

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en
el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.**

Tesis presentada por la bachiller:

Aco Suarez, Angela Mercedes

ORCID: 0009-0006-0210-7663

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Nuñez Zevallos Gladys Edith

ORCID: 0000-0003-3812-7632

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 11 de Marzo del 2026

Dictamen: 016452-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 016452, presentado por:

2019700012 - ACO SUAREZ ANGELA MERCEDES

Titulado:

FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS CON CÁNCER CERVICAL EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, 2025.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR**



**25790728 - MORON ESCOBAR HERNAN DAVID
DICTAMINADOR**



**44968454 - PAMO HERRERA CLAUDIA ESPERANZA
DICTAMINADOR**



Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Científica del Sur Trabajo del estudiante	1%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

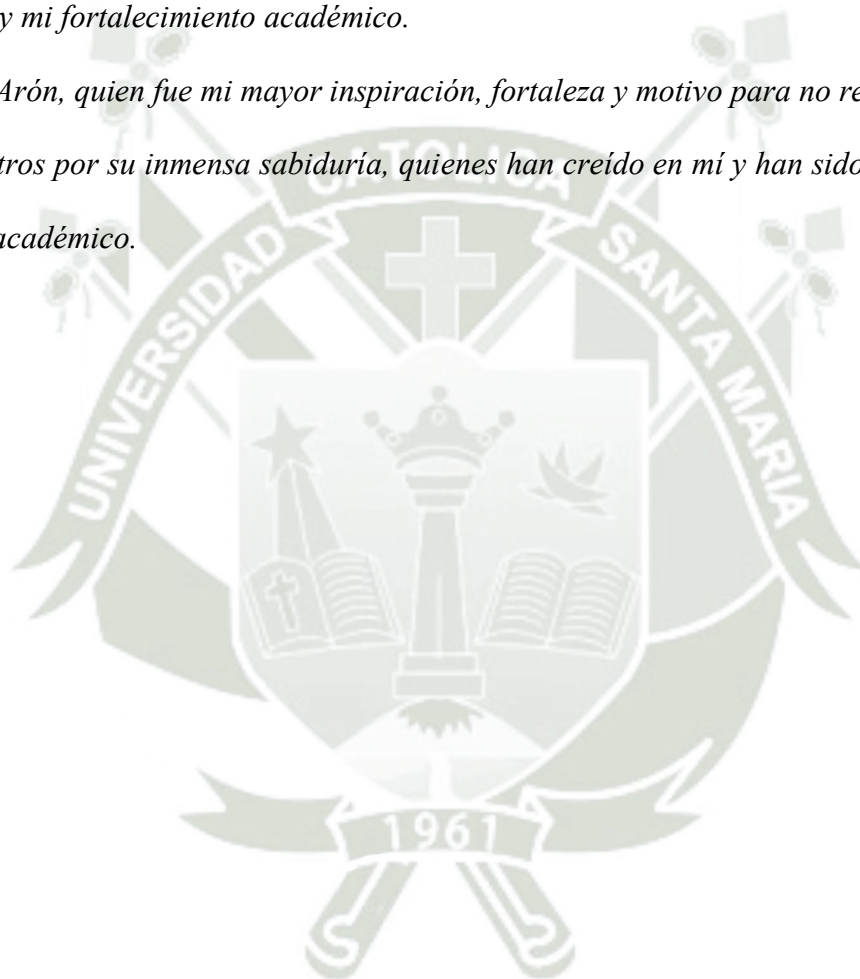
Apagado

DEDICATORIA

Dedico la reciente indagación efectuada a los seres más maravillosos que son mis apreciados padres y sobre todo a mi magnífica familia por su constante respaldo, cariño y, sobre todo, a su enorme sacrificio que realizaron para que yo lograra la culminación de mi elección vocacional y mi fortalecimiento académico.

A mi bebé, Arón, quien fue mi mayor inspiración, fortaleza y motivo para no rendirme.

A mis maestros por su inmensa sabiduría, quienes han creído en mí y han sido una guía en mi desarrollo académico.



