontraban enamoradas, había atracción física, muy excitadas para detenerse, bajo efecto del alcohol o drogas y sentir romanticismo²⁴.

La función sexual de la mujer puede cambiar en función de la edad y entre los cambios que pueden diferenciar una condición se encuentra el estado de la pareja, así como los sentimientos, el envejecimiento, la función sexual y la duración de la relación²⁵.

Disfunción sexual.

La disfunción sexual femenina (DSF) es un problema multicausal y multidimensional que combina factores biológicos, psicológicos y determinantes interpersonales. Tiene un gran impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales²⁶. De acuerdo a la OMS, la disfunción sexual se encuentra en la clasificación de las enfermedades CIE-10 e incluye las diversas formas en que un individuo es incapaz de a participar en una relación sexual como él o ella lo desean.

El primer consenso de DSF, fue convocado por la American Foundation of Urologic Disease (AFUD) en agosto de 1998 con el objetivo de evaluar y revisar las definiciones existentes sobre disfunción sexual femenina²⁶. Según la DSM IV, la disfunción sexual se define como "alteraciones en el deseo sexual y en los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y causa una gran angustia y dificultades interpersonales".

La clasificación de los trastornos sexuales de acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, incluye trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y aversión sexual), trastorno de la excitación sexual (trastorno de la excitación sexual en la mujer y trastorno de la erección en el varón), trastornos orgásmicos (trastorno orgásmico femenino, masculino y eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo) y otras disfunciones sexuales (trastorno sexual debido a alguna enfermedad médica, trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual no especificado)¹⁴.

Entre los criterios utilizados para establecer diagnóstico, se debe especificar la naturaleza temporal (primario o de toda la vida y secundario o

adquirido), el contexto en que aparece (general o situacional) y factores etiológicos (debido a factores psicológicos o combinados)¹⁴.

A lo largo del siglo XX, los problemas sexuales femeninos han sido asociados, a través del psicoanálisis, a teorías de irritación nerviosa o de enfermedades nerviosas y mentales del área de psiquiatría. Diferentes literaturas hacen hincapié en los aspectos sociales de la sexualidad y el potencial educativo para resolver los problemas de varias maneras²⁷.

Algunas etiologías de la disfunción sexual femenina puede deberse a alteraciones de los procesos fisiológicos, así como de la anatomía. Pueden implicar una disminución del flujo sanguíneo (síndrome vascular del clítoris), debilidad muscular, hipertonicidad de la pelvis, puede resultar en orgasmos menos intenso o vaginismo. La falta de lubricación y atrofia genital también puede interferir con el funcionamiento sexual²⁸.

Los parámetros fisiológicos de la respuesta sexual en las mujeres que han sido investigados pueden dividirse en varias categorías: flujo sanguíneo, volumen/presión/cumplimiento, lubricación, muscular y neuronal, sin embargo, es imprescindible que las medidas o parámetros fisiológicos se interpreten en el contexto de la historia, física y aspectos psicosociales y emocionales del paciente²⁹.

Entre los factores de riesgo de disfunción sexual se encuentra la histerectomía, edad (>48 años), falta de lubricación, dispareunia, antecedentes de violación, ooforectomía, menopausia, estar casada e impotencia de la pareja y entre los factores que disminuyen el riesgo de disfunción sexual se encuentra buena salud, uso de terapia de reemplazo hormonal y educación²⁹.

La histerectomía como intervención no necesariamente es la que incide en generar malestar en la mujer, sino el estado emocional previo a la operación y de aceptación que tenga del procedimiento, íntimamente relacionado con el nivel de información recibida, es decir, mientras más información perciben recibir, el perfil sintomático es menor³⁰.

Históricamente hombres y mujeres han tenido diferencias y respecto a las disfunciones sexuales, se estima que las mujeres presentan un mayor porcentaje de estas, entre ellas, las más frecuentes son el deseo sexual hipoactivo en mujeres y la eyaculación precoz en los hombres³¹.

Trastornos sexuales DSM-IV.

Para identificar y comprender los distintos trastornos sexuales, es necesario describir los conceptos señalados en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Deseo sexual hipoactivo: disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

Aversión sexual: Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer: Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

Trastorno de la erección en el varón: Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastorno orgásmico femenino: Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

Trastorno orgásmico masculino: Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal.

Eyacuación precoz: Eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

Dispareunia: Dolor genital recurrente, la alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no es debidamente al vaginismo o a falta de lubricación y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

Trastorno sexual debido a alguna enfermedad médica: Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.

Trastorno sexual inducido por sustancias: Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

Evaluación de la función sexual femenina.

La evaluación de la respuesta sexual femenina en forma objetiva y cuantitativa no ha sido fácil, la mayoría de aspectos considerados eran más bien psicológicos, por lo tanto, es necesario un mirada más amplia y complementaria.

La evaluación médica debe tener un enfoque integral, que incluya la exploración clínica completa, identificar existencia de enfermedades, examen ginecológico, evaluación psicológica, consumo de medicamentos, análisis hormonales o estudios de laboratorio y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual (FSH, LH, prolactina, testosterona libre y total, SHBG y estradiol).

La evaluación psicosocial y psicosexual integra los problemas emocionales que pueden favorecer algunas disfunciones. Es necesario que el profesional conozca el contexto de la paciente, realice una anamnesis adecuada, considerando historia ginecológica y sexual, aspectos de su personalidad, autoestima e imagen corporal y entre otras, capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja.

Laumann en el año 1999 estudia la disfunción sexual en hombres y mujeres residentes en Estados Unidos considerando aspectos tales como deseo, excitación, orgasmo y dispareunia³². Más adelante en la Conferencia Internacional para el Desarrollo en la Sexualidad Femenina se llevo a cabo un consenso en disfunciones: definiciones y clasificaciones. En esta instancia

se recomendó tener la mayor cantidad de categorías de disfunción femenina. Se crea finalmente un cuestionario “The Female Sexual Function Index” (FSFI) de 19 ítems, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, de respuesta multidimensional breve. Es psicométricamente sólido y fácil de administrar. El cuestionario fue diseñado y validado por Rosen R. y cols, para la evaluación de la función sexual femenina y la calidad de vida en ensayos clínicos o estudios epidemiológicos³³. Se establece un punto de corte óptimo para la diferenciación de las mujeres con y sin disfunción sexual en una puntuación total de 26,55 FSFI³⁴.

En Chile, el “Índice de Función Sexual Femenino” (IFSF), es aplicado y validado en el año 2004 por Juan Enrique Blümel M. y cols, en una población chilena de mujeres sanas de 20 a 59 años, beneficiarias de un Centro de Salud Oriente de la Región Metropolitana. En la investigación se concluye que el IFSF, es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas y permite evaluar la sexualidad de la mujer en diferentes etapas de la vida³⁵.

Ritmo circadiano.

El ritmo circadiano, del latín circa (cerca a) y día (día) o ritmos biológicos, son oscilaciones de las variables biológicas en intervalos regulares de tiempo. Es fundamental para la función y coordinación de muchos procesos biológicos y puede afectar significativamente la calidad de vida. El ritmo circadiano es dependiente del ciclo luz-oscuridad y tiene un periodo de veinticuatro horas con un rango de más o menos de dos horas. Los ritmos de menos de seis horas y más de treinta minutos se llaman “ultradianos” (más cortos, por ejemplo sueño REM) y los de más de veintiocho horas y menos de seis días se denominan “infradianos” (más largos, por ejemplo ciclo menstrual).

El sueño, es un proceso activo generado por la descarga de neuronas específicas. Actúa sobre la mayoría de procesos fisiológicos y psicológicos y a su vez es afectado por ellos. Esta interacción contribuye a nuestra salud física y mental³⁵. Para el ser humano, la alternancia entre sueño y vigilia produce dos tipos principales de acciones fisiológicas: efectos sobre el sistema nervioso y sobre otros sistemas funcionales del cuerpo. La falta de sueño podría llegar desde una leve disfunción de los procesos mentales hasta la muerte³⁷.

Fases del sueño.

Se consideran dos fases principales en el sueño, la fase REM (Rapid Eye Movements) y la NREM (no REM) o SWS (slow-wave sleep/sueño de ondas lentas). La fase NREM, a su vez, se subdivide en 4 fases.

El ciclo REM-NREM se repite cíclicamente a lo largo de la noche, comenzando por el NREM con una duración de unos 70 a 90 minutos y

seguido por el sueño REM con una duración de 5 a 30 minutos. Este ciclo, con importantes variaciones individuales se repite de 3 a 6 veces a lo largo de la noche, y en los sucesivos ciclos va disminuyendo la cantidad de sueño NREM y aumentando la de sueño REM. Cada “tipo de sueño” tiene un patrón de actividad diferente^{37,38}.

Sueño REM

El sueño REM constituye el 20 al 25% del sueño, se caracteriza por actividad electroencefalográfica desincronizada, atonía muscular y movimientos oculares rápidos (binoculares y simétricos, horizontales u oblicuos)³⁹. También llamado sueño paradójico porque la actividad EEG es similar a la del estado de vigilia o etapa 1, hay atonía muscular, movimientos oculares rápidos y se produce la actividad onírica³⁸.

Sueño NREM

La mayor parte del sueño, se experimenta durante la primera hora de dormido y va asociado a un descenso del tono vascular periférico y de otras muchas funciones vegetativas del cuerpo. Se produce una disminución del 10 al 30% en la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el índice metabólico basal³⁷.

Fase 1 del sueño, es la fase de somnolencia o adormecimiento, se inicia con una difusión de ritmo alfa a otras zonas corticales, desapareciendo paulatinamente hasta convertirse en un ritmo predominante entre 5 y 7 ciclos por segundo (ondas theta), que puede estar mezclado por representaciones mas breves de otras frecuencias. El individuo está desconectado de su ambiente y no responde a estímulos leves, aunque puede ser todavía despertado con relativa facilidad⁴⁰.

Fase 2 del sueño, se caracteriza por una actividad de fondo de bajo voltaje y ritmo aun más lento, con ocasionales ondas delta de mayor voltaje y aparición de husos sigma (ondas sinusoidales de 12 a 14 ciclos por segundo y unos 50 microvoltios de amplitud) que aparecen de forma breve e intermitente (suelen aparecer unos 5 por minuto), de corta duración (menos de un segundo), aumentan hasta un máximo y luego disminuyen (de ahí el término huso o "spindle" con el que se conoce) y complejos K.

Las *fases 3 y 4 del sueño* se estudian con frecuencia juntas, y se conocen como "sueño de ondas lentas", "sueño delta" o "sueño D". El sueño D se caracteriza por mayor enlentecimiento de frecuencia, con ondas delta de menos de 5 ciclos por segundo y un ligero aumento de voltaje. Representa cerca del 20% en los adultos jóvenes y disminuye considerablemente con la edad³⁸.

En un adulto joven normal que duerma ocho horas promedio, el ciclo del sueño en tiempo total se distribuye de la siguiente forma: fase 1, 5%, fase 2, 50%, fases 3 y 4, el 20% y fase REM el 25%. La distribución ocurre con mayor proporción de sueño delta (fases 3 y 4) en la primera mitad y aumento del porcentaje de REM y fase 2 en la segunda mitad⁴⁰. Bajo la influencia de diversos factores la distribución del sueño puede variar (ejercicio, edad, embarazo, menstruación, trastornos, drogas, fármacos, etc).

Fisiología del sueño.

“El sueño es un estado intermedio entre la vigilia y la muerte”⁴¹ y es considerado un estado de inconsciencia en el que una persona puede despertar mediante estímulos sensitivos o de otro tipo.

La fisiología del sueño tiene como etapa inicial de sincronización en el SNC con células fotorreceptoras de la retina. Estas células poseen melatonina tipo 1 (ML-1), receptores y dos fotorreceptores específicos, la criptocromo y melanopsina, responsables de la fotorrecepción y la transducción del estímulo luminoso.

En el control del sueño y vigilia participan distintos sistemas que sincronizan y desincronizan las ondas del sueño NREM, REM y vigilia, tal como sistemas colinérgicos y monoaminérgicos, mecanismos dopaminérgicos que regulan el sueño e inhibidores locales para el control homeostático (adenosina)⁴².

El ritmo circadiano incluye tres mecanismos para mantener un sistema homeostático, el ritmo de sueño, ritmo de temperatura y ritmo endocrino:

Ritmo de sueño: mantiene el sueño y vigilia en relación con factores ambientales y promueve la vigilia durante el día.

Ritmo de temperatura: gracias a que en el hipotálamo anterior se produce un fenómeno de vasodilatación cutánea y sudoración disminuye la temperatura y por medio del hipotálamo posterior se produce una vasoconstricción cutánea y aumento del calor por actividad muscular que conlleva el aumento de la temperatura.

Ritmos endocrinos: controlados por el hipotálamo, produce hormona adrenocorticotropa (ACTH), la cual aumenta en horas de sueño y tiene un nivel máximo al despertar, hormona tirotrópica (TSH) que presenta niveles máximos al ir a dormir y hormonas anabolizantes: hormona del crecimiento (fases 3 y 4, primer ciclo), aldosterona (sueño REM, fases 1 y 2), LH y FSH (pulsos durante la noche) y testosterona (mayor en sueño REM).

La ritmicidad circadiana, se explica a través del sustrato neurológico que se encuentra en el hipotálamo, particularmente en el Nucleo Supraquiasmático (NSQ), en donde se encuentran múltiples conexiones dentro del Sistema Nervioso Central, que le permiten ejercer una función sincronizadora del organismo. Presenta 2 mecanismos: uno endógeno (que le permite variar su nivel de actividad en forma espontánea) y uno exógeno (que le permite coordinar su funcionamiento con variables externas relevantes). La fisiopatología subyacente implica una disfunción del oscilador endógeno o bien exógeno. Existen dos tipos de mecanismos que regulan los ritmos circadianos:

Mecanismo del oscilador endógeno: en la zona dorsomedial del NSQ existen neuronas que se activan e inhiben en forma cíclica. El mecanismo que explica este fenómeno dependería de un grupo de genes llamados CLOCK. Éstos genes codifican la síntesis de proteínas citosólicas “TIM y PER”, que se acumulan en forma progresiva en el citoplasma. Cuando estas proteínas alcanzan una cierta concentración, cambian sus propiedades y son capaces de migrar al núcleo celular en un proceso que demora alrededor de 12 horas. Una vez en el núcleo, estas proteínas se unen al ARN en sitios específicos, actuando como inhibidores de la transcripción de los mismos genes CLOCK, lo que reduciría gradualmente la concentración en el citoplasma de TIM y PER. Finalmente perderían su afinidad por el segmento de ARN, lo que permitiría reiniciar el ciclo. Existirían, además, otros mecanismos post-transcripcionales e epigenéticos que complejizarían el proceso. El ciclo completo tarda ligeramente más de 24 horas, por lo que requiere constante resincronización con claves ambientales para no desacoplarse del horario cronológico. Aquellos estímulos que permiten esta coordinación son llamados zeitgebers (“dadores de tiempo”)⁴³.

Mecanismo de sincronización exógeno: el hipotálamo recibe aferencias desde la retina, que funciona como transductor de la luz solar, transformándola en señales neuroquímicas mediante células fotosensibles del ganglion, que poseen el pigmento melanopsina (sensible al espectro azul de luz). El impulso se transmite a través del nervio óptico, que se conectan por el tracto retino-hipotalámico al NSQ. Al recibir el estímulo, las células de este núcleo expresan ciertas proteínas de membrana en forma transitoria. Esto afecta el umbral eléctrico de activación neuronal, favoreciendo una máxima frecuencia de descarga al mediodía, con un nadir (opuesto) a la medianoche. Esta modulación de la actividad neuronal cíclica y fotodependiente sería la base anatómica de la sincronía entre ritmos circadianos y la luz solar, por lo tanto, cualquier tipo de fotoestimulación diurna puede activar el NSQ. En resumen durante el día hay activación del NSQ, bajo nivel de melatonina, temperatura alta, SRA activada y psicomotricidad facilitada y a lo largo de la noche hay inhibición del NSQ, alta liberación de melatonina, temperatura baja, SRA inhibida y psicomotricidad disminuida⁴³.

Trastornos del sueño.

Gran parte de los seres humanos presentan un desajuste en el patrón de sueño y la cantidad de horas socialmente aceptables para dormir. Los malestares clínicamente significativos se denominan “trastornos del ritmo circadiano del sueño”.

Según el manual de códigos y diagnósticos de “International Classification of Sleep Disorders (ICSD) de la American Academy of Sleep Medicine⁴⁴, los trastornos del sueño se dividen en 3 grupos principales:

Disomnias: trastornos que afectan la cantidad, calidad o el momento en que ocurre el sueño. Se subdividen en Trastornos intrínsecos del sueño (Insomnio idiopático, Narcolepsia), Trastornos extrínsecos del sueño (Higiene del sueño inadecuada) y Trastornos del ritmo circadiano del sueño (se afecta el momento en el que se produce el periodo principal del sueño, sin afectar necesariamente la cantidad o calidad del sueño en sí).

Parasomnias: comportamientos o fenómenos anormales que ocurren durante el sueño (Trastornos de la excitación, Trastornos del sueño y vigilia de transición, Parasomnias usualmente asociadas con el sueño REM y otras parasomnias). Por ejemplo el sonambulismo.

Trastornos del sueño asociados a otros desórdenes: asociados con desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y otros desórdenes mentales (por ejemplo Insomnio asociado a depresión).

De acuerdo al ICSD entre los Trastornos del ritmo circadiano del sueño se encuentra el Síndrome de retraso de la fase del sueño, Síndrome del adelanto de la fase del sueño, Trastorno por ritmo de sueño-vigilia irregular, Trastorno por ciclo sueño-vigilia diferente de 24 horas, Síndrome del cambio rápido de zona horaria, Trastorno del sueño en el trabajador nocturno⁴⁴.

Trastorno del sueño en el trabajador nocturno.

Mencionado en inglés como “Night shift work disorder”, se produce cuando la persona se ve forzada sistemáticamente a permanecer despierta durante su periodo normal de sueño, lo que conlleva a una desincronización de su ritmo biológico circadiano natural. Ocurre principalmente en personas que trabajan en un sistema de turnos, tanto de noche, de madrugada o

rotativos (grupo más severo). La predisposición a la fatiga y la distorsión cíclica del sueño que sufre el trabajador nocturno, se ve acompañado muchas veces de un sueño diurno no reparador.

Entre un 5 y 10% de los trabajadores que utilizan estos sistemas presentarían el trastorno del sueño y se estima que este tipo de pacientes duermen entre 1 y 4 horas menos que un trabajador promedio que no realiza turnos⁴⁵.

Los síntomas van a depender principalmente del tipo de turno, preferencias personales (cronotipo) del paciente y edad. Entre sus síntomas se destacan la fatiga, somnolencia, abatimiento y disminución de las capacidades cognitivas durante el periodo de vigilia forzada, con insomnio durante el periodo de descanso y sueño no reparador. Al trabajador nocturno se le presenta entonces un conflicto tanto biológico, como laboral y sociofamiliar.

Las terapias y tratamientos para los trastornos del ritmo circadiano se dirigen principalmente a la resincronización de los ritmos biológicos, educación del ciclo sueño-vigilia, estilo de vida saludables y tratamiento de patologías. Entre las terapias más utilizadas se encuentra la luminoterapia, melatonina, actividad física e interacción social y uso de fármacos.

Repercusiones de la alteración del sueño .

Frente a desajustes del sueño que las personas experimentan muchas veces, el ritmo circadiano intenta conservar su tendencia natural a pesar de sus continuas adaptaciones a las exigencias cotidianas, con resultados habitualmente indeseables para la salud.

Autores señalan cómo la cantidad de horas de trabajo y actividades diarias han disminuido la cantidad de horas de sueño y a la vez aumentado los trastornos del sueño. Del siglo pasado al actual se duerme una media de 1,5 horas menos, lo cual está también directamente relacionado con una alteración de la calidad de vida y la percepción general del estado de salud⁴⁶. Otros autores también concuerdan en que estar despierto toda la noche, significa un esfuerzo que se traduce en fatiga, dolor especialmente en las extremidades inferiores y espalda, falta de energía y sueño que no es recuperado⁴⁷.

El exceso o déficit del sueño, puede conducir a distintas alteraciones en el individuo, tales como, cambios psicológicos: irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión, cambios cognitivos: enlentecimiento del tiempo de reacción, dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación a situaciones nuevas, déficit atencional y menor concentración en tareas concretas^{36,45}.

Alteraciones del sistema endocrino e inmunológico, pueden influir en las respuestas eficaces del organismo ante diversos cambios y requerimientos del medio interno o externo⁴⁶.

Calidad de vida en el ámbito laboral.

Se ha establecido que calidad de vida es subjetiva y dependerá de las aspiraciones y la realidad de cada individuo, tomando en cuenta los elementos culturales y características personales de cada individuo. Uno de los primeros investigadores que evaluó la “calidad de vida” fue John Flanagan, quien en 1970 crea la escala de calidad de vida (QOLS), integrando componentes como, el confort material, salud y seguridad personal, relaciones familiares, relación conyugal, amistades, aprendizaje,

comprensión de uno mismo, trabajo, autoexpresión creativa, ayuda a los demás, participación en asuntos públicos, socialización, actividades de descanso y actividades recreativas.

En la década de los noventa la OMS define calidad de vida (CV) como “la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”⁴⁸.

La OMS además desarrolla un instrumento para medir CV para ser utilizado en las distintas culturas, llamada escala de medición WHOQOL-BREF, que produce un perfil de CV en cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

En un estudio con aplicación de WHOQOL-BREF realizado en enfermeras que se desempeñan en hospital y realizan turnos nocturnos se encontró diferencias estadísticamente significativas en el área física y social con respecto a enfermeras que no realizan turnos nocturnos, pero no hubo diferencias significativas en el área ambiental y psicológica. En términos globales las enfermeras que no realizaban turnos de noche obtuvieron mejores puntajes en la escala de calidad de vida, entre ellas, casi un 90% de las enfermeras se sienten “satisfecha” o “muy satisfecha” con su salud, mientras que las trabajadoras con turno nocturno se sienten “más o menos” o “satisfechas”⁴⁷.

Trabajo por turnos.

La etimología de la palabra “trabajar” proviene del latín tripaliare y significa “torturar”, sin embargo el tiempo se ha encargado de darle otros significados.

La sociedad necesita personas trabajadoras disponibles las 24 horas del día en determinadas áreas para poder cubrir las necesidades propias del ser humano, así como también los seres humanos necesitan la disponibilidad de tiempo para cubrir las otras necesidades restantes. Esta situación obliga a organizar a las personas y acomodar horarios.

En el sector de la salud chileno, el esquema tradicional aplicado desde hace al menos 50 años, es el denominado “cuarto turno”. Se trata de un sistema que implica trabajar una jornada diurna de 12 horas, luego una jornada nocturna de la misma duración, para después acceder a dos días libres.

Para las personas, el trabajo constituye un medio para poder obtener compensaciones económicas, sociales y psicológicas fundamentales para su bienestar y desarrollo. De acuerdo a la satisfacción de estas compensaciones, dependerá la percepción de una mejor o peor calidad de vida⁴⁹.

Se debe considerar que el trabajo nocturno abarca diversas áreas y sectores laborales, así como distintos puestos de trabajo y distintas remuneraciones, los cuales pueden influir a una mayor o peor satisfacción. Entre algunas formas de expresar la insatisfacción laboral se encuentra el ausentismo, sin embargo, a pesar que no está demostrado que la

insatisfacción pueda influir directamente sobre el ausentismo, se considera que ésta ocasiona la huida del ambiente laboral⁵⁰.

Uno de los entes reguladores de principios y derechos fundamentales del trabajo es la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En este organismo se centran las distintas legislaciones laborales internacionales, como en el caso del trabajo nocturno. Entre las principales recomendaciones de la OIT hacia el trabajo nocturno se encuentra la eliminación de posibles riesgos, duración del trabajo máximo de 8 horas diarias, evitando en lo posible horas extraordinarias antes o después del trabajo nocturno, evitar ruidos y molestias ambientales, construcción de viviendas cerca del lugar de trabajo, proponer jubilación anticipada voluntaria y otros beneficios sociales⁵¹.

Diversos estudios indican que el turno nocturno ocasiona un mayor número de problemas en comparación con el diurno, tales como alteraciones digestivas, mayor percepción del cansancio, menor rendimiento, trastornos del sueño, mayor accidentes, enfermedades cardiovasculares, ciertas formas de cáncer, pérdida mayor de sueño comparado con rotaciones más distanciadas (intermedio de 3 semanas por turno) y riesgos del “síndrome de ingesta nocturna”^{45,52}. Además la ingesta nocturna puede ser tanto un elemento desincronizador de los ritmos circadianos, observándose índices altos de triglicéridos, glucosa e insulina en trabajadores nocturnos⁵⁰.

Las personas pueden tener una tipología circadiana matutina o vespertina, en la cual, presentan diferencias en la regulación de sus principales funciones fisiológicas y su nivel de activación central. La tipología circadiana explica las diferencias en el acoplamiento de la curva de la temperatura corporal y el estado de vigilancia subjetivo, pues la acrofase del ritmo del nivel de vigilancia ocurre antes que la del ritmo de la temperatura

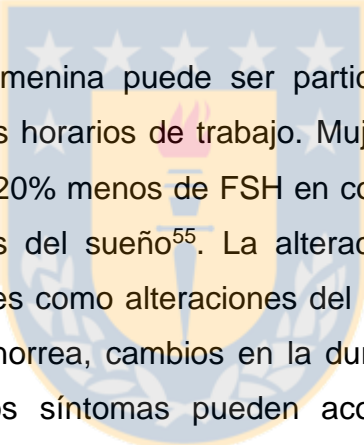
corporal en personas matutinas, mientras que en vespertinas ambos están acoplados, de hecho, las personas matutinas tienen su pico máximo de temperatura corporal entre 1.5 y 3 horas antes que los vespertinos⁵⁰.

Frente a la situación laboral por turnos, se comparó al sector público y privado con el fin de establecer si trabajar en el sector público presentaría alteraciones significativamente superiores a las que presenta el personal que se desempeña en el sector privado. Se encuestó una muestra de 44 trabajadores pertenecientes a un hospital privado y 43 trabajadores de un hospital público, ambos localizados en Santiago de Chile. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas en la percepción de fatiga física, alteraciones sociales y presencia de trastornos del sueño entre el personal del sector público y privado. Entre las principales debilidades del sistema de cuarto turno se señala alta irregularidad y sus principales fortalezas serían el alto número de días libres por semana, moderado impacto sobre el ritmo sueño-vigilia y moderada desvinculación social y familiar⁵³.

Función sexual v/s turnos rotativos.

Los estilos de vida pueden afectar el funcionamiento sexual en mujeres en las diferentes etapas previas a la menopausia. Entre las características de mujeres sexualmente activas de 40 a 65 años se demostró que tenían mayor actividad sexual las más jóvenes, con mayor logro educativo, menor Índice de Masa Corporal (IMC) e incluyó a una mayor proporción de mujeres que se encontraban casadas, en etapas previas a la menopausia, con menos problemas médicos y sequedad vaginal no significativa, además las mujeres que dormían entre 6 y 9 horas por noche eran más propensos a ser sexualmente activos que las que duermen 6 o menos, es decir un menor sueño reparador⁵⁴.

Según Megan Mahoney, la expresión de "genes CLOCK ", al igual que el ritmo circadiano, se encuentran involucrados en el éxito de los ciclos de reproducción, apareamiento y embarazo. Cualquier tipo de alteraciones o interrupción de los ritmos biológicos, como ocurre comúnmente en el trabajo por turnos, desfase del sueño (jet lag) y/o privación del sueño, están vinculados a las interrupciones significativas de la función reproductiva. Las deficiencias incluyen alteración de los patrones de secreción hormonal, reducción del número de concepciones (estudios avalan que el peak de LH ocurre en la media noche a las 8 de la mañana), aumento de las tasas de aborto espontáneo y un mayor riesgo de cáncer de mama, incluyendo las disfunciones femeninas⁵².



La población femenina puede ser particularmente susceptible a la desincronización de los horarios de trabajo. Mujeres con menos de 8 horas de sueño secretan un 20% menos de FSH en comparación con mujeres con duraciones más largas del sueño⁵⁵. La alteración del sueño perturba los ritmos hormonales, tales como alteraciones del ciclo menstrual (aumentos o disminuciones), dismenorrea, cambios en la duración y la cantidad de flujo menstrual, además los síntomas pueden acompañarse de cambios en patrones de ovario y de secreción hormonal pituitaria (aumento de la etapa folicular y cambios en las concentraciones de FSH) y por último puede influir en los patrones de expresión de los "genes CLOCK"⁵².

El momento del inicio del parto y el momento de nacer tienen una fuerte ritmicidad diurna con respecto a la hora del día. Investigaciones señalan que la rotura de membranas se produce entre la medianoche y 04 de la mañana principalmente⁵⁵ y entre otras investigaciones se describe como los ritmos circadianos pueden influir incluso en el inicio de trabajo de parto.

Existen escasas investigaciones que relacionan las disfunciones sexuales con los turnos rotativos, sin embargo, como referencia en este tema, Hinojosa H. en el año 1992 da cuenta del aumento de las disfunciones sexuales en enfermeras que realizan turnos rotativos, en donde se encontró un aumento del 200% en las disfunciones (miedo al pene, disfunción orgásmica, disfunción general)⁵⁷.

En evaluaciones de enfermeras que realizan turnos de noche, se observa que cuando utilizan la privación del sueño como un medio para cambiar hacia y desde el sueño diurno en días laborables, son menos adaptables a su horario de trabajo. El cronotipo de las mujeres también influye en la eficacia de la adaptación. Además, polimorfismos en los genes "CLOCK", NPAS2 PER2 y PER3 se asociaron significativamente con resultados tales como el consumo de alcohol, cafeína y somnolencia, además, los polimorfismos de varios genes del reloj circadiano se han asociado con trastornos psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo y autismo) y trastornos metabólicos. Muchos de estos resultados son específicos para cambiar el tipo que sugiere una interacción entre el genotipo y el medio ambiente (trabajo por turnos)⁵⁸. Algunas personas tienen un reloj circadiano más corto que las 24 horas establecidas y pueden adaptarse más fácilmente a las rotaciones, además esta demostrado que las siestas pueden beneficiar al trabajador nocturno⁴⁵.

El desequilibrio del ritmo circadiano ocurre cuando los patrones de comportamiento y de sueño/vigilia pierden la sincronización con el reloj endógeno y el medio ambiente (trabajo por turnos nocturnos). En modelos de ratón, el desequilibrio del ciclo circadiano requiere de mínimo 6 días para recuperar su estado normal. Se sugieren estrategias del sueño, de acuerdo al cronotipo y genotipo para contribuir a la adaptación del sistema circadiano a un entorno que cambia sus horarios constantemente⁵⁸.

El trabajo rotativo y el nocturno permanente desajustan las relaciones de pareja. Principalmente la cantidad de tiempo durante el cual la pareja no comparte vivencias cotidianas o experiencias habituales, puede ser causante con el paso del tiempo de conflictos de pareja, habiendo incluso un distanciamiento emocional excesivo y un riesgo elevado de separación o divorcio al aparecer problemas de índole sexual, con los hijos y con las actividades del tiempo libre⁵⁰.

La magnitud del deseo sexual inhibido en mujeres, puede ser causa de la situación laboral. Autores indican en investigaciones que un 34,9% de las mujeres presenta deseo sexual inhibido, en donde existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel educacional de la mujer y de la pareja, la situación laboral de la pareja, satisfacción de las necesidades básicas, satisfacción sexual y satisfacción con la relación de pareja⁵⁹.

El trabajo de turnos es una realidad compleja que posee connotaciones sociales, legales y económicas que afectan al trabajador y a toda su familia. Diversos estudios señalan los efectos negativos del trabajo en turnos sobre la vida familiar, pudiendo estar totalmente desorganizada; como cuando el hombre y la mujer trabajan en turnos diferentes. El tipo de trabajo, sobretudo la alternancia de horarios perturba los ritmos de vida y las costumbres diarias: horarios de comidas, momentos de descanso y momentos de vida social (fiestas, navidades, semana santa y acontecimientos familiares). El trabajador en turnos se ve obligado a adaptar las costumbres de su familia a su horario de trabajo o seguir un ritmo independiente al de su familia.

Se han encontrado puntuaciones sensiblemente bajas en la satisfacción del trabajador rotativo cuando se evalúa el tiempo disponible para él mismo y su familia. Es evidente que uno de los motivos de

incompatibilidad familiar es la necesidad de dormir durante el día, abarcando períodos en los cuales la familia suele estar presente en el hogar, por lo que las relaciones y las interacciones se pueden reducir sensiblemente⁶⁰.

Mejorar las condiciones laborales resulta urgentemente necesario respecto a los sistemas de trabajo. En general no se encuentran propuestas concretas que guíen el planteamiento de estrategias eficaces para la minimización de los diferentes efectos en la vida cotidiana de los individuos que trabajan por turnos⁶¹.



HIPÓTESIS

HI: En las trabajadoras del sector salud con trabajo por turnos rotativos se presenta un bajo índice de función sexual respecto a las trabajadoras de turno diurno.



OBJETIVOS

Objetivo general.

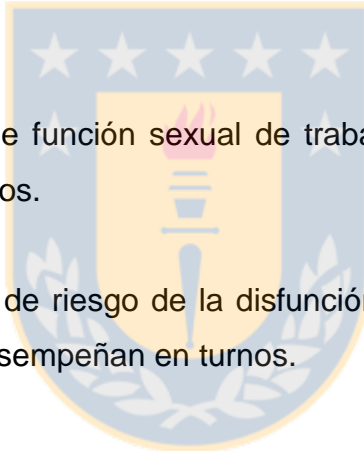
Explorar la influencia del tipo de turno laboral en la función sexual de trabajadoras del sector salud.

Objetivos específicos.

Determinar características biosociodemográficas de trabajadoras del sector salud.

Determinar el índice de función sexual de trabajadoras del sector salud en turnos diurnos y rotativos.

Identificar los factores de riesgo de la disfunción sexual de trabajadoras del sector salud que se desempeñan en turnos.



METODOLOGÍA

Diseño.

Estudio cuantitativo, observacional de corte transversal

Universo.

El estudio se realizó en trabajadoras que se desempeñan en el sector salud, pertenecientes a un hospital de alta complejidad de la Región del Biobío.

El total de trabajadores/as de 3 estamentos (profesionales, técnicos paramédicos, auxiliares) corresponden a 1.803 personas, de los/as cuales, 1.481 son mujeres. El turno diurno lo realizan 435 mujeres y 1.046 mujeres el turno rotativo. Las edades están comprendidas entre los 20 a 64 años, seleccionándose a quienes se desempeñan en turno diurno y turnos rotativos.

Para el turno rotativo, se consideró sólo el “cuarto turno”, el cual consiste en un turno largo de 08:00 a 20:00 hrs; un turno de noche de 20:00 a 08:00 hrs., seguido de dos días libres. En cambio, el turno diurno, tiene una secuencia diaria de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 hrs. y los días sábado y domingo libres.

El Hospital cuenta con 16 servicios clínicos, 8 unidades de apoyo clínico terapéutico, 6 unidades de apoyo clínico al diagnóstico y 7 áreas de apoyo administrativos. Administrativamente el Hospital cuenta con 11

Centros de Responsabilidad, de los cuales se consideraron 9 centros para la investigación.

El periodo de aplicación de encuestas se realizó entre abril y julio del año 2013, como encuestadoras/es participaron estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, que fueron especialmente capacitados por la investigadora.

Muestra.

Para el cálculo de la muestra se consideró el 30% de disfunción sexual en las mujeres, basándose en un estudio previo de validación del cuestionario Índice de Función Sexual Femenina, el cual consideró el 30% para la población chilena³⁵ y además se consideró el criterio del 95% de confiabilidad y el 5% como margen de error.

De un universo de 1481 mujeres (435 mujeres en turno diurno y 1046 en turno rotativo) se consideró una muestra mínima de 457 mujeres (135 y 322 respectivamente).

Se encuestaron 478 mujeres, escogidas al azar simple, de las cuales 85 no cumplían requisitos (criterios de exclusión, encuestas incompletas), por lo tanto, el análisis final se realizó a 393 mujeres (182 mujeres en turno diurno y 211 mujeres en turno rotativo).

Criterios de inclusión.

Mujeres que trabajen en turnos diurnos y rotativos con al menos seis meses de antigüedad laboral continua en dicho turno, con edades entre 20 a

64 años, actividad sexual en los últimos tres meses y en condiciones de salud que le permitan trabajar.

Criterios de exclusión.

Mujeres embarazadas, aquellas en primeros 6 meses postparto, personal administrativo, trabajadoras que lleven menos de seis meses de antigüedad en el turno y que no realicen turno diurno o rotativo (cuarto turno).

Definición de variables.

1.- Variables dependientes: índice de función sexual femenina.

2.- Variables independientes: edad, orientación sexual, estado civil, religión, escolaridad, medicamentos, etapa del ciclo vital, uso de terapia hormonal, uso de lubricantes, método anticonceptivo, experiencia de abuso sexual o maltrato infantil, nivel socioeconómico, estamento, tipo de turno, tiempo de trabajo en el turno, enfermedades crónicas, edad de la pareja, problemas de índole sexual de la pareja, tiempo de relación con la pareja, dormitorio exclusivo, apoyo en el hogar, cuidado a mayores de edad o personas con enfermedad, hijos.