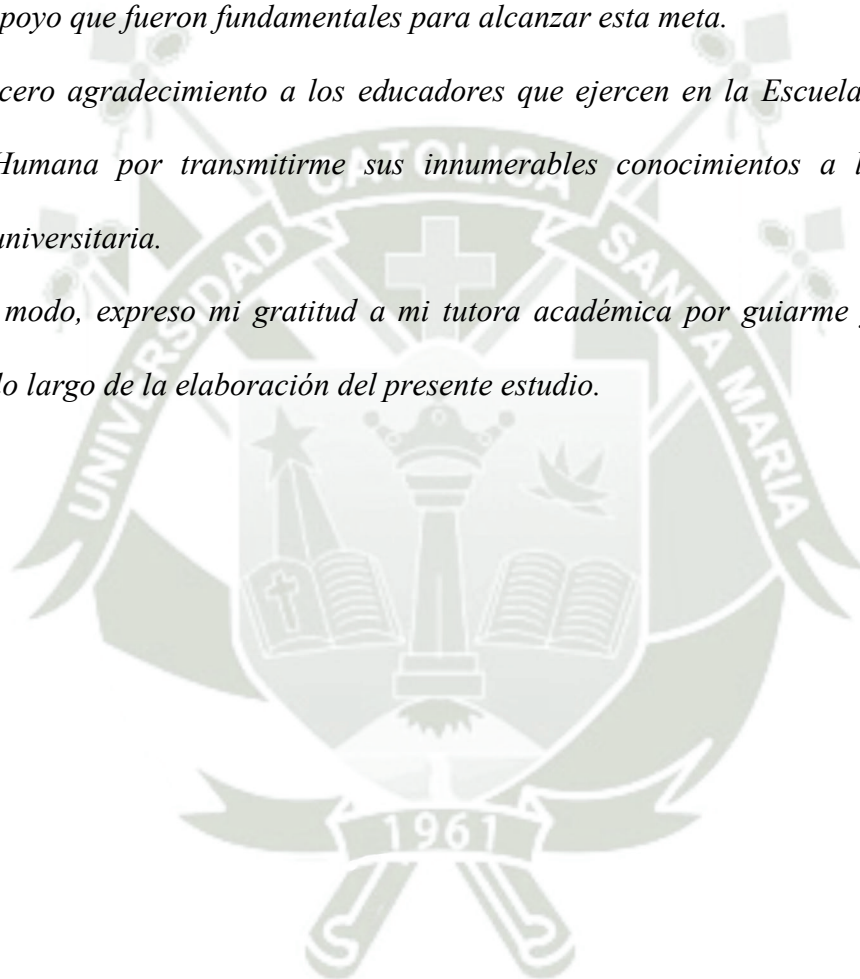
AGRADECIMIENTOS

Agradezco a nuestro Señor Todopoderoso por otorgarme el conocimiento que era requerido necesario para la finalización de mis tan anhelados estudios.

Agradezco profundamente a mis adorados progenitores y a mi apreciado grupo familiar por su amor y su apoyo que fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

Mi más sincero agradecimiento a los educadores que ejercen en la Escuela Profesional de Medicina Humana por transmitirme sus innumerables conocimientos a lo largo de mi formación universitaria.

Del mismo modo, expreso mi gratitud a mi tutora académica por guiarme y brindarme su respaldo a lo largo de la elaboración del presente estudio.



RESUMEN

Objetivo: El objetivo del trabajo es identificar los factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, durante el año 2025.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 66 mujeres, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se recolectó mediante una encuesta estructurada que incluyó el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), considerando disfunción sexual un puntaje total $< 26,55$, y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). El análisis incluyó estadística descriptiva y la prueba chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se encontró una alta frecuencia de disfunción sexual en las mujeres con cáncer cervical evaluadas. Se observaron asociaciones significativas con algunos factores sociodemográficos y clínicos, como la edad mayor de 50 años, el estadio III del cáncer, la condición de menopausia y el antecedente de múltiples parejas sexuales ($p < 0,05$). En cuanto a los factores psicológicos, la depresión evaluada mediante HADS mostró asociación significativa con la disfunción sexual ($p < 0,05$), mientras que la ansiedad no evidenció asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Conclusiones: Se halló una alta frecuencia de disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical, asociada a factores sociodemográficos, clínicos, ginecológicos y psicológicos, lo que evidencia su carácter multifactorial y la necesidad de un abordaje integral en la atención oncológica.

Palabras clave: Disfunción sexual, cáncer cervical, salud sexual femenina.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with sexual dysfunction in Peruvian women with cervical cancer treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South during 2025.

Methodology: An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted in 66 women selected through non-probabilistic convenience sampling. Data were collected using a structured survey that included the Female Sexual Function Index (FSFI), considering sexual dysfunction as a total score < 26.55 , and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The analysis included descriptive statistics and Pearson's chi-square test, with a significance level of $p < 0.05$.

Results: A high frequency of sexual dysfunction was found among the evaluated women with cervical cancer. Significant associations were observed with some sociodemographic and clinical factors, such as age over 50 years, stage III cancer, menopausal status, and a history of multiple sexual partners ($p < 0.05$). Regarding psychological factors, depression assessed through HADS showed a significant association with sexual dysfunction ($p < 0.05$), while anxiety did not show a statistically significant association ($p > 0.05$).