Instrumentos.

Se aplicó una encuesta biosociodemográfica que permitió tener un perfil de la trabajadora y discriminar posibles confusiones o sesgos en la investigación.

A través de un instrumento desarrollado por Rosen y Cols³³ denominado “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) se aplicó el

cuestionario que consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas. Se agrupa en seis dominios: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3 – 6), lubricación (ítems 7 – 10), orgasmo (ítems 11 – 13), satisfacción (ítems 14 – 16) y dolor (ítems 17 – 19); cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, a mayor puntaje, mejor sexualidad. De acuerdo a los autores un puntaje total menor o igual a 26 se considera en riesgo de disfunción sexual³⁴.

El cuestionario está traducido al español y validado por Blumel³⁵ en la población chilena y es considerada como un instrumento que permite evaluar la sexualidad en distintas etapas de la vida, adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.

Pruebas estadísticas

Los datos obtenidos se ingresaron a una planilla Excel y fueron analizados en el software estadístico SAS (v9.2) e InfoStat versión 2012. Se realizaron análisis descriptivos univariados, bivariados y multivariados, tanto con el IFSF (y sus dominios), como con las variables biosociodemográficas.

Las variables numéricas fueron expresadas como media (d.e.) y las variables categóricas se expresaron como frecuencia numérica (n) y como frecuencia relativa (%). En el caso de no normalidad se expresaron las variables numéricas como mediana (d.e.).

Las hipótesis a evaluar son:

- Variables Numéricas $H_0: \mu_1 = \mu_2$ v/s $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$
- Variables Categóricas

H_0 : No hay diferencia de medias entre las variables

H_1 : Existe diferencia entre variables.

Para explorar la influencia del tipo de turno laboral en la función sexual de trabajadoras del sector salud, se realizó una comparación del turno diurno y rotativo y luego una correlación con las variables del IFSF.

Con la finalidad de comparar los puntajes de los dos turnos se utilizó el test t de Student, para aquellas variables con distribución normal y el test de Mann-Whitney para aquellas variables que no verifican el supuesto de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y para las variables categóricas se utilizó test Chi cuadrado.

Para determinar la relación entre el IFSF (y sus dominios) y las variables biosociodemográficas cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (Spearman, en caso que no se cumplía la normalidad) y se aplicó análisis de varianza, cuando las variables biosociodemográficas eran categóricas. Este análisis se realizó en general y por cada estamento. Se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

Consideraciones éticas.

Previo a la realización del estudio, se solicitan y obtienen permisos de los directores y jefes de cada estamento a evaluar del Hospital Guillermo Grant Benavente y del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Se designa a un Ministro de Fé por el Comité Ético Científico, quien participó del proceso de resolución de los consentimientos informados. Cabe señalar que la investigación se desarrollo en base a pautas éticas recomendadas por la OPS/OMS⁶² y bajo la Ley n° 20. 584 de derechos y deberes de los pacientes en Chile⁶³.

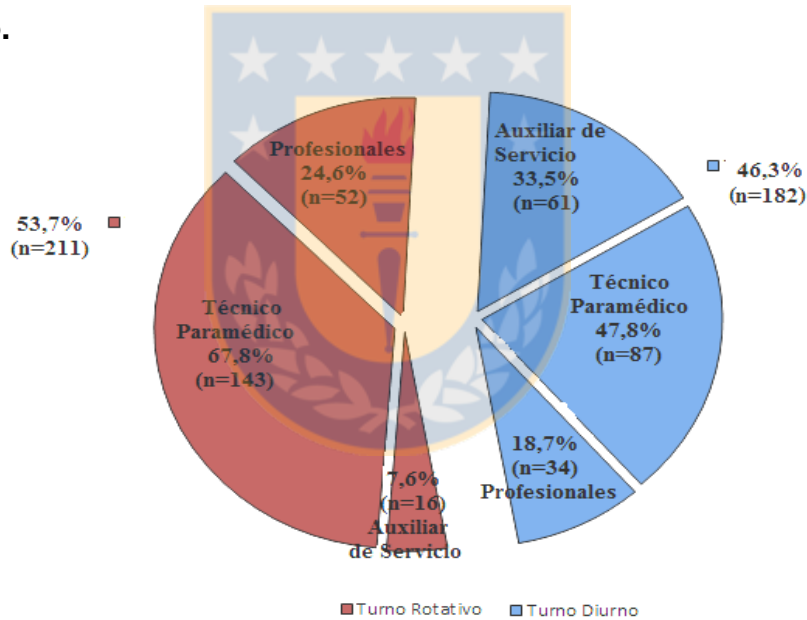


RESULTADOS

I. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.

El análisis de datos de las 393 mujeres encuestadas, se organizó de acuerdo al estamento profesional, técnico paramédico y auxiliar. Con el fin de evaluar en forma ordenada y detallada los resultados, se realiza un análisis en forma general y en forma comparativa de acuerdo a cada turno. Para comenzar se señala una visión general de la muestra.

Gráfico nº 1: Distribución de las trabajadoras según estamento y tipo de turno.



1.1. Tipo de turno y estamentos.

De la muestra total de mujeres, existe un 46,3% (n=182) de mujeres en turno diurno, con un 18,7% (n=61) de Profesionales, 47,8% (n=87) de Técnicos paramédicos y un 33,5% (n=61) de auxiliares de servicio. En cambio en el turno rotativo existe un 53,7% (n=211) de mujeres encuestadas,

en donde el 24,6% (n=52) representa a Profesionales, un 67,8% (n=143) a Técnicos paramédicos y un 7,6% (n=16) a auxiliares. En el gráfico n°1 se señala la distribución de mujeres de acuerdo al tipo de turno y estamento al cual pertenece.

De acuerdo a los rangos etareos por estamento, la media se encuentra entre los 34 a 35 años, con un promedio de edad de las auxiliares de servicio de $35,7 \pm 9,4$ años con una edad mínima de 25 años y máxima de 64 años, las técnicas paramédicos tienen un promedio de edad de $36,3 \pm 11,8$ años con una edad mínima de 20 años y máxima de 64 años y las profesionales tienen un promedio de edad de $39,9 \pm 9,1$ años con una edad mínima de 25 años y una máxima de 64 años.

Tabla n°1: Distribución de las mujeres según edad y estamento.

Edad (años)	Auxiliar de servicio		Técnico Paramédico		Profesionales	
	n	%	n	%	n	%
20 -24	0	0,0	30	13,0	0	0,0
25 -29	24	31,2	66	28,7	11	12,8
30 -34	18	23,4	30	13,0	17	19,8
35 -39	13	16,9	22	9,6	19	22,1
40 -44	10	13,0	20	8,7	13	15,1
45 -49	6	7,8	11	4,8	10	11,6
50 -54	0	0,0	32	13,9	9	10,5
55 -59	0	0,0	11	4,8	6	7,0
60 -64	5	6,5	8	3,5	1	1,2
Total	76	100	230	100	86	100

1.2. Centro de Responsabilidad.

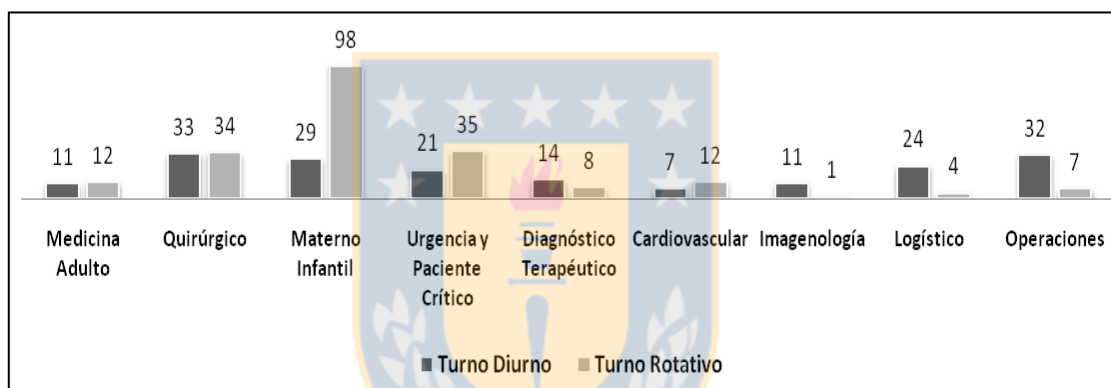
Las encuestadas fueron clasificadas de acuerdo a cada centro de responsabilidad, el que a su vez esta subdividido en las distintas áreas de trabajo en la cual se desempeñan. Se consideraron 9 de 11 centros de responsabilidad para este estudio por cumplir con los criterios de inclusión:

El CR. Materno Infantil tiene 339 mujeres de las cuales participó el 37,4% (n=127), el CR. Quirúrgico con 327 mujeres, en total, estuvo representado por un 20,4% (n=67), CR. Medicina del adulto con 125 mujeres alcanzó el 18,4% (n=23), CR. Urgencia y paciente crítico con un total de 280 trabajadoras participó en un 20% (n=56), CR. Diagnóstico terapéutico con 111 trabajadoras participó en un 19,8% (n=22), CR. Cardiovascular con 55 mujeres, participó en un 34,5% (n=19), CR. Imagenología con 23 trabajadoras esta representado en un 52,1% (n=12), CR. Logístico con 55 mujeres participó en un 50,9% (n=28) y CR. Operaciones de un total de 81 mujeres, el 48,1% (n=39) representó al centro.

De los Centros de Responsabilidad, el CR. Materno Infantil concentra la mayor participación de mujeres del estudio, con un 32,3% (n=127), luego el CR. Quirúrgico con un 17% (n=67) y el CR. Urgencia y Paciente crítico con un 14,2% (n=56). Luego los Centros de responsabilidad que tuvieron menor participación, se encuentra el CR. de Imagenología con un 3% (n=12) y CR. Cardiovascular con un 4,8% (n=19).

En cuanto a la representación de mujeres por cada turno, en el turno rotativo el CR. Materno Infantil constituye el 46,4% (n= 98), luego el CR Urgencia y Paciente crítico un 16,5% (n=35) y en el CR. Quirúrgico un 16,1% (n=34), a diferencia del turno diurno, donde el CR. Quirúrgico representa el 18,1% (n=33), el CR. Materno Infantil el 15,9% (n=29) y el CR. Urgencias el 11,5% (n=21), situación que se observa en el gráfico n°2.

Gráfico 2: Distribución de las mujeres según Centro de Responsabilidad.



1.3. Índice de Función Sexual Femenina de las trabajadoras.

Se debe destacar que el puntaje considerado normal es mayor a 26,5 puntos para el IFSF y para cada dominio se trabajó con los promedios de cada uno: excitación, lubricación, orgasmo y dolor el puntaje es sobre los 3; deseo el puntaje sobre los 3,6 y satisfacción sobre los 3,4 puntos. En la tabla n°2 se observa que el promedio del IFSF total ($27,9 \pm 6,0$) y en cada dominio, el 100% (n=393) de las mujeres sobrepasan los puntajes de corte.

**Tabla n°2: Índice de Función Sexual Femenina de las trabajadoras
(n=393)**

IFSF y Dominios	Media (d.e.)	Puntaje	
		Mín	Máx
IFSF	$27,9 \pm 6,0$	2,0	36,0
Deseo	$3,8 \pm 1,1$	1,0	5,0
Excitación	$4,5 \pm 1,2$	0,0	5,0
Lubricación	$5,0 \pm 1,2$	0,0	5,0
Orgasmo	$4,8 \pm 1,3$	0,0	5,0
Satisfacción	$4,8 \pm 1,3$	0,0	5,0
Dolor	$5,0 \pm 1,4$	0,0	5,0

II. CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO Y LOS RESULTADOS DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.

Para determinar características biosociodemográficas de trabajadoras del sector salud y establecer una base informativa, a continuación en la tabla n°3 se describen las principales variables de estudio, junto con los resultados generales del Índice de Función Sexual Femenina.

2.1 Caracterización del perfil biosociodemográfico y los resultados del Índice de Función Sexual Femenina.

De las 393 participantes divididas por *estamento*, las Profesionales representan el 21,9% (n=86), las Técnicas paramédicas el 58,5% (n=230) y las auxiliares el 19,6% (n=77), en ellas encontramos que el rango de edad más participativo corresponde a mujeres de 25 a 29 años con un 25,7% (n=101), seguido de mujeres que van desde los 30 a 44 años con el 16,5% (n=65). De las trabajadoras el 19,8% (n=78) presentan algún tipo de enfermedad o discapacidad que le permite trabajar, en ellas el puntaje del IFSF es menor con respecto a quienes no la presentan, con un promedio de $25,7 \pm 8,0$ puntos frente a $28,4 \pm 5,4$ puntos en mujeres sin enfermedad o discapacidad.

De las mujeres auxiliares de servicio, el promedio del IFSF no superó el corte normal, obteniendo $25,7 \pm 7,3$ puntos (puntaje mínimo:2 y máximo:34,8), en cambio en las técnicas paramédicas se obtuvo un promedio de $28,2 \pm 5,5$ puntos (puntaje mínimo:3,2 y máximo:36) y de $28,8 \pm 5,9$ puntos (puntaje mínimo:4,9 y máximo:36) para las profesionales. Con respecto a la edad, los puntajes del IFSF no presentan mayores cambios hasta los 50 a 65 años, donde el puntaje varía de los 25 a 22,8 puntos de promedio.

Con respecto al *nivel educacional*, las técnicas paramédicas cursaron todos sus estudios. En las auxiliares de servicio los estudios se concentran en enseñanza media y técnico profesional, sin nadie en enseñanza básica y dos mujeres nunca asistieron a un recinto educacional. De las profesionales, el 5,9% (n=23) tiene un postítulo o postgrado y a medida que el nivel educacional es mayor, aumenta el puntaje del IFSF.

La *religión* católica representa el mayor número de encuestadas con un 57,8% (n=227) y una media de $28,0 \pm 5,5$ puntos del IFSF, las evangélicas el 28% (n=110) con una media de $26,5 \pm 7,4$ puntos del IFSF, otras religiones el 4,3% (n=17) con $29,3 \pm 3,1$ puntos de promedio del IFSF y un 9,9% (n=39) de mujeres que no tienen una religión, presentan $30,1 \pm 4,7$ puntos de promedio del IFSF.

En las trabajadoras de salud, el 37,7% (n=148) se encuentra casada, un 26,5% (n=104) soltera y el 16% (n=63) conviviendo, además el 5,6% (n=22) esta divorciada y un 0,8% (n=3) ha anulado su matrimonio. Un 28,8% (n=113) de mujeres no tiene hijos, en ellas se observa un mejor IFSF que mujeres con hijos ($28,8 \pm 4,8$),

En cuanto a la *ayuda en el hogar* de las trabajadoras, el 36,6% (n=144) recibe algún tipo de colaboración frente al 62,1% (n=244) que no la tiene y un 10,9% (n=43) de las mujeres debe *cuidar de algún adulto mayor*, además, se consideró importante evaluar la existencia de un dormitorio exclusivo para la pareja, donde el 70,5% (n=277) lo presenta, el 1,5% (n=6) lo comparte con otros integrantes y el 23,2% (n=91) no vive con su pareja.

En la investigación se consideró de un tiempo mínimo de 6 meses *trabajado en dicho turno*, encontrándose el 12,7% (n=50) de mujeres que

llevan entre 6 y 12 meses de trabajo, hasta trabajadoras que llevan más de 20 años de trabajo, representando el 17,3% (n=68). En este último grupo el puntaje del IFSF disminuye a $25,7 \pm 7,0$ puntos en comparación con mujeres que llevan menos tiempo de trabajo. A continuación en la tabla n°3 se observan las características biosociodemográficas.

Tabla n°3: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el Índice de Función Sexual Femenina.

Item	Media(d.e.) IFSF	Puntaje IFSF Mín y Máx		n	%
Estamento					
Auxiliar de Servicio	25,7 ± 7,3	2,0	34,8	77	19,6
Técnico Paramédico	28,2 ± 5,5	3,2	36,0	230	58,5
Profesionales	28,8 ± 5,9	4,9	36,0	86	21,9
Escolaridad					
Nunca Asistió	22,4 ± 2,1	20,9	20,9	2	0,5
Enseñanza Media	25,8 ± 7,6	2,0	34,8	64	16,3
E. Media Técnico Profesional	25,5 ± 6,6	17,0	32,5	11	2,8
Técnico de Ed. Superior	28,2 ± 5,5	3,2	36,0	230	58,5
Profesional	28,4 ± 6,2	4,4	36,0	63	16,0
Postítulo o Postgrado	29,8 ± 5,1	15,7	35,4	23	5,9
Religión					
Católica	28,0 ± 5,5	4,4	36,0	227	57,8
Evangélica	26,5 ± 7,4	2,0	35,4	110	28,0
Otra	29,3 ± 3,1	23,4	34,2	17	4,3
Ninguna	30,1 ± 4,7	16,5	35,7	39	9,9
Centro de Responsabilidad					
Medicina Adulto	29,1 ± 5,3	19,2	36,0	23	5,9
Quirúrgico	28,7 ± 5,6	2,0	35,4	67	17,0
Materno Infantil	27,8 ± 6,5	2,0	36,0	127	32,3
Urgencia y Paciente crítico	27,6 ± 6,4	3,2	34,8	56	14,2
Diagnóstico Terapéutico	28,6 ± 5,2	14,7	35,4	22	5,6
Cardiovascular	27,4 ± 5,7	15,6	34,8	19	4,8
Imagenología	23,8 ± 8,9	4,4	32,9	12	3,1
Logístico	28,3 ± 5,6	11,9	35,7	28	7,1
Operaciones	27,0 ± 4,9	16,2	34,2	39	9,9
Estado Civil					