Conclusions: A high frequency of sexual dysfunction was found in Peruvian women with cervical cancer, associated with sociodemographic, clinical, gynecological, and psychological factors, highlighting its multifactorial nature and the need for a comprehensive approach in oncological care.

Keywords: Sexual dysfunction, cervical cancer, female sexual health.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. Determinación del problema.....	4
1.2. Enunciado del problema	6
1.3. Descripción del problema	6
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo general.....	11
2.2. Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	14
3.1. Marco conceptual.....	14
3.2. Antecedentes investigativos.....	33
4. HIPÓTESIS	42
CAPÍTULO III.....	43
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	43
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	44

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	45
3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS	48
CAPÍTULO IV	49
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	75

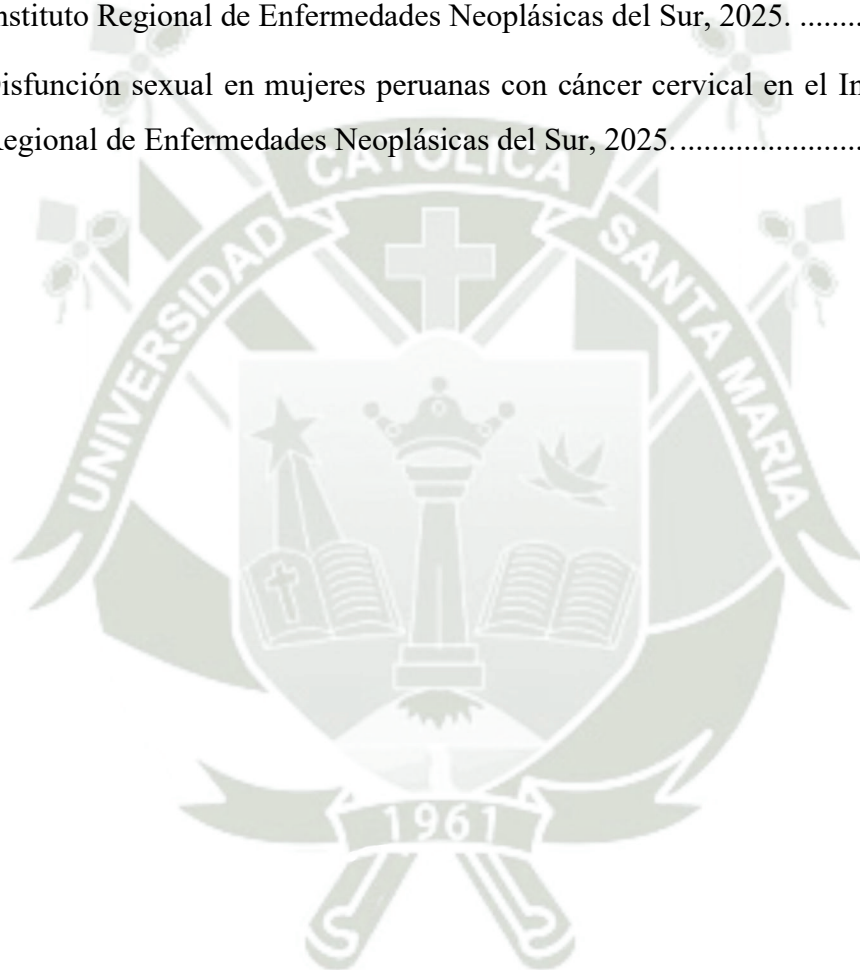


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	6
Tabla 2. Factores sociodemográficos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	50
Tabla 3. Factores clínicos y ginecológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	52
Tabla 4. Factores psicológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.	54
Tabla 5. Disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	56
Tabla 6. Relación de los factores sociodemográficos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	57
Tabla 7. Relación de los factores clínicos y ginecológicos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	58
Tabla 8. Relación de los factores psicológicos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores sociodemográficos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	51
Figura 2. Factores clínicos y ginecológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	53
Figura 3. Factores psicológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.	55
Figura 4. Disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.....	56



INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual se define como la presencia de dificultades persistentes o recurrentes para experimentar satisfacción durante la actividad sexual, afectando una o más fases de la respuesta sexual, como el deseo, la excitación o el orgasmo. Esta condición puede afectar significativamente el bienestar físico, emocional y relacional de las mujeres (1).

El cáncer cervical constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Según estimaciones del GLOBOCAN 2022, esta neoplasia ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad entre los cánceres que afectan a las mujeres, con aproximadamente 662 301 nuevos casos y 348 874 muertes registradas