Casada	27,7 ± 5,9	2,0	36,0	148	37,7
Soltera	27,9 ± 6,6	2,0	35,4	104	26,5
Conviviente	28,2 ± 5,5	14,7	35,7	63	16,0
Divorciada	26,8 ± 7,9	3,5	34,5	22	5,6
Anulada	30,9 ± 3,3	28,0	34,5	3	0,8
No Responde	28,1 ± 5,5	3,2	36,0	53	13,5
Cantidad de Hijos					
0	28,8 ± 4,8	11,9	36,0	113	28,8
1	27,5 ± 6,4	3,2	35,7	108	27,5
2	27,9 ± 6,0	2,0	35,4	100	25,4
3	27,3 ± 6,2	3,5	36,0	59	15,0
4	24,6 ± 11,7	2,0	34,8	11	2,8
5	27,2 ± 4,2	24,2	30,2	2	0,5
Ayuda en el Hogar					
Si	28,3 ± 5,8	2,0	36,0	144	36,6
No	27,5 ± 6,2	2,0	36,0	244	62,1
Cuidado Adulto Mayor					
Si	26,5 ± 7,6	2,0	34,8	43	10,9
No	28,0 ± 5,8	2,0	36,0	346	88,0
Ingresos(\$)					
hasta 160.000	28,6 ± 6,8	19,5	35,4	6	1,5
200.000 - 300.000	27,6 ± 5,9	4,4	35,4	189	48,1
400.000 - 500.000	27,7 ± 6,3	3,2	35,6	96	24,4
600.000 - 1.200.000	28,3 ± 6,0	2,0	36,0	82	20,9
1.300.000 - 1.600.000	30,8 ± 3,9	22,1	33,9	11	2,8
mas de 1.700.000	27,7 ± 4,6	21,3	35,3	6	1,5
No Responde	22,8 ± 12,4	11,4	36,0	3	0,8
Edad					
[20 -24]	28,4 ± 4,5	18,3	35,1	31	7,9
[25 -29]	28,5 ± 5,2	3,2	35,7	101	25,7
[30 -34]	28,7 ± 5,6	4,4	35,4	65	16,5
[35 -39]	29,7 ± 4,9	11,9	36,0	54	13,7
[40 -44]	28,2 ± 5,2	15,1	36,0	43	10,9
[45 -49]	27,5 ± 6,3	6,2	35,2	27	6,9
[50 -54]	25,0 ± 6,8	2,0	34,8	45	11,5
[55 -59]	24,5 ± 10,0	3,2	34,5	17	4,3
[60 -65]	22,8 ± 9,3	2,0	32,0	10	2,5
Tiempo en el Trabajo					
6 a 12 meses	28,0 ± 6,0	3,2	36,0	50	12,7
12 meses a 3 años	28,7 ± 5,0	3,2	35,7	86	21,9

3 a 5 años	27,9 ± 5,9	4,4	34,8	72	18,3
5 a 10 años	28,7 ± 5,9	2,0	35,3	65	16,5
10 a 15 años	27,3 ± 6,6	6,2	35,4	26	6,6
15 a 20 años	28,1 ± 6,1	15,1	35,6	21	5,3
mas de 20 años	25,7 ± 7,0	2,0	36,0	68	17,3
No Responde	32,0 ± 2,6	28,4	35,4	5	1,3
Dormitorio exclusivo					
Si	27,7 ± 6,0	2,0	36,0	277	70,5
No	28,4 ± 4,7	2,0	33,6	6	1,5
No vive con pareja	28,5 ± 5,9	3,2	35,4	91	23,2
Enfermedad/ Discapacidad					
Si	25,7 ± 8,0	3,2	35,6	78	19,8
No	28,4 ± 5,4	2,0	36,0	315	80,2

2.2 Caracterización del perfil biosociodemográfico y el Índice de Función Sexual Femenina por turnos.

La edad de las trabajadoras de salud en ambos turnos se centra en los 34 a 35 años. El grupo mayoritario de participantes esta en el rango de los 20 a 39 años, con un 60,4% (n= 110) para el turno diurno y un 66,3% (n=140) en el turno rotativo. En ambos turnos las mujeres casadas representan la mayoría de las encuestadas con un 35,7% y 39,3%, sin embargo existe un alto porcentaje de solteras (24,2% y 28,4%) y convivientes (19,8% y 12,8%), no encontrándose diferencia estadísticamente significativa en los turnos.

El estamento más participativo en el estudio es el de Técnico paramédico con un 47,8% y 67,8% respectivamente. Se observa que existe diferencia significativa en auxiliares de servicio que realizan turnos de día y rotativo, con un 33,5% y 7,6% y también en las técnicas paramédicos con un 47,8% de turno día y 67,8% en turno rotativo. Se puede observar que la escolaridad de auxiliares de servicio se concentra en estudios de enseñanza

media y técnica profesional, encontrándose sólo una mujer sin estudios. En el caso de las profesionales el 5,5% y 6,2% tiene un postítulo o postgrado.

Respecto a la cantidad de hijos se encontró que hay diferencia en los turnos. Se observa que el 34,1% de las mujeres del turno diurno tiene un hijo contra el 21,8% del turno rotativo. También se tiene que existe diferencia significativa cuando hay 3 hijos, con un 9,9% de mujeres de turno diurno contra un 19,4% del turno rotativo y de las mujeres que tienen hijos, la edad del hijo menor se concentra mayoritariamente entre los 0 a 4 años, comportándose en forma similar en ambos turnos (25,8% y 27,7%).

La mayoría de las participantes es de religión católica, seguida de las mujeres evangélicas, en ellas se observa que en el nivel de participación religiosa se encuentra relación significativa en la alta participación en la religión, con un 12,2% de las mujeres del turno diurno y el 5% de las mujeres del turno rotativo.

Con respecto al ingreso percibido por las mujeres se observa que existe un mayor nivel de ingresos en las mujeres que realizan turnos rotativos que en el diurno, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, pero en el caso del de medicamentos, enfermedades crónicas, ayuda en el hogar, cuidados del adulto mayor y dormitorio exclusivo, no presentaron diferencias significativas para cada turno. A continuación en la tabla nº4 se describe el perfil biosociodemográfico por turnos.

Tabla n°4: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el Índice de Función Sexual Femenina por turnos.

Ítem	Turno Diurno (n=182)				Turno Rotativo (n=211)				valor p
	Mediana(d.e)		IFSF Mín Máx		Mediana(d.e)		IFSF Mín Máx		
Edad	34 ± 10,9				35 ± 10,5				0,3898
Edad del Hijo Menor	10 ± 9,3				9 ± 8,1				0,4224
	n	%			n	%			
Edad									
[20 -24]	11	6	18,3	33,0	19	9	18,5	35,1	
[25 -29]	45	24,7	14,7	35,7	56	26,5	3,2	34,8	
[30 -34]	38	20,9	4,4	35,4	27	12,8	19,2	35,3	
[35 -39]	16	8,8	11,9	36,0	38	18	21,1	35,4	
[40 -44]	23	12,6	15,1	34,5	20	9,5	17,3	36,0	
[45 -49]	16	8,8	6,2	35,2	11	5,2	19,3	34,8	
[50 -54]	19	10,4	2,0	34,8	26	12,3	15,6	34,8	
[55 -59]	7	3,8	3,2	34,5	10	4,7	3,5	34,2	
[60 -65]	7	3,8	2,0	32,0	3	1,4	11,4	31,4	
Estado Civil									
Casada	65	35,7	2,0	28,9	83	39,3	11,4	36,0	0,4599
Soltera	44	24,2	2,0	35,4	60	28,4	3,2	35,4	0,3398
Conviviente	36	19,8	14,7	35,7	27	12,8	14,7	35,3	0,0599
Divorciada	14	7,7	11,9	34,2	8	3,8	3,5	34,2	0,0935
Anulada	2	1,1	28,0	34,5	1	0,5	30,2	30,2	0,4778
No Responde	21	11,5	3,2	36,0	32	15,2	16,5	35,6	
Estamento									

Auxiliar de Servicio	61	33,5	2,0	34,8	16	7,6	19,3	34,4	<0,0001
Técnico Paramédico	87	47,8	11,9	35,7	143	67,8	3,2	36,0	<0,0001
Profesionales	34	18,7	4,4	36,0	52	24,6	19,2	35,4	0,1539
Escolaridad									
Nunca Asistió	1	0,6	20,9	20,9	0	0	0,0	0,0	0,281
Enseñanza Media	52	28,7	2,0	34,8	12	5,7	21,1	34,4	<0,0001
Ens. Media Técnico – profesional	7	3,9	17,0	31,9	4	1,9	19,3	32,5	0,2424
Técnico de Educación Superior	87	48,1	11,9	35,7	143	67,8	3,2	36,0	<0,0001
Profesional	24	13,3	4,4	36,0	39	18,5	19,2	35,3	0,1536
Postítulo o Postgrado	10	5,5	15,7	33,3	13	6,2	20,0	35,4	0,7789
Cantidad de Hijos									
0	50	27,5	11,9	36,0	60	29,9	18,5	35,3	0,4071
1	62	34,1	4,4	35,7	46	21,8	3,2	34,5	0,0066
2	44	24,2	2,0	34,5	56	26,5	16,5	35,4	0,5915
3	18	9,9	20,9	32,1	41	19,4	3,5	36,0	0,0083
4	7	3,8	2,0	34,8	4	1,9	26,0	34,1	0,2424
5	1	0,5	30,1	30,1	1	0,5	24,2	24,1	0,9164
Edad del Hijo Menor									
[0 - 4]	34	25,8			41	27,7			
[5 -9]	25	18,9			37	25			
[10 -14]	17	12,9			27	18,2			
[15 -19]	15	11,4			16	10,8			
[20 -24]	14	10,6			13	8,8			

[25 -29]	7	5,3			5	3,4			
[30 -35]	7	5,3			5	3,4			
Religión									
Católica	102	56	4,4	36,0	125	59,2	11,4	36,0	0,5222
Evangélica	51	28	2,0	35,2	59	28	3,2	27,4	0,9895
Otra	9	4,9	25,6	32,4	8	3,8	23,4	34,2	0,5182
Ninguna	20	11	20,0	28,0	19	9	16,5	32,9	0,5751
Participación Religiosa									
Alta	21	12,2	2,0	33,3	10	5	3,2	34,2	0,0127
Media	59	34,3	2,0	34,8	65	32,2	11,4	35,6	0,7317
Baja	71	41,3	4,4	36,0	102	50,5	3,5	36,0	0,0632
Ninguna	21	12,2	23,9	35,7	25	12,4	11,4	34,5	0,5132
Uso de Medicamentos									
Si	49	26,9	2,0	30,2	48	22,7	3,2	35,6	0,3386
No	133	73,1	2,0	35,4	156	77,3	14,7	36,0	0,4262
Enfermedades Crónicas									
Si	32	17,6	3,2	35,4	46	21,8	3,5	34,8	0,2958
No	150	82,4	11,9	33,6	165	78,2	3,2	36,0	0,5768
Ayuda en el Hogar									
Si	69	37,9	2,0	36,0	75	35,5	18,5	35,6	0,6272
No	113	62,1	2,0	35,2	136	64,5	3,2	36,0	0,4046
Cuidado Adulto Mayor									
Si	19	10,4	2,0	33,7	24	11,4	15,6	34,8	0,7672
No	163	89,6	2,0	33,6	186	88,6	3,2	36,0	0,9418
Dormitorios Exclusivo									

Si	125	68,7	2,0	36,0	152	72	3,5	36,0	0,467
No	15	8,2	2,0	32,9	10	4,7	22,9	33,3	0,1311
No vive con Pareja	42	23,1	4,4	35,4	49	23,2	3,2	35,1	0,9727
Centro de Responsabilidad									
Medicina Adulto	11	6	20,4	36,0	12	5,7	19,2	35,6	0,8806
Quirúrgico	33	18,1	2,0	35,4	34	16,1	16,5	35,3	0,5958
Materno Infantil	29	15,9	2,0	34,2	98	46,4	3,2	36,0	<0,0001
Urgencia y Paciente crítico	21	11,5	3,2	34,5	35	16,6	19,2	34,8	0,1533
Diagnóstico Terapéutico	14	7,7	14,7	35,4	8	3,8	27,9	32,7	0,0935
Cardiovascular	7	3,8	18,3	34,5	12	5,7	15,6	34,8	0,3962
Imagenología	11	6	4,4	32,9	1	0,5	14,7	14,7	0,0014
Logístico	24	13,2	11,9	35,7	4	1,9	22,9	20,9	<0,0001
Operaciones	32	17,6	16,2	33,9	7	3,3	19,3	34,2	<0,0001
Ingresos(\$)									
hasta 160.000	6	3,3	19,5	32,9	0	0			0,0079
200.000 - 300.000	120	65,9	4,4	35,4	69	32,7	32,2	35,4	<0,0001
400.000 - 500.000	17	9,3	16,2	34,2	79	37,4	15,6	35,4	<0,0001
600.000 - 1.200.000	30	16,5	2,0	35,4	52	24,6	3,2	35,6	0,0471
1.300.000 - 1.600.000	4	2,2	22,1	33,9	7	3,3	16,5	36,0	0,5022
más de 1.700.000	4	2,2	21,3	32,9	2	0,9	28,5	35,3	0,3136
No Responde	1	0,5	36,0	36,0	2	0,9	11,4	11,4	

2.3 Análisis del tipo de medicamento con el Índice de Función Sexual Femenina.

De 117 mujeres que consumen algún tipo de medicamentos, el 41,8% (n=49) se encuentra bajo el puntaje de normalidad del IFSF y un 58,1% (n=68) sobre el corte normal.

Existen distintos tipos de medicamentos utilizados por las participantes, que van de uno a más medicamentos consumidos por trabajadora. Se clasificaron de acuerdo a su función y se dejó en forma aislada aquellos que podrían presentar distintos efectos en el organismo. Entre ellos, se observa disfunción sexual en un 51,5% (n=17) del grupo de mujeres que consumen antihipertensivos, en el 47,3% (n=9) del medicamento de hormona tiroidea, en un 23,5% (n=4) en consumo de hipoglicemiantes y un 75% (n=6) en los antiulcerosos, como se observa en la tabla n^o5.

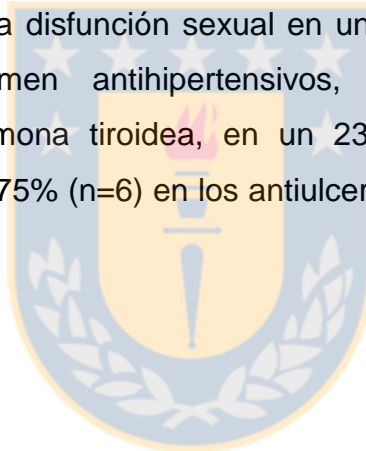


Tabla n°5: Análisis del tipo de medicamento con el Índice de Función Sexual Femenina (n=393).

Tipo de Medicamento	IFSF ≤ 26,5		IFSF > 26,5	
	n	%	n	%
Antihipertensivos	17	12,2	16	5,6
Benzodiazepinas	0	0,0	3	1,1
Hormona Tiroidea	9	6,5	10	3,5
Corticoides	1	0,7	4	1,4
Antidepresivos	3	2,2	2	0,7
Hipoglicemiantes	4	2,9	13	4,6
Antiulcerosos	6	4,3	2	0,7
Antialérgicos	2	1,4	3	1,1
Anticonvulsivo	0	0,0	1	0,4
Aspirina	1	0,7	2	0,7
Calcio	1	0,7	2	0,7
Antirreumático	0	0,0	1	0,4
Energizante	0	0,0	1	0,4
Fierro	0	0,0	1	0,4
Hipolipemiente	1	0,7	0	0,0
Glucosamina	0	0,0	1	0,4
Diurético	2	1,4	2	0,7
Hormona estrógeno	0	0,0	1	0,4
Antijaquecoso	0	0,0	1	0,4
Estimulante SNC	0	0,0	1	0,4
Antimicótico	1	0,7	0	0,0
Tibolona	1	0,7	0	0,0
Antivaricoso	0	0,0	1	0,4
No Responde	4	2,9	7	2,5
Ninguno	86	61,9	210	73,7

2.4. Antecedentes asociados a la sexualidad de mujeres trabajadoras del sector salud por turno.

Existe un 77,4% (n=304) de las encuestadas en edad fértil y un 22,6% (n=89) en climaterio y menopausia, sin diferencia significativa en los turnos, las cuales se clasifican todas como heterosexuales.

El uso de Terapia Hormonal de Reemplazo se comporta similar entre turnos, al igual que el tipo de método anticonceptivo. El más utilizado corresponde a las pastillas, con un 37,4% y 33,6% respectivamente, luego la esterilización tubaria y T de cobre, además se destaca que el 35,2% y 29,9% del turno diurno y rotativo no utiliza un método anticonceptivo.

Se encontró asociación significativa entre ambos turnos con el uso de esterilización tubaria, con un 11,5% (n=21) de las mujeres de turno diurno y un 19,4% (n=41) de las mujeres del turno rotativo como se detalla en la tabla nº 6.

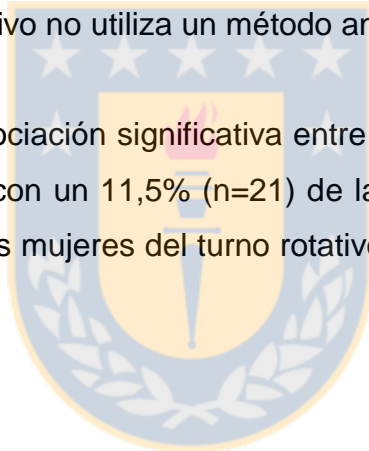


Tabla n°6: Antecedentes asociados a la sexualidad de mujeres trabajadoras del sector salud por turno.

Item	Turno Diurno (n=182)		Turno Rotativo (n=211)		valor p
	n	%	n	%	
Ciclo Vital					
Climaterio	8	4,4	18	8,5	0,1001
Menopausia	34	18,7	29	13,7	0,1834
Edad Fértil	140	76,9	164	77,7	0,8498
Orientación Sexual					
Heterosexual	179	98,4	210	99,5	0,2474
No Responde	3	1,6	1	0,5	
Terapia Hormonal de Reemplazo					
Si	5	9,6	6	13,3	0,9540
No	47	90,4	39	86,7	0,1751
Uso de Anticonceptivo					
Pastillas	68	37,4	71	33,6	0,4426
Preservativo	10	5,5	11	5,2	0,9016
Implante	2	1,1	1	0,5	0,4778
T de Cobre	14	7,7	20	9,5	0,5299
Esterilización Tubaria	21	11,5	41	19,4	0,0323
Anillo Vaginal	1	0,5	1	0,5	0,9164
Inyección	1	0,5	3	1,4	0,3903
Parche	1	0,5	0	0	0,2797
Ninguno	64	35,2	63	29,9	0,2374
Uso de Lubricantes					
Si	8	4,4	13	6,2	0,4377
No	166	95,6	186	93,8	0,3229

2.5. Análisis de los antecedentes de la sexualidad con el Índice de Función Sexual Femenina.

Se caracterizó a las trabajadoras de acuerdo a su etapa del ciclo vital, en donde las mujeres que se encuentran en edad fértil representan el 77,4% (n=304), en climaterio el 6,6% (n=26) y en menopausia el 16% (n=63), además los puntajes del IFSF disminuyen a medida que se acerca la menopausia.

El 5,3% (n=21) de las mujeres utiliza lubricante vaginal, de ellas el promedio del IFSF es inferior al puntaje de corte, alcanzando los $24,7 \pm 7,3$ puntos y por otro lado, entre las mujeres que se encuentran en climaterio y menopausia el 2,8% (n=11) utiliza terapia hormonal de reemplazo, obteniendo un promedio del puntaje del IFSF en $25,4 \pm 9,5$ puntos frente a los $24,9 \pm 7,5$ puntos de mujeres que no la utilizan.

Existe un 7,9% (n=31) de mujeres que han sufrido alguna vez en su vida maltrato infantil, abuso sexual y/u otro tipo de maltrato. Como puede observarse en la tabla n°7 el IFSF es inferior principalmente cuando se presentan en conjunto el maltrato infantil y el abuso sexual, con un promedio de $23,2 \pm 9,6$ puntos.

Entre los métodos anticonceptivos más utilizados, las pastillas representan el mayor número de mujeres que las utilizan con el 35,4% (n=139), luego el dispositivo intrauterino T de cobre el 8,7% (n=34) y el preservativo el 5,3% (n=21), considerando la esterilización tubaria esta alcanza el 15,8% (n=62) de las mujeres. Al evaluar el IFSF, se observa que las 2 usuarias de anillo vaginal tienen un promedio de $15,7 \pm 16$ puntos, muy inferior al puntaje de corte, además el no utilizar un método anticonceptivo

alcanza los $26,4 \pm 6,6$ puntos ($n=127$), valor inferior a lo normal como se observa en la tabla n°7.

Tabla n°7: Análisis de los antecedentes de la sexualidad con el Índice de Función Sexual Femenina.

Item	Media(d.e.) IFSF	n	%
Tipo de Anticonceptivo			
Ninguno	$26,4 \pm 6,6$	127	32,3
Pastillas	$28,6 \pm 4,6$	139	35,4
Preservativo	$29,4 \pm 3,9$	21	5,3
Implante	$30,9 \pm 2,5$	3	0,8
T de Cobre	$30,0 \pm 4,6$	34	8,7
Esterilización Tubaria	$27,6 \pm 7,6$	62	15,8
Anillo	$15,7 \pm 16$	2	0,5
Inyección	$29,1 \pm 6,6$	4	1,0
Parche	$30,9 \pm 0,0$	1	0,3
Maltrato			
Abuso Sexual	$27,2 \pm 4,0$	14	3,6
Maltrato Infantil	$26,4 \pm 8,2$	13	3,3
Ninguno	$28,0 \pm 6,0$	355	90,3
Ambos	$23,2 \pm 9,6$	2	0,5
otro	$24,0 \pm 12,5$	2	0,5
No Responde	$28,7 \pm 4,5$	7	1,8
Lubricante Vaginal			
Si	$24,7 \pm 7,3$	21	5,3
No	$28,0 \pm 5,9$	371	94,4
Terapia Hormonal de Reemplazo			
Si	$25,4 \pm 9,5$	11	2,8
No	$24,9 \pm 7,5$	86	21,9
Ciclo Vital			
Menopausia	$24,2 \pm 8,6$	63	16,0
Climaterio	$26,2 \pm 5,1$	26	6,6
Edad Fértil	$28,8 \pm 5,1$	304	77,4

2.6. Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.

Las características de la pareja tienen directa relación con el comportamiento de la pareja, por lo tanto, entre algunos problemas de índole sexual que presentan algunas parejas de las encuestadas, se describe la disfunción eréctil en un 2,8% (n=11), eyaculación precoz con un 2,8% (n=11) e hiperplasia de próstata en un 1% (n=4). En todos los problemas descritos, el promedio del IFSF es bajo el corte normal, se observa el menor promedio ante la disfunción eréctil con $15,31 \pm 8,1$ puntos, un promedio de $25,24 \pm 8,9$ puntos en el caso de eyaculación precoz y $20,03 \pm 11,4$ puntos en la hiperplasia de próstata.

El 1,5% (n=6) de las parejas utiliza algún medicamento para la respuesta sexual y en este grupo se observa que el promedio del IFSF en estas mujeres es superior al puntaje normal.

El tiempo de relación de pareja también es importante de considerar para evaluar y comparar cambios en la sexualidad en la medida que la pareja logra mayor estabilidad. En la investigación el grupo que lleva hasta 4 años de relación representa la mayoría con un 26,5% (n=104) del total de mujeres encuestadas. En la medida que aumenta el tiempo de relación de pareja, principalmente desde los 25 años, el puntaje del IFSF disminuye desde los $25 \pm 8,5$ puntos hasta los $22,9 \pm 9,4$ puntos promedio hacia los 40 años, como se observa en la tabla nº8.

Tabla n° 8: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.

Item	Media(d.e.) IFSF	n	%
Problemas Índole Sexual Pareja			
Disfunción Eréctil	15,31 ± 8,1	11	2,8
Eyacuación Precoz	25,24 ± 8,9	11	2,8
Hiperplasia de Próstata	20,03 ± 11,4	4	1,0
Tiempo de Relación con la Pareja			
[0 - 4]	28,4 ± 5,7	104	26,5
[5 - 9]	27,8 ± 5,7	83	21,1
[10 - 14]	28,3 ± 5,6	59	15,0
[15 - 19]	28,8 ± 4,9	32	8,1
[20 - 24]	28,6 ± 5,3	36	9,2
[25 - 29]	25 ± 8,5	20	5,1
[30 - 34]	24,8 ± 6,2	14	3,6
[35 - 40]	22,9 ± 9,4	15	3,8
No Responde	29 ± 4,9	30	7,6
Medicamento Respuesta Sexual Pareja			
Si	28,38 ± 6,4	6	1,5
No	27,83 ± 6,1	387	98,5

2.7. Antecedentes de la pareja de acuerdo al tipo de turno de las mujeres.

Del universo de mujeres encuestadas, existe un 6,6% (n=26) de hombres que presenta disfunción eréctil, eyaculación precoz o hiperplasia de próstata y de acuerdo a los problemas de índole sexual, uso de medicamentos, tiempo de relación y edad de la pareja, no se encontró relación significativa entre los turnos. En la tabla nº9 se observan los antecedentes de acuerdo al tipo de turno.



Tabla n° 9: Antecedentes de la pareja de acuerdo al tipo de turno de las mujeres.

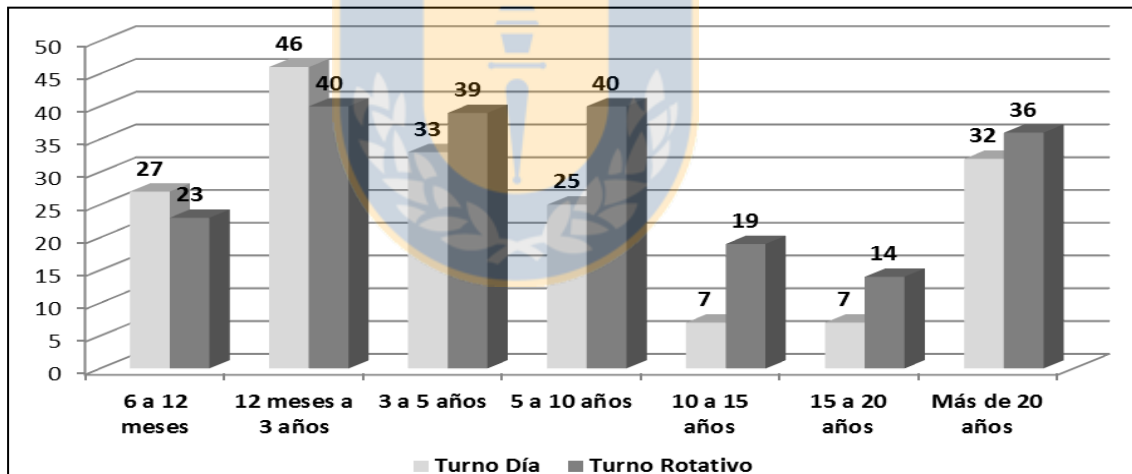
Item	Turno Diurno	Turno Rotativo
	Mediana(d.e)	Mediana(d.e)
Edad Pareja	39 ± 11,5	37 ± 10,8
Tiempo de Relación	9 ± 10,5	9 ± 9,4
Problemas Sexuales	n	n
Disfunción Eréctil	8	3
Eyacuación Precoz	5	6
Hiperplasia de Próstata	3	1
Uso de Medicamento para la respuesta sexual		
Si	1	5
No	181	206
Edad Pareja	n(%)	n(%)
[20 -24]	4(2,3)	12(5,8)
[25 -29]	34(19,2)	43(20,8)
[30 -34]	30(16,9)	27(13)
[35 -39]	27(15,3)	40(19,3)
[40 -44]	18(10,2)	25(12,1)
[45 -49]	22(12,4)	21(10,1)
[50 -54]	16(9)	18(8,7)
[55 -59]	12(6,8)	12(5,8)
[60 -64]	10(5,6)	7(3,4)
[65 -70]	4(2,3)	2(1)
Tiempo de Relación		
[0 - 4]	60(33)	69(32,7)
[5 - 9]	35(19,2)	49(23,2)
[10 - 14]	20(11)	23(10,9)
[15 - 19]	17(9,3)	18(8,5)
[20 - 24]	12(6,6)	22(10,4)
[25 - 29]	7(3,8)	8(3,8)
[30 - 34]	8(4,4)	3(1,4)
[35 - 40]	7(3,8)	5(2,4)
No Responde	16(8,8)	14(6,6)

2.8. Antecedentes laborales.

El tiempo de trabajo en el respectivo turno, es una variable a considerar en la salud sexual de las mujeres. En el gráfico n°3 se observan los rangos de tiempo expuestos por cada turno.

El turno diurno concentra el 58,2% (n=106) de mujeres que llevan hasta 5 años de trabajo y el turno rotativo el 48,3% (n=102) de mujeres y en un periodo de más de 5 años en el turno, el turno diurno concentra el 39% (n=71) y el turno rotativo el 52% (n=109) respectivamente.

Gráfico n°3: Rango de tiempo de trabajo por turno.



III. ANÁLISIS DEL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA.

3.1. Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por ítem evaluado.

En la tabla n°10 se observa la media del IFSF y la cantidad de mujeres con mayor y menor puntaje esperado para el IFSF y sus dominios.

Se destaca que tanto en el IFSF total y en cada dominio las trabajadoras de la salud sobrepasan los puntajes de corte y al comparar el comportamiento de los dominios, se puede observar que en el caso del dominio de deseo existe un 71% (n=279) de promedio de normalidad, frente a los demás dominios que se encuentran con mayores porcentajes sobre este. Por otro lado, el dominio de lubricación representa el mayor porcentaje de normalidad con un 94,4% (n=371). Se observa un 32,6% (n=128) de disfunción sexual, con un 29% de desorden del deseo (n=114), 10,4% (n=41) dificultades de excitación, 5,6% (n=22) de problemas de lubricación, 9,7% (n=38) de desorden en el orgasmo, 14% (n=55) de problemas de satisfacción sexual y 9,9% (n=39) de dispareunia.

Tabla n°10: Puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por ítem evaluado.

Item	Media (d.e.) IFSF	Mayor al puntaje esperado		% Disfunción
		n	%	
IFSF (total)	27,9 ± 6,0	265	67,4	32,6
Dominios				
Deseo	3,8 ± 1,1	279	71,0	29
Excitación	4,5 ± 1,2	352	89,6	10,4
Lubricación	5,0 ± 1,2	371	94,4	5,6
Orgasmo	4,8 ± 1,3	355	90,3	9,7
Satisfacción	4,8 ± 1,3	338	86,0	14
Dolor	5,0 ± 1,4	354	90,1	9,9

3.2. Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina.

El puntaje del IFSF logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 39 años ($29,7 \pm 4,9$) y luego disminuye en forma progresiva desde los 40 años ($23,0 \pm 8,9$).

Se observa que en todos los dominios los puntajes disminuyen mayormente desde los 50 años en adelante ($25,0 \pm 6,8$), observándose los mayores descensos en el dominio de lubricación a medida que aumenta la edad, con un puntaje promedio entre $5,4 \pm 0,8$ y $5,0 \pm 1,1$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $4,3 \pm 1,4$ y $3,8 \pm 2,0$, sin embargo, el promedio total del IFSF en el dominio de deseo muestra menores resultados ($3,8 \pm 1,1$).

En el dominio de deseo el puntaje promedio se encuentra entre $4,0 \pm 1,0$ y $3,8 \pm 1,2$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $3,2 \pm 1,1$ y $3,5 \pm 1,2$ y en el dominio de excitación desciende desde un promedio de $4,8 \pm 1,1$ y $4,3 \pm 1,0$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $3,8 \pm 1,3$ y $3,5 \pm 1,8$.

En el caso del dominio de orgasmo muestra un puntaje promedio entre $5,2 \pm 1,0$ y $4,7 \pm 1,4$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $4,4 \pm 2,1$ y $4,2 \pm 1,7$. El dominio de satisfacción muestra un puntaje promedio entre $5,1 \pm 1,1$ y $4,6 \pm 1,4$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $4,4 \pm 1,4$ y $3,8 \pm 1,6$ y el dominio de dolor muestra un puntaje promedio entre $5,2 \pm 1,3$ y $4,8 \pm 1,4$ hasta los 49 años para descender desde los 50 años entre $4,9 \pm 1,4$ y $3,8 \pm 1,9$ como se observa en la tabla n°11.

Tabla n°11: Análisis entre la edad y los puntajes por dominio del Índice de Función Sexual Femenina.

Edad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Total
[20 -24]	3,7 ± 0,9	4,8 ± 0,8	5,4 ± 0,6	4,8 ± 0,9	4,9 ± 1,3	4,8 ± 1,4	28,4 ± 4,5
[25 -29]	4,0 ± 1,0	4,7 ± 1,0	5,2 ± 0,9	4,8 ± 1,2	4,9 ± 1,2	5,0 ± 1,3	28,5 ± 5,2
[30 -34]	3,8 ± 1,0	4,6 ± 1,2	5,2 ± 1,1	4,9 ± 1,2	5,0 ± 1,3	5,2 ± 1,3	28,7 ± 5,6
[35 -39]	3,9 ± 1,1	4,8 ± 1,1	5,4 ± 0,8	5,2 ± 1,0	5,1 ± 1,1	5,2 ± 1,3	29,7 ± 4,9
[40 -44]	3,9 ± 1,1	4,3 ± 1,0	5,1 ± 1,0	4,8 ± 1,1	5,1 ± 1,0	5,0 ± 1,3	28,2 ± 5,2
[45 -49]	3,8 ± 1,2	4,3 ± 1,1	5,0 ± 1,1	4,7 ± 1,4	4,6 ± 1,4	5,1 ± 1,5	27,5 ± 6,3
[50 -54]	3,2 ± 1,1	3,8 ± 1,3	4,3 ± 1,4	4,4 ± 1,4	4,4 ± 1,4	4,9 ± 1,4	25,0 ± 6,8
[55 -59]	3,5 ± 1,2	3,6 ± 1,9	3,8 ± 2,0	4,4 ± 2,1	4,4 ± 1,9	4,7 ± 1,9	24,5 ± 10,0
[60 -65]	3,4 ± 1,3	3,5 ± 1,8	4,1 ± 1,8	4,2 ± 1,7	3,8 ± 1,6	3,8 ± 1,9	23,0 ± 8,9
Total	3,8 ± 1,1	4,4 ± 1,2	5,0 ± 1,2	4,8 ± 1,3	4,8 ± 1,3	5,0 ± 1,3	27,9 ± 6,0
P<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

3.3. Características del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Dado que el Índice de Función Sexual Femenina no arrojó normalidad, se realizó el test de Mann Withney.

En el IFSF no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre el turno que ejercen las mujeres, dado que el valor p es 0,8276, es decir, mayor a 0,05, además se observa que la mediana esta sobre el puntaje normal con 29,7 ± 6,63 en el turno diurno y 29,2 ± 5,5 puntos en el turno rotativo.

3.4. Rango del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

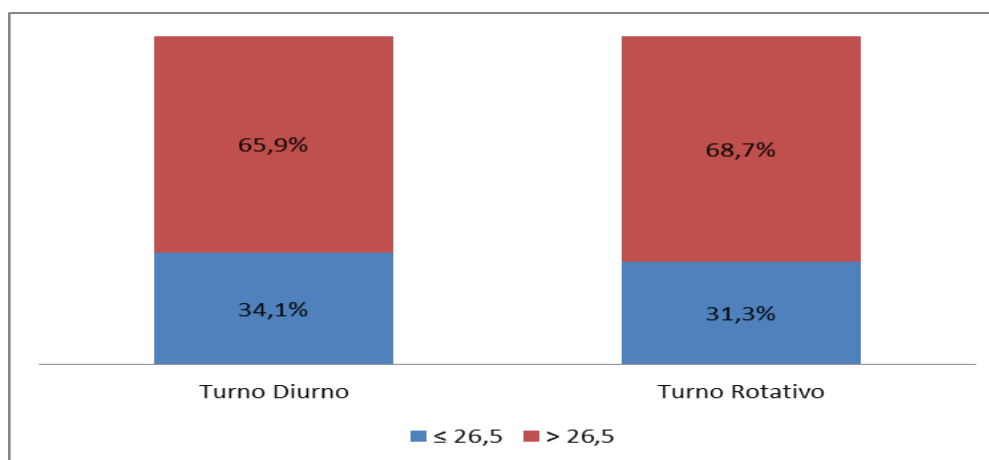
En la tabla nº12, se observa que no existe diferencia entre el IFSF y el turno que desempeñan las mujeres en el centro de salud. En ambos turnos, más del 60% de las mujeres presenta un puntaje normal.

Tabla nº12: Rango normal del Índice de Función Sexual Femenina.

IFSF	Turno Diurno		Turno Rotativo		valor p
	n	%	n	%	
≤ 26,5	62	34,1	66	31,3	0,4828
> 26,5	120	65,9	145	68,7	0,4825

En el gráfico nº4, se observa en forma más clara el comportamiento de cada turno y los porcentajes de mujeres dentro y fuera del corte normal del índice de función sexual femenina.

Gráfico nº 4: Distribución de las trabajadoras según Índice de Función Sexual Femenina por turno.



3.5. Dominios del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Para evaluar los dominios, se trabajó con los promedios de los puntajes de cada uno. En ambos turnos no existe diferencia estadísticamente significativa para cada dominio y se destaca que en todos los dominios del turno diurno y rotativo, más del 70% de las mujeres sobrepasan el promedio de normalidad.

Con respecto al grupo que se encuentra bajo el puntaje normal, el dominio con mayor porcentaje de disfunción corresponde al de deseo con un 28% (n=51) y un 29,9% (n=63) respectivamente y el de menor disfunción corresponde al de lubricación con un 6,6% (n=12) y 4,7% (n=10), por lo tanto, se desprende que el dominio de deseo es el que puede presentar mayores probabilidades de disfunción en las mujeres evaluadas y el de menor riesgo de disfunción el dominio de lubricación. En la tabla n°13 pueden observar los dominios del IFSF por cada turno.



Tabla n° 13: Dominios del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Dominio	Turno Diurno		Turno Rotativo		valor p
	n	%	n	%	
Deseo					
< 3,6	51	28	63	29,9	0,6892
≥ 3,6	131	72	148	70,1	0,6892
Excitación					
< 3	22	12,1	19	9	0,3188
≥ 3	160	87,9	192	91	0,3188
Lubricación					
< 3	12	6,6	10	4,7	0,4253
≥ 3	170	93,4	201	95,3	0,4253
Orgasmo					
< 3	19	10,4	19	9	0,6313
≥ 3	163	89,6	192	91	0,6313
Satisfacción					
< 3,4	27	14,8	28	13,3	0,6557
≥ 3,4	155	85,2	183	86,7	0,6557
Dolor					
< 3	23	12,6	16	7,6	0,0947
≥ 3	159	87,4	195	92,4	0,0947

3.6. Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina.

Al comparar la normalidad de los puntajes de acuerdo a su estamento, el 51,9% (n=40) de las auxiliares de servicio sobrepasan el valor normal, las técnicas paramédicos el 70% (n=161) y las profesionales el 74,4% (n=64).

El 65,8% (n=233) de las 354 mujeres que practican alguna religión se encuentra sobre el puntaje normal, a diferencia del 82% (n=32) de las 39 mujeres que no sigue ninguna religión. El 70,1% (n=73) de las solteras se encuentra sobre el puntaje de corte, luego el 65,5% (n=97) las casadas y el 65% (n=41) las convivientes.

En los Centros de Responsabilidad se observa que todos sobrepasan el 50% de normalidad y de estos centros el CR de Diagnóstico Terapéutico es el que presenta mayores porcentajes sobre el puntaje normal con un 81,8% (n=18), luego el CR Quirúrgico con un 73,1% (n=49) y el CR Materno Infantil con un 67,7% (n=86).

En la medida que aumenta la cantidad de hijos, los porcentajes de normalidad disminuyen notoriamente desde los 4 hijos. Las mujeres que no tienen hijos presentan un 70,7% (n=80) de normalidad, con un hijo el 65,7% (n=71), con dos hijos el 73% (n=73), con tres hijos el 59,3% (n=35), con cuatro hijos el 45,4% (n=5) y con cinco hijos el 50% (n=1).

El 71,5% (n=103) de las mujeres que recibe ayuda en el hogar frente al 65% (n=162) que no recibe ayuda en el hogar presenta un buen IFSF. Los porcentajes varían levemente en las mujeres que deben cuidar de un adulto mayor, se observa que el 65,1% (n=28) que tiene al cuidado a un adulto

mayor y el 67,7% (n=237) que no debe cuidar de algún adulto mayor superan el puntaje de corte.

Con respecto al ingreso percibido por las mujeres, se destaca que en el rango de 1.300.000 a 1.600.000 se llega al 90,9% (n=10) de puntajes normales en las mujeres, en cambio en los otros rangos los porcentajes se mantienen similares al 67%.

El rango de edad de los 20 a los 49 años se encuentran en porcentajes superiores al 62% para el corte normal del IFSF, teniendo un 77,7% (n=42) en el rango de los 35 a 39 años, sin embargo, desde los 50 años disminuye los porcentajes comparativamente con los otros rangos. Entre los 50 a 54 años existe un 46,6% (n=21) de mujeres sobre el puntaje normal, luego entre los 55 a 59 años un 58,8% (n=10) y entre los 60 a 65 años un 30% (n=3).

De acuerdo al tiempo de trabajo en el turno, se observa que en los distintos rangos de tiempo los porcentajes de normalidad superan el 64%, sin embargo, cuando el trabajo es superior a los 20 años, la cifra disminuye al 55,8% (n=38) de normalidad del IFSF.

No existen diferencias significativas cuando las mujeres presentan un dormitorio exclusivo o no con la pareja, de acuerdo a lo observado el 65,3% (n=181) de las que presentan un dormitorio exclusivo frente al 64% (n=16) que no, supera el puntaje de corte del IFSF. Por otro lado las mujeres que no viven con su pareja presentan un 74,7% (n=68) de normalidad.

De las mujeres que presentan algún tipo de enfermedad o discapacidad, se observa que el 56,9% (n=41) supera el puntaje normal de corte frente al 70,1% (n=209) que no presenta esta condición. A

continuación, en la tabla nº14 se observa la caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina.

Tabla nº 14: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina.

Item	IFSF ≤ 26,5		IFSF > 26,5	
	n	%	n	%
Estamento				
Auxiliar de Servicio	37	9,4	40	10,2
Técnico Paramédico	69	17,6	161	41,0
Profesionales	22	5,6	64	16,3
Escolaridad				
Nunca Asistió	2	0,5	0	0,0
Enseñanza Media	29	7,4	35	8,9
Ens. Media Técnico Superior	6	1,5	5	1,3
Técnico de Educación Superior	69	17,6	161	41,0
Profesional	18	4,6	45	11,5
Postítulo o Postgrado	4	1,0	19	4,8
Religión				
Católica	76	59,4	151	57,0
Evangélica	42	32,8	68	25,7
Otra	3	2,3	14	5,3
Ninguna	7	5,5	32	12,1
Centro de Responsabilidad				
Medicina Adulto	8	2,0	15	3,8
Quirúrgico	18	4,6	49	12,5
Materno Infantil	41	10,4	86	21,9
Urgencia y Paciente crítico	19	4,8	37	9,4
Diagnóstico Terapéutico	4	1,0	18	4,6
Cardiovascular	7	1,8	12	3,1
Imagenología	6	1,5	6	1,5
Logístico	8	2,0	20	5,1
Operaciones	17	4,3	22	5,6
Estado Civil				
Casada	51	13,0	97	24,7
Soltera	31	7,9	73	18,6
Conviviente	22	5,6	41	10,4

Divorciada	7	1,8	15	3,8
Anulada	0	0,0	3	0,8
No Responde	17	4,3	36	9,2
Cantidad de Hijos				
0	33	8,4	80	20,4
1	37	9,4	71	18,1
2	27	6,9	73	18,6
3	24	6,1	35	8,9
4	6	1,5	5	1,3
5	1	0,3	1	0,3
Ayuda en el Hogar				
Si	41	10,4	103	26,2
No	87	22,1	162	41,2
Cuidado Adulto Mayor				
Si	15	3,8	28	7,1
No	113	28,8	237	60,3
Ingresos(\$)				
hasta 160.000	2	0,5	4	1,0
200.000 - 300.000	67	17,0	122	31,0
400.000 - 500.000	31	7,9	65	16,5
600.000 - 1.200.000	23	5,9	59	15,0
1.300.000 - 1.600.000	1	0,3	10	2,5
mas de 1.700.000	2	0,5	4	1,0
No Responde	2	0,5	1	0,3
Edad				
[20 -24]	10	2,5	20	5,1
[25 -29]	30	7,6	71	18,1
[30 -34]	16	4,1	49	12,5
[35 -39]	12	3,1	42	10,7
[40 -44]	11	2,8	32	8,1
[45 -49]	10	2,5	17	4,3
[50 -54]	24	6,1	21	5,3
[55 -59]	7	1,8	10	2,5
[60 -65]	7	1,8	3	0,8
Tiempo en el Trabajo				
6 a 12 meses	18	4,6	32	8,1
12 meses a 3 años	23	5,9	63	16,0
3 a 5 años	24	6,1	48	12,2
5 a 10 años	18	4,6	47	12,0

10 a 15 años	8	2,0	18	4,6
15 a 20 años	7	1,8	14	3,6
mas de 20 años	30	7,6	38	9,7
No Responde	0	0,0	5	1,3
Dormitorio				
Si	96	24,4	181	46,1
No	9	2,3	16	4,1
No vive con pareja	23	5,9	68	17,3
Enfermedad o Discapacidad				
Si	31	7,9	41	10,4
No	89	23	209	53,2
No Responde	8	2	15	3,8



3.7. Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Existe diferencia significativa en el *Estamento*, en donde las Auxiliares de Servicio en el Turno Diurno concentran el 57,3% sobre el puntaje de corte del IFSF, en cambio en el Turno Rotativo el 31,2% de las mujeres.

Con respecto a la *Escolaridad* de las mujeres existe diferencia significativa en las mujeres con estudios hasta la enseñanza media, ya que en el Turno Diurno se encuentran 25,8% y en el Turno Rotativo el 2,8% de las mujeres sobre los 26,5 en el IFSF. Con respecto a las mujeres que cursaron estudios de técnico educación superior, en el Turno Diurno se observa el 50% y en el Turno Rotativo el 69,7% de las mujeres sobre los 26,5 en el IFSF.

Los *Centros de Responsabilidad* que presentan diferencia significativa, corresponden al Centro de Responsabilidad Materno Infantil, donde el Turno Diurno concentra el 16,7% y el Turno Rotativo el 45,5% de las mujeres sobre el puntaje de corte del IFSF. En el C.R. de Logística el 14,2% y el 2,1% de las mujeres del turno diurno y rotativo respectivamente están sobre el puntaje de corte. Por último en el C.R. de Operaciones el 16,7% de las mujeres del turno diurno y 1,4% de las mujeres del turno rotativo están sobre los 26,5 puntos del IFSF.

Con respecto a la *cantidad de hijos* que tienen las mujeres, se observa diferencia significativa en aquellas que tienen 1 y 3 hijos. El 35,8% de las mujeres que tienen un hijo en el turno diurno y el 19,3% de las que se encuentran en el turno rotativo presentan un buen IFSF. Para las que tienen 3 hijos se observa que en el turno diurno el 7,5% y en el turno rotativo el 17,9% de las mujeres está sobre lo normal del IFSF.

En el ítem de *ingreso* se encontró diferencia en los rangos de \$200.000 a \$300.000 y entre \$400.000 a \$500.000. Para el primer rango un 65,8% de mujeres en el turno diurno y un 29,7% en el turno rotativo está sobre los 26,5 puntos y en el segundo rango se tiene que el 7,5% y un 38,6% de las mujeres de turno diurno y rotativo respectivamente se encuentran sobre los 26,5 del IFSF.

A continuación, en la tabla nº15 se observa la caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.



Tabla n°15: Caracterización del perfil biosociodemográfico y el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Item	Turno Diurno (n=182) IFSF				Turno Rotativo (n=211) IFSF				Valor p
	≤ 26,5		>26,5		≤ 26,5		>26,5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estamento									
Auxiliar de Servicio	26	14,3	35	19,2	11	5,2	5	2,4	<0,0001
Técnico Paramédico	27	14,8	60	33,0	42	19,9	101	47,9	0,0006
Profesionales	9	4,9	25	13,7	13	6,2	39	18,5	0,6671
Escolaridad									
Nunca Asistió	2	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,4909
Enseñanza Media	21	33,9	31	25,8	8	12,1	4	2,8	<0,0001
Ens. Media Técnico Superior	3	4,8	4	3,3	3	4,5	1	0,7	0,4199
Técnico de Edc. Superior	27	43,5	60	50,0	42	63,6	101	69,7	0,0011
Profesional	8	12,9	16	13,3	10	15,2	29	20,0	0,4676
Pos título o Postgrado	1	1,6	9	7,5	3	4,5	10	6,9	0,7307
Religión									
Católica	35	56,5	67	55,8	41	62,1	84	57,9	0,657
Evangélica	22	35,5	29	24,2	20	30,3	39	26,9	0,5538
Otra	1	1,6	8	6,7	2	3,0	6	4,1	0,3833
Ninguna	4	6,5	16	13,3	3	4,5	16	11,0	0,8317
Centro de Responsabilidad									
Medicina Adulto	2	3,2	9	7,5	6	9,1	6	4,1	0,3061
Quirúrgico	10	16,1	23	19,2	8	12,1	26	17,9	0,8402
Materno Infantil	9	14,5	20	16,7	32	48,5	66	45,5	<0,0001
Urgencia y Paciente crítico	10	16,1	11	9,2	9	13,6	26	17,9	0,1962
Diagnóstico Terapéutico	4	6,5	10	8,3	0	0,0	8	5,5	0,1339
Cardiovascular	3	4,8	4	3,3	4	6,1	8	5,5	0,7626
Imagenología	5	8,1	6	5,0	1	1,5	0	0,0	0,0127
Logístico	7	11,3	17	14,2	1	1,5	3	2,1	0,0002

Operaciones	12	19,4	20	16,7	5	7,6	2	1,4	<0,0001
Estado Civil									
Casada	25	40,3	40	33,3	26	39,4	57	39,3	0,7139
Soltera	10	16,1	34	28,3	21	31,8	39	26,9	0,1935
Conviviente	14	22,6	22	18,3	8	12,1	19	13,1	0,2425
Divorciada	4	6,5	10	8,3	3	4,5	5	3,4	0,3214
Anulada	0	0,0	2	1,7	0	0,0	1	0,7	0,6365
No Responde	9	14,5	12	10,0	8	12,1	24	16,6	
Cantidad de Hijos									
0	15	24,2	35	29,2	18	27,3	45	31,0	0,8935
1	19	30,6	43	35,8	18	27,3	28	19,3	0,022
2	14	22,6	30	25,0	13	19,7	43	29,7	0,7491
3	9	14,5	9	7,5	15	22,7	26	17,9	0,0465
4	5	8,1	2	1,7	1	1,5	3	2,1	0,3226
5	0	0,0	1	0,8	1	1,5	0	0,0	0,4744
Ayuda en el Hogar									
Si	22	35,5	47	39,2	19	28,8	56	38,6	0,7976
No	40	64,5	73	60,8	47	71,2	89	61,4	0,7976
Cuidado Adulto Mayor									
Si	5	8,1	14	11,7	10	15,2	14	9,7	0,535
No	57	91,9	106	88,3	56	84,8	131	90,3	0,535
Ingresos(\$)									
hasta 160.000	2	3,2	4	3,3	0	0,0	0	0,0	0,06
200.000 - 300.000	41	66,1	79	65,8	26	39,4	43	29,7	<0,0001
400.000 - 500.000	8	12,9	9	7,5	23	34,8	56	38,6	<0,0001
600.000 - 1.200.000	8	12,9	22	18,3	15	22,7	37	25,5	0,2215
1.300.000 - 1.600.000	1	1,6	3	2,5	0	0,0	7	4,8	0,4938
mas de 1.700.000	2	3,2	2	1,7	0	0,0	2	1,4	0,4656
No Responde	0	0,0	1	0,8	2	3,0	0	0,0	
Edad									
[20 -24]	5	8,1	6	5,0	5	7,7	14	9,7	0,4958
[25 -29]	12	19,4	33	27,5	18	27,7	38	26,2	0,6769
[30 -34]	10	16,1	28	23,3	6	9,2	21	14,5	0,1577
[35 -39]	3	4,8	13	10,8	9	13,8	29	20,0	0,0604
[40 -44]	7	11,3	16	13,3	4	6,2	16	11,0	0,6173
[45 -49]	7	11,3	9	7,5	3	4,6	8	5,5	0,4231

[50 -54]	11	17,7	8	6,7	13	20,0	13	9,0	0,8255
[55 -59]	2	3,2	5	4,2	5	7,7	5	3,4	0,6563
[60 -65]	5	8,1	2	1,7	2	3,1	1	0,7	0,4793
Tiempo en el Trabajo									
6 a 12 meses	9	14,5	18	15,0	9	13,6	14	9,7	0,5466
12meses a 3 años	10	16,1	36	30,0	13	19,7	27	18,6	0,1512
3 a 5años	12	19,4	21	17,5	12	18,2	27	18,6	0,934
5 a 10 años	9	14,5	16	13,3	9	13,6	31	21,4	0,3519
10 a 15 años	2	3,2	5	4,2	6	9,1	13	9,0	0,2026
15 a 20 años	4	6,5	3	2,5	3	4,5	11	7,6	0,2665
mas de 20 años	16	25,8	16	13,3	14	21,2	22	15,2	0,8246
No Responde	0	0,0	5	4,2	0	0,0	0	0,0	
Dormitorio									
Si	48	77	77	64	48	73	104	72	0,4846
No	5	8,1	10	8,3	4	6,1	6	4,1	0,4623
No vive con pareja	9	15	33	28	14	21	35	24	0,6347
Enfermedad o Discapacidad									
Si	12	19	17	14	19	29	24	17	0,5345
No	47	76	97	81	42	64	112	77	0,3769
No Responde	3	4,8	6	5	5	7,6	9	6,2	

3.8. Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina.

Con respecto al tipo de anticonceptivo, todos los métodos de anticoncepción superan el 69% de puntaje normal del IFSF y el no uso de este disminuye al 55,9% (n=71) de normalidad.

Al observar por separado como afecta el abuso sexual o maltrato infantil en la función sexual femenina, esta se encuentra entre el 57,1% (n=8) y 61,5% (n=8) de normalidad respectivamente, además la presencia de los dos antecedentes conduce al 50% de normalidad versus disfunción sexual.

El uso de lubricante vaginal en 21 mujeres de este estudio, presenta el 42,8% (n=9) de normalidad versus un 57,1% (n=12) de disfunción sexual femenina, cifra similar en mujeres que utilizan terapia hormonal de reemplazo donde existe un 54,5% (n=6) de disfunción.

Con respecto a la etapa del ciclo vital, mujeres que se encuentran en edad fértil presentan el 73% (n=222) de normalidad, en climaterio el 53,8% (n=14), en menopausia el 46% (n=29) y tanto la mujer climatérica como menopáusica representan el 48,3% de normalidad. En la tabla nº16 se pueden observar el análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el IFSF.

Tabla n°16: Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina.

Item	IFSF ≤ 26,5		IFSF >26,5	
	n	%	n	%
Tipo de Anticonceptivo				
Ninguno	56	14	71	18,1
Pastillas	37	9,4	102	26,0
Preservativo	5	1,3	16	4,1
Implante	0	0	3	0,8
T de Cobre	8	2	26	6,6
Esterilización Tubaria	19	4,8	43	10,9
Anillo	1	0,3	1	0,3
Inyección	2	0,5	2	0,5
Parche	0	0	1	0,3
Maltrato				
Abuso Sexual	6	1,5	8	2,0
Maltrato Infantil	5	1,3	8	2,0
Ninguno	113	29	242	61,6
Ambos	1	0,3	1	0,3
otro	1	0,3	1	0,3
No Responde	2	0,5	5	1,3
Lubricante Vaginal				
Si	12	3,1	9	2,3
No	116	30	256	65,1
Uso de Terapia Hormonal de Reemplazo				
Si	6	1,5	5	1,3
No	47	12	39	9,9
Ciclo Vital				
Menopausia	34	8,7	29	7,4
Climaterio	12	3,1	14	3,6
Edad Fértil	82	21	222	56,5

3.9. Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Se observa un 35,1% (n= 64) de mujeres del turno diurno que no utiliza un método anticonceptivo, frente al 29,8% (n=63) del turno rotativo y dado los resultados del valor p observados en la tabla nº17, no se encontró diferencia significativa en los ítems analizados con respecto al IFSF que ellas obtuvieron, ya sea en el tipo de anticonceptivo, uso de lubricante vaginal y terapia de reemplazo hormonal, maltrato y ciclo vital.



Tabla n°17: Análisis de los antecedentes ginecológicos y de salud de las trabajadoras con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Item	Turno Diurno (n=182) IFSF				Turno Rotativo (n=211) IFSF				Valor p
	≤ 26,5		> 26,5		≤ 26,5		>26,5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tipo de Anticonceptivo									
Ninguno	31	50,0	33	27,5	25	37,9	38	26,2	0,5090
Pastillas	18	29,0	50	41,7	19	28,8	52	35,9	0,7345
Preservativo	2	3,2	8	6,7	3	4,5	8	5,5	0,8856
Implante	0	0,0	2	1,7	0	0,0	1	0,7	0,6365
T de Cobre	3	4,8	11	9,2	5	7,6	15	10,3	0,8354
Esterilización Tubaria	7	11,3	14	11,7	12	18,2	29	20,0	0,1797
Anillo	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0,5220
Inyección	0	0,0	1	0,8	2	3,0	1	0,7	0,5162
Parche	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0,4795
Maltrato									
Abuso Sexual	4	6,5	5	4,2	2	3,0	3	2,1	0,5378
Maltrato Infantil	1	1,6	1	0,8	4	6,1	7	4,8	0,1326
Ninguno	56	90,3	110	91,7	57	86,4	132	91,0	0,8339
Ambos	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0,7	0,5470
otro	0	0,0	1	0,8	1	1,5	0	0,0	0,4744
No Responde	1	1,6	3	2,5	1	1,5	2	1,4	0,8515
Lubricante Vaginal									
Si	6	9,7	2	1,7	6	9,1	7	4,8	0,5028
No	56	90,3	118	98,3	60	90,9	138	95,2	0,5028
Terapia Hormonal de Reemplazo									
Si	2	6,5	3	14,3	4	18	2	8,7	0,7133
No	29	93,5	18	85,7	18	82	21	91	0,1319
Ciclo Vital									
Menopausia	20	32,3	14	11,7	14	21	15	10	0,4805
Climaterio	4	6,5	4	3,3	8	12	10	6,9	0,3588
Edad Fértil	38	61,3	102	85	44	67	120	83	0,8036

3.10. Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.

Al observar los resultados de los problemas de índole sexual de las parejas de las mujeres estudiadas, existe un 9% (n=1) que supera el puntaje de corte del IFSF frente al 90,9% (n=10) cuando hay problemas de disfunción eréctil en la pareja, la eyaculación precoz presenta el 54,5% (n=6) de normalidad frente al 45,4% de disfunción y la hiperplasia de próstata señala el 25% (n=1) de normalidad frente al 75% de disfunción sexual femenina. Al observar estos tres problemas del hombre, la disfunción sexual femenina alcanza el 69,2% (n=18).

Con respecto al tiempo de relación de pareja, en los primeros quinquenios, los porcentajes de función sexual femenina sobrepasan el 61,4% de normalidad, pero desde los 25 años a 34 años de relación se observa un 50% de normalidad y un 40% luego de 35 años de relación de pareja, además se puede observar que entre los 10 a 19 años de relación existen mejores resultados de normalidad en el IFSF, con un 77,9% (n=46) de los 10 a 14 años y un 78,1% (n=25) de los 15 a 19 años.

El uso de medicamento por la pareja para la respuesta sexual, de acuerdo a los resultados que se detallan en la tabla nº18, representa el 83,3% (n=5) de normalidad en el IFSF.

Tabla n°18: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina.

Item	IFSF ≤ 26,5		IFSF >26,5	
	n	%	n	%
Problemas Índole Sexual Pareja				
Disfunción Eréctil	10	2,5	1	0,3
Eyacuación Precoz	5	1,3	6	1,5
Hiperplasia de Próstata	3	0,8	1	0,3
Tiempo de Relación con la Pareja				
[0 - 4]	31	7,9	73	18,6
[5 - 9]	32	8,1	51	13,0
[10 - 14]	13	3,3	46	11,7
[15 - 19]	7	1,8	25	6,4
[20 - 24]	12	3,1	24	6,1
[25 - 29]	10	2,5	10	2,5
[30 - 34]	7	1,8	7	1,8
[35 - 40]	9	2,3	6	1,5
No Responde	7	1,8	23	5,9
Medicamento Respuesta Sexual Pareja				
Si	1	0,3	5	1,3
No	127	32	260	66,2

3.11. Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Según los valores obtenidos como se observa en la tabla nº19, no se encontró en la muestra diferencia significativa entre las variables con respecto al IFSF, tales como los problemas de índole sexual de la pareja, tiempo de relación con la pareja y uso de algún medicamento para la respuesta sexual.



Tabla n°19: Análisis de los antecedentes de la pareja con el Índice de Función Sexual Femenina por tipo de turno.

Item	Turno Diurno (n=182) IFSF				Turno Rotativo (n=211) IFSF				Valor p
	≤26,5		>26,5		≤26,5		>26,5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Problemas Índole Sexual Pareja									
Disfunción Eréctil	7	58,3	1	25,0	3	50,0	0	0,0	0,3102
Eyaculación Precoz	3	25,0	2	50,0	2	33,3	4	40,0	0,8066
Hiperplasia de Próstata	2	16,7	1	25,0	1	16,7	0	0,0	0,5798
Tiempo de Relación con la Pareja									
[0 - 4]	16	25,8	33	27,5	15	22,7	40	27,6	0,9163
[5 - 9]	12	19,4	24	20,0	20	30,3	27	18,6	0,4792
[10 - 14]	6	9,7	19	15,8	7	10,6	27	18,6	0,8661
[15 - 19]	5	8,1	10	8,3	2	3,0	15	10,3	0,5262
[20 - 24]	4	6,5	14	11,7	8	12,1	10	6,9	0,3383
[25 - 29]	3	4,8	2	1,7	7	10,6	8	5,5	0,2123
[30 - 34]	5	8,1	4	3,3	2	3,0	3	2,1	0,5075
[35 - 40]	7	11,3	2	1,7	2	3,0	4	2,8	0,2561
No Responde	4	6,5	12	10,0	3	4,5	11	7,6	
Medicamento Respuesta Sexual Pareja									
Si	0	0,0	1	0,8	1	1,5	4	2,8	0,4563
No	62	100	119	99,2	65	98,5	141	97,2	0,4563

DISCUSIÓN

De las 393 mujeres de 20 a 64 años estudiadas el promedio del puntaje del IFSF fue de $27,9 \pm 6,0$, similar a lo encontrado en 383 mujeres chilenas de 20 a 59 años con $27,6 \pm 5,8$ puntos³⁵, cifra mayor que en 1.412 mujeres españolas de 20 a 71 años donde alcanzan los $25,5 \pm 8,1$ ¹⁸. El puntaje del IFSF logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 39 años ($29,7$ puntos $\pm 4,9$) y luego disminuye en forma progresiva desde los 40 años, resultado coincidente con el primer estudio de validación del IFSF chileno en el rango de 35 a 40 años³⁵.

Se encuentra un 32,6% de disfunción sexual femenina, cifra similar a datos obtenidos de un estudio multicentrico latinoamericano del año 2009 que aplicó el IFSF a 7.243 mujeres de 40 a 59 años de 11 países, en donde señala el 36% de disfunción sexual en mujeres chilenas y porcentajes que varían desde el 21% en Cartagena de Indias a un 98,5% en Quito⁶⁴, pero inferior a un estudio clásico de USA realizado en el año 1999 en donde participaron 1.749 mujeres y 1.410 hombres de 18 a 59 años, en el que las mujeres norteamericanas alcanzan un 43% de disfunción sexual³².

En los dominios del IFSF, los puntajes varían principalmente en el deseo. Los datos nacionales e internacionales señalan que uno de los problemas más comunes de disfunción sexual en la mujer es el deseo sexual hipoactivo^{65,66} con cifras entre el 17 y 55%⁶⁵. Se encontró un 29% de las trabajadoras con desorden del deseo, muy similar al 32% que describe Laumann y cols³² y al 29% de mujeres europeas⁶⁶. El puntaje promedio del dominio está entre $3,9 \pm 1,1$ y $3,7 \pm 0,9$ a los 40 años, para descender entre $3,2 \pm 1,1$ y $3,4 \pm 1,3$ entre los 50 a 65 años de edad, similar al estudio de chileno con un puntaje promedio entre $3,9 \pm 1,2$ y $3,7 \pm 1,1$ hasta los 40 años³⁵ y al estudio español con $3,8 \pm 1,0$ en menores de 40 años¹⁸.

Los problemas de excitación y de lubricación son frecuentes en un 8% a 15%, además en algunos estudios llega entre el 21% a 28%⁶⁴. En las trabajadoras de este estudio las dificultades de excitación alcanzan el 10,4% (promedio $4,5 \pm 1,2$) y un 5,6% de problemas de lubricación (promedio de $5,0 \pm 1,2$), el cual afecta en un menor porcentaje que a mujeres europeas que llegan al 23%⁶⁶.

Las dificultades orgásmicas son diferentes para cada mujer y de origen multifactorial, entre ellas, la ansiedad, condición de salud, vergüenza, alcohol, drogas, estrés y factores como edad, clase social, personalidad, estado civil y religiosidad^{67,68}. Se observa un 9,7% de desorden en el orgasmo (promedio de $4,8 \pm 1,3$), levemente mayor a lo señalado por Laumann con un porcentaje del 7%, que aumenta al 11% cuando presentaban menos educación³², más adelante hacia el año 2010, la prevalencia de la disfunción orgásmica es aproximadamente entre 16% a 25% para Estados Unidos, Australia, Canadá y Suecia⁶⁵.

En el dominio de satisfacción hay un 14% de mujeres con problemas de satisfacción sexual (promedio $4,8 \pm 1,3$). En Irán, las cifras alcanzan el 39% y es considerado uno de los principales problemas de disfunción sexual⁶⁹.

Se estima que entre el 40 a 50% de las mujeres reclama alguna vez aspectos de función sexual⁷⁰ y la prevalencia de los trastornos varían y aumentan con la edad^{25,54,71}.

En el dominio de dolor, se observó un 9,9% de dispareunia ($5,0 \pm 1,4$). Laumann señala un 21% de dispareunia³² y a nivel mundial los porcentajes oscilan entre el 14 a 27%, donde Australia presenta menos del

1%⁶⁵. En medio oriente se encuentra un 9,4% de dispareunia sumado a un 44,9% que ocasionalmente presenta dolor en las relaciones sexuales⁶⁹.

De las trabajadoras estudiadas, el 19,8% presentan algún tipo de enfermedad o discapacidad, en ellas se puede observar que el puntaje del IFSF disminuye frente a quienes no la presentan (25,7 puntos vs 28,4 puntos). Entre los distintos tipos de trastornos o consecuencias en trabajadores de salud que realizan turnos nocturnos, se observa el “síndrome del trabajador nocturno”, estrés, alteraciones hormonales, fatiga, somnolencia, alteraciones del sistema endocrino e inmunológico, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos mentales, efectos en la vida social y familiar^{44,46,47,73}, además el riesgo de malnutrición o malos hábitos de alimentación en trabajadores nocturnos influyen directamente con la cantidad de años de trabajo^{74,75}.

No se encuentran estudios comparativos en la función sexual femenina por turnos de trabajo, si no más bien estudios descriptivos en sexualidad, entre ellos, un estudio cubano realizado a 59 mujeres trabajadoras de la salud de centros asistenciales que no encuentra relación entre el escenario laboral y la respuesta sexual de las mujeres⁷⁶ y una investigación del año 1992 que estudió en enfermeras el efecto de los turnos rotativos en las disfunciones sexuales, el cual señala un aumento del 200% en las disfunciones, disminución de la frecuencia de actividad sexual (2.63 a 2.54) y del orgasmo (39.2% a 30.7%)⁵⁷. Al comparar los resultados del IFSF en los turnos de trabajo, se observa que tienen un comportamiento similar (29,7 vs 29,2 puntos) y que existe un 65,9% (34,1% disfunción) de normalidad en el turno diurno y un 68,7% (31,3% disfunción) en el turno rotativo.

De los tres estamentos estudiados, se encontró un 48,1% de disfunción sexual en auxiliares de servicio ($25,7 \pm 7,3$), un 30% en técnicos de enfermería ($28,2 \pm 5,5$) y un 25,6% ($28,8 \pm 5,9$), en profesionales. El estamento de auxiliares presenta un nivel educacional menor y en conjunto los puntajes del IFSF también son más bajos (entre los 22,4 a 25,8 puntos) que en los otros estamentos con mayor escolaridad (28,2 a 29,8 puntos). Algunos estudios señalan la escolaridad como un factor de riesgo^{32,72}.

Investigaciones señalan que mujeres que duermen entre 6 y 9 horas por noche son más propensos a ser sexualmente activos que los que duermen 6 o menos⁵⁴. En este estudio se encuentran sólo diferencias estadísticamente significativas en el estamento de auxiliares de servicio, con 42,6% de disfunción sexual en el turno diurno y 68,7% en el turno rotativo, además las trabajadoras con más de 20 años en dicho turno alcanzan cifras del 41% de disfunción sexual (25,7 puntos del IFSF).

Entre los factores de riesgo para la disfunción sexual observados, se encuentra el periodo de perimenopausia (24,2 vs 26,2 climaterio y 28,8 puntos IFSF en edad fértil), la edad > 50 años, presentar alguna enfermedad o discapacidad, antecedentes de maltrato infantil y abuso sexual, tener hijos, baja escolaridad, falta de ayuda en el hogar, cuidado de un adulto mayor, más de 20 años de trabajo, no utilizar un método anticonceptivo, problemas de índole sexual de la pareja: disfunción eréctil, eyaculación precoz, hiperplasia de próstata (69,2% de disfunción sexual femenina) y tiempo de relación de pareja sobre 25 años. Diversos estudios se relacionan con estas variables^{64,65,69,70,71,72,77,78,79,80}.

Entre algunas razones por las que a las mujeres no les gusta tener actividad sexual, se encuentra la presencia de los hijos en la casa, miedo al

embarazo, dificultad para tomar algún tipo de aseo ritual después de la relación sexual, dispareunia⁶⁹.

Entre los factores protectores en la sexualidad, se encuentra el uso de terapia hormonal de reemplazo, uso por las parejas de algún medicamento para la respuesta sexual, uso de método anticonceptivo, educación. Entre las recomendaciones para el manejo de las disfunciones sexuales, se considera el manejo biopsicosocial en la mujer y pareja sumado a exámenes médicos complementarios⁸¹, además la actividad sexual, la calidad de la vida sexual y el interés en el sexo fueron asociados positivamente con una buena salud⁸².



LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- De las trabajadoras de salud, la posibilidad de poder contar con el tiempo necesario para responder la encuesta biosociodemográfica y cuestionario del IFSF.
- La falta de incorporación de instrumentos acerca de las cargas de trabajo para los estamentos y áreas de trabajo, además de la medición de horas de descanso post turno.
- Mayores antecedentes de la pareja y familia, junto con integrar las percepciones del trabajo en turnos, la salud mental y calidad de vida de la trabajadora que realiza turnos.
- La estimación real de la carga de trabajo que las mujeres tienen en su hogar.
- La falta de representatividad de cada Centro de Responsabilidad para completar el estudio.
- La falta de recursos económicos para integrar una evaluación con pruebas de laboratorio relacionadas al tema y poder establecer un diagnóstico clínico de disfunción sexual.

CONCLUSIONES

El turno diurno y rotativo no presentó diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Función Sexual Femenina. Sin embargo, de los tres estamentos considerados, las auxiliares de servicio presentan mayor porcentaje de disfunción sexual que en técnicos paramédicos y profesionales, por lo que podrían estudiarse en futuras investigaciones.

De las 393 mujeres encuestadas, el promedio de edad se encuentra entre los 34 a 35 años. Un 32,6% de las trabajadoras de salud presenta disfunción sexual y similar a datos nacionales e internacionales, el “desorden del deseo”, representa una de las áreas de disfunción más comunes en la mujer.

El promedio del IFSF fue de $27,9 \pm 6,0$ puntos, con un puntaje mínimo de 2 y máximo de 36 puntos. La sexualidad logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 39 años ($29,7$ puntos $\pm 4,9$), para luego disminuir en forma progresiva hacia los 65 años ($23,0 \pm 8,9$).

La función sexual de las mujeres varió principalmente por la edad, cantidad de años de trabajo (>20 años), menopausia, nivel educacional, patologías, problemas de índole sexual de la pareja y tiempo de relación de pareja (>25 años), ayuda en el hogar, cuidado de un adulto mayor, tener hijos, antecedentes de abuso sexual y de maltrato infantil, uso de método anticonceptivo y consumo de medicamentos.

PROYECCIONES

Contribuir a través de proyectos en la preparación de profesionales de la salud para la detección temprana de trastornos sexuales, los cuales tienen un rol fundamental en la derivación.

Es importante concientizar el impacto de los sistemas de trabajo en la vida diaria y poder prevenir los efectos en la salud, a través de evaluaciones o intervenciones al personal sanitario con un equipo multidisciplinario.

Será fundamental considerar el enfoque de género en futuras investigaciones, para trabajar con las distintas vivencias de la sexualidad desde el punto de vista del hombre y la mujer, de manera que permita enriquecer y contribuir a la investigación.

Seguir capacitándome y perfeccionándome para generar una línea investigativa que aborde la calidad de vida, trabajo y salud sexual y reproductiva.

Por último, de la investigación, entregar una base de la cual no había evidencia con respecto a las diferencias de los turnos de trabajo en el ámbito de la sexualidad, junto con las diferencias de los estamentos de trabajo y las variables estudiadas para trabajadoras del sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dallayrac N. Los juegos sexuales de los niños. Barcelona. Ed: Granica.1977.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. 2000; Pág 7.
3. Romo W. Antropología de la sexualidad. En: Pérez Sánchez A. Ginecología. 3ª. Edición. Chile: Mediterraneo; 2003. p. 115-129.
4. Goldsman T, Ferreyra H. Trastornos de la diferenciación sexual". En: Comparato M. Ginecología en esquemas. 3ª. Edición. Editorial: El Ateneo; 2000. p. 275.
5. Pere Font. Desarrollo psicosexual. Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja. Valencia, 317-319, 1-4 Barcelona 1990.
6. Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lassallista de Investigación. Colombia. 2005; 2 (2): 50-53.
7. Baram D. Sexualidad, disfunción sexual y agresión sexual. En: Berek J. Ginecología de Novak. Sección III: Cuidados preventivos y primarios. 13ª. Edición. Editorial: McGraw Hill Interamericana; 2004. p. 243-259.

8. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Ginebra. 1975.
9. Kennedy HC. Institut fur Sexualwissenschaft (1919-1933) (review). Journal of the History of Sexuality. 2003; 12 (1): 122-126.
10. Bianco F. Sexología definición y concepto Teoría de la variante fisiológica del sexo y su función propuesta. Centro de Investigación Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. Caracas-Venezuela. Segunda Versión en Español. Copyrighth 1.991, ISBN: 980-07-0684-4. Disponible en: http://www.cippsv.com/pdfs/Sexologia_Definicion_Esp.pdf.
11. Montoya L. Sexualidad humana, valoración clínica y ginecológica; Protocolos y Tratamiento. En: Bajo J, Vicens L, Montosa X. Fundamentos de Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 285-291.
12. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston. 1966.
13. Rosen R, Barsky J. Respuesta sexual normal en la mujer. Obstet Gynecol Clin N Am 33. 2006; 515 – 526.
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Cuarta edición. 2000.

15. Zambrano N, Gómez R. Respuesta sexual humana. En: Pérez Sánchez A. Ginecología. 3ª. Edición. Chile: Mediterraneo; 2003. p. 146-165.
16. Barrios Martínez D. En las alas del placer. Como aumentar nuestro goce sexual. Editorial Pax México. 2005; pp 50.
17. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Review. CMAJ 2005;172(10):1327-33.
18. Castroviejo F. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. España; 2010. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/692>.
19. Stuart Ira Fox. Reproducción. En: Fisiología humana. 7ª. Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana; 2003: 666-669.
20. Acuña A. La cascada de neurotransmisores en la función sexual. Rev. urol.colomb. 2008; 17 (2): 107-120.
21. Guyton AC, Hall JE. Fisiología femenina antes del embarazo y hormonas femeninas. En: Tratado de Fisiología Médica. Endocrinología y Reproducción. 11ª. Edición. Editorial: MacGraw Hill-Interamericana Madrid; 1999. p. 1011-1025.
22. Ter Horst G.J. Estrogen in the limbic system. Vitamins and hormones. 2010; Vol 82; 319-338.

23. Meston C, Dawn L, Harte C. Sexual Motivation in Women as a Function of Age. *J Sex Med.* 2009 December; 6 (12): 3305-3319.
24. Rosenthal SL, Ranson V, Cotton S, Biro FM, Mills L, Succop PA. Sexual initiation: Predictors and developmental trends. *Sex Transm Dis.* 2001 Sep; 28 (9):527-32.
25. Hayes R, Dennerstein L. The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies. *J Sex Med.* 2005; 2: 317–330.
26. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology.* 2000; 163: 888–893.
27. Angel K. The history of 'Female Sexual Dysfunction' as a mental disorder in the 20th century. *Curr Opin Psychiatry.* 2010; 23(6): 536–541.
28. Woodard T, Diamond M. Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review. *Fertil Steril.* 2009 July; 92(1): 19–34.
29. Blümel J. Disfunción sexual en la mujer chilena. *Rev Medicina y Humanidades.* 2009; 1 (3).
30. Chenevard C, Román F. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007; 33 (1):1-7.

31. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Rev Salud Mental*. 2005; 28 (4).
32. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999; 281: 537-44.
33. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26:191–208.
34. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31: 1-20.
35. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de la Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2004; 69 (2):118-125.
36. Ferri R, Drago V, Aricó D, Bruni O, Remington W, Stamatakis K, et al. The effects of experimental sleep fragmentation on cognitive processing. *Sleep Med*. 2010 April; 11(4): 378–385.
37. Guyton y Hall. Estados de actividad cerebral: sueño, ondas cerebrales, epilepsia, psicosis. En: *Tratado de Fisiología médica*. 12° Edición. Elsevier España, S.L. 2011; Pág. 721-725.

38. Fritsch R. Trastornos del sueño. En: Carvajal C, Florenzano R, Weil K.. Psiquiatría. 2ª Edición. Editorial Mediterráneo Ltda. 2008; Pág 203-213.
39. Regal A, Amigo MC, Cebrián C. Sueño y mujer. Revisión. Rev Neurol. 2009; 49: 376-382.
40. González J. Psicopatología del sueño. Focus on Psychiatry, 1993; 4: 76-87.
41. Macnish R. The Philosophy of Sleep. New York. 1834.
42. Alóe F, Pinto de Azevedo A, Hasan R. Sleep-wake cycle mechanisms. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(1):33-9.
43. Silva F. Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño: fisiopatología, clasificación y tratamientos. Revista Memoriza.com. 2010; 7: 1-13.
44. American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Westchester, IL. 2a. Edición. 2005.
45. Åkerstedt T, Wright K Jr. Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder. Sleep Med Clin. 2009 June 1; 4(2): 257–271.
46. Marín H, Fernando A, Vinaccia S, Tobón S, Sandín B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Suma Psicológica. 2008; 15 (1): 217-240.

47. Andrades L, Valenzuela S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2007; 15(3):480-6.
48. WHOQOL Group: Division of Mental Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993 Apr;2(2):153-9.
49. Casas J, Repullo J, Lorenzo S, Cañas J. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de administración sanitaria*. 2002; 6 (23): 143-160.
50. Sánchez J. Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de las Islas Baleares. 2005. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9443/tmsg1de1.pdf;jsessionid=D0B9D65CD29C1DD25B79477FC9FCE637.tdx2?sequence=1>.
51. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. Oficina Internacional del Trabajo, Central Unitaria de Trabajadores de Chile. 2003.
52. Mahoney M. Review Article. ShiftWork, Jet Lag, and Female Reproduction. *International Journal of Endocrinology*. 2010;1-9.

53. Córdova V, Hevia J, Figueroa A. Trabajo en Turnos en el Sector de la Salud Chileno: Una Comparación entre el Sector Público y Privado. *Ciencia y Trabajo*. 2006; 8 (21): 147-150.
54. Hess R, Conroy M, Ness R, Bryce C, Dillon S, Chang C, et al. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *J Sex Med*. 2009 May; 6(5): 1358–1368.
55. Baumgartner A, Dietzel M, Saletu B, Wolf R, Campos-Barros A, Gräf KJ, et al. Influence of partial sleep deprivation on the secretion of thyrotropin, thyroid hormones, growth hormone, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, and estradiol in healthy young women. *Psychiatry Res*. 1993 Aug; 48 (2): 153-78.
56. Ngwenya S, Lindow SW. 24 Hour rhythm in the timing of pre-labour spontaneous rupture of membranes at term. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 112 (2): 151-153.
57. Hinojosa H, Ureña D, Tavarez R, Morillo F, Morel R, Francisco A. Efectos de los turnos rotatorios en las disfunciones sexuales en enfermeras de Santo Domingo. *Acta Médica Dominicana*. 1992; 14 (4).
58. Gamble K, Motsinger-Reif A, Hida A, Borsetti H, Servick S, Ciarleglio C, et al. Shift Work in Nurses: Contribution of Phenotypes and Genotypes to Adaptation. *PLoS ONE*. 2011; 6(4): e18395.

59. Charnay M, Henriquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 2003; 9 (1): 55-64.
60. Santos P, Sierra J, García M, Martínez A, Sánchez A, Tapia M. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009; 9 (2): 259-273.
61. Feo J. Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana. Tesis de especialidad. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería y Facultad de Medicina. Especialización en Salud Ocupacional. Bogotá. 2007. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>.
62. Lolas F & Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. 2003. Serie de Publicaciones. Programa regional de bioética OPS/OMS. ISBN 956-7938-04-0.
63. Ley 20. 584 de derechos y deberes de los pacientes en Chile. En <http://www.minsal.gob.cl>
64. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009.

65. Lewis R, Fugl-Meyer K, Corona G, Hayes R, Laumann E, Moreira EJr., et al. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2010; 7:1598–1607.
66. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems—HSDD in Europe. *J Sex Med* 4. 2007; 3: 211–219.
67. Kingsberg S, Althof S. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J.* 2009; 20 (1): S33–S43.
68. Rellini AH, Clifton J. Female orgasmic disorder. *Adv Psychosom Med.* 2011;31:35-56.
69. Ghanbarzadeh N, Nadjafi-Semnani M, Ghanbarzadeh MR, Nadjafai-Semnani A, Nadjafai-Semnani F. Female sexual dysfunction in Iran: study of prevalence and risk factors. *Gynecol Obstet.* 2013; 287:533–539.
70. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2008; 5:289–300.
71. Valadares A, Pinto-Neto A, Osis M, Sousa M, Costa-Paiva L, Conde D. Prevalence of Sexual Dysfunction and its Associated Factors in Women Aged 40–65 Years with 11 Years or More of Formal Education: A Population-Based Household Survey. *Clinics.* 2008 December; 63 (6): 775-782.

72. Cabral P, Canário A, Spyrides M, Uchôa S, José Eleutério Jr., Gonçalves A. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *Int J Gynecol Obstet*. 2012.

73. Triguero M, Gil J, Machín T, Fernández B. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital público universitario en la ciudad de Pinar del Río, Cuba. *Psicología: Teoría e Práctica*. 2009, 11(3):54-62.

74. Díaz E, López R, González M. Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enferm Clin*. 2010; 20(4): 229–235.

75. Ruiz M, Cifuentes M, Segura O, Chavarria P, Sanhuesa X. Estado nutricional de trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. *Rev Chil Nutr*. 2010; 37 (4).

76. González Y, Maceo T, Navarro D, Domínguez E. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2011; 22(2):133-143.

77. Artilles V, Gutiérrez MD, Sanfélix J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Rev. Aten Primaria*. 2006; 38(6):339-44.

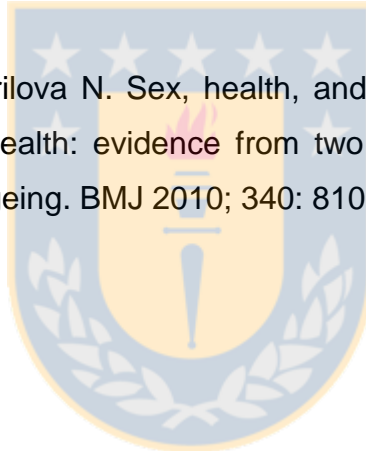
78. Knoepp L, Shippey S, Grace Chen CC, Cundiff G, Derogatis LR, Handa V. Sexual Complaints, Pelvic Floor Symptoms, and Sexual Distress in Women over Forty. *J Sex Med*. 2010; 7(11): 3675–3682.

79. Domoney C. Sexual function in women: what is normal?. *Int Urogynecol J.* 2009; 20 (1): S9–S17.

80. Laumann E, Das A, Waite L. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age. *J Sex Med.* 2008 October; 5 (10): 2300-2311.

81. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 2):586-614.

82. Tessler S, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 2010; 340: 810.



ANEXOS

1. Consentimiento informado
2. Encuesta biosociodemográfica
3. Índice de Función Sexual Femenina





Consentimiento Informado Proyecto de investigación



Junto con saludarle, le informo que mediante la presente se le invita a participar en el estudio titulado **“Función sexual de trabajadoras en turno del sector salud”**, conducido por Romina Valenzuela Peters, Matrona, Tesista de Magíster en Salud Reproductiva de la Universidad de Concepción.

El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre la función sexual y el trabajo por turnos de trabajadoras de la salud. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta y un cuestionario que mide la función sexual femenina.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los resultados, se eliminarán los cuestionarios.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

La información recabada estará disponible para los participantes, si la desean. Desde ya le agradecemos su participación.

En caso de consultas, puede contactar al correo electrónico: romivalenzuela@udec.cl o al teléfono: 041-2204592.

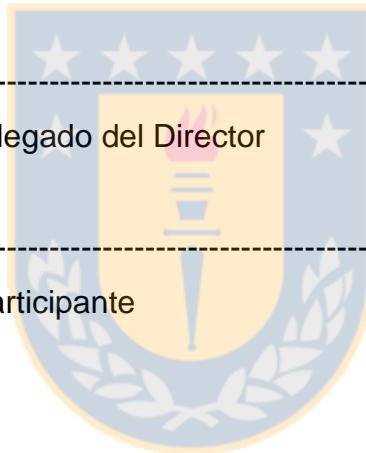
Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informada de mis derechos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial.

Nombre y Firma de la investigadora

Nombre y firma del Delegado del Director

Nombre y Firma del Participante

Fecha



A usted se le ha invitado a participar en una investigación conducida por Romina Valenzuela Peters, Matrona, Tesista de Magíster en Salud Reproductiva de la Universidad de Concepción.

Para complementar la investigación se realizarán algunas preguntas previas al cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina que también se mantendrán en **anonimato**. Se agradece su colaboración, ya que será muy valiosa para el estudio.

1. Edad

2. Estamento

- a) Enfermera b) Técnico paramédico c) Auxiliar de Servicio
d) Matrona e) Nutricionista f) Otro

3. Tipo de turno

- a) Día (08-17 hrs) b) Rotativo (cuarto turno, 08-20)
c) Día con noche cada 1 semana d) Otro _____

4. Tiempo de trabajo en el turno

- a) menor de 6 meses b) 6 a 12 meses c) 12 meses a 3 años
d) 3 a 5 años e) 5 a 10 años f) 10 a 15 años g) 15 a 20 años
h) más de 20 años

5. Indique su área de trabajo de acuerdo al centro de responsabilidad:

- a) Med. Adulto..... b) Quirúrgico..... c) Materno-Infantil.....
d) Urgencia..... e) Diagnóstico Terapéutico.....
f) Cardiovascular..... g) Imagenología..... *) Otro.....

6. Estado civil

- a) Casada b) Soltera c) Conviviente d) Divorciada e) Anulada

7. ¿Cuántos hijos tiene? _____

8. Qué edad tiene el menor? _____

9. ¿Cuál es su ingreso percibido?

- a) \$1.700.000 a \$3.500.000 o más b) \$600.000 a \$1.200.000
c) \$400.000 a \$500.000 d) \$200.000 a \$300.000
e) < o igual a \$160.000 f) \$1.300.000 a 1.600.000

10. Escolaridad. ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado por usted?

- a) Nunca asistió b) Enseñanza básica c) Enseñanza media
d) Enseñanza media técnico profesional e) Técnico de educación superior
f) Profesional g) Postítulo h) Magíster i) Doctorado

11. ¿Completó sus años de estudio? a) Sí b) No

12. Religión a) Católica b) Evangélica c) Otra_____ d) Sin

13. Nivel de participación en dicha religión

- a) Alta b) Media c) Baja d) Ninguna

14. Usted ha tenido relaciones sexuales sólo con:

- a) Hombres b) Mujeres c) Ambos

15. ¿Consume algún tipo de medicamentos?

- a) Sí, ¿Cuál? _____ b) No

16. Si se encuentra en el periodo o ya presentó menopausia. ¿Usted padece alguno de los siguientes síntomas actualmente? Sofocos, sudoración, bochornos, problemas de sueño, ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, impaciente, agotamiento físico y mental, problemas sexuales dificultad de orinar, incontinencia, resequedad vaginal, problemas musculares y articulares.

- a) Sí b) No

17. Si se encuentra cercana o ya presentó menopausia. ¿Cuándo fue su última regla?

Día _____ Mes _____ Año _____

- a) Climaterio b) Menopausia c) Ninguna

18. Si se encuentra cercana o ya presentó menopausia. ¿Usa Terapia Hormonal de Reemplazo?

- a) Sí b) No c) No estoy en el periodo de menopausia

19. Para la relación sexual, ¿utiliza algún lubricante vaginal?

- a) Sí b) No

20. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

- a) Ninguno b) Pastillas anticonceptivas c) Preservativo
d) Implante (implanon) e) Dispositivo Intrauterino (DIU o T de Cobre)
f) Esterilización tubaria g) Otro _____

21. ¿Ha sufrido abuso sexual o maltrato infantil?

- a) Abuso sexual b) Maltrato infantil c) Ninguno d) Otro _____

22. ¿Presenta alguna enfermedad crónica, discapacidad o depresión?

- a) Sí. ¿Cuál? _____ b) No.

23. ¿Actualmente está en tratamiento?

- a) Sí b) No

24. ¿Qué edad tiene su pareja? _____

25. ¿Su pareja presenta algún problema de índole sexual?

- a) Disfunción eréctil b) Eyaculación precoz c) Hiperplasia de próstata
d) Otra _____ e) Ninguna

26. ¿Cuánto tiempo de relación lleva con su pareja? _____

27. ¿Usted presenta un dormitorio exclusivo para usted y su pareja?

- a) Sí b) No c) No vivo con mi pareja

28. ¿Tiene alguna persona o familiar que le facilite los quehaceres del hogar? a) Sí b) No

29. ¿Actualmente usted debe cuidar de algún adulto mayor o de personas con enfermedad grave o invalidante?

- a) Sí b) No

30. Consume su pareja algún medicamento para la respuesta sexual?

- a) Si. Cuál _____ b) No

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

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

Definiciones

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

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

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

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

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

- | | |
|-------------------|----------|
| – Muy alto | 5 puntos |
| – Alto | 4 puntos |
| – Moderado | 3 puntos |
| – Bajo | 2 puntos |
| – Muy bajo o nada | 1 punto |

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

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

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

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

- _ No tengo actividad sexual 0 puntos
- _ Muy alto 5 puntos
- _ Alto 4 puntos
- _ Moderado 3 puntos
- _ Bajo 2 puntos
- _ Muy bajo o nada 1 punto

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

- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o nada de confianza 1 punto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

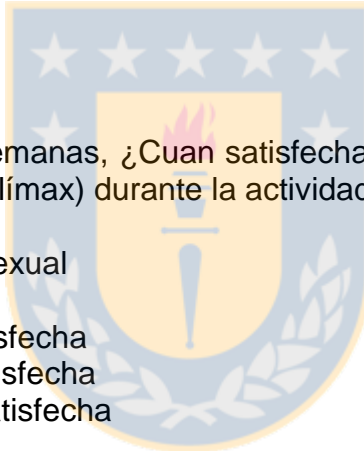
- No tengo actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 puntos
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Poco difícil 4 puntos
- No me es difícil 5 puntos

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

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

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

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



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

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

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

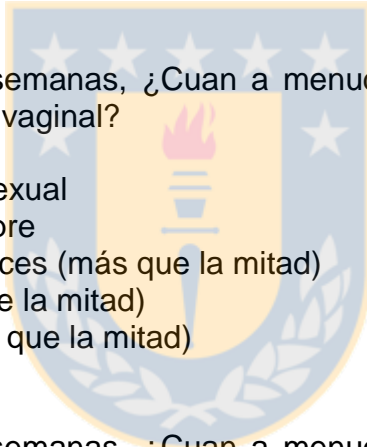
- _ Muy satisfecha 5 puntos
- _ Moderadamente satisfecha 4 puntos
- _ Ni satisfecha ni insatisfecha 3 puntos
- _ Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- _ Muy insatisfecha 1 punto

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

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

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

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



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

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

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

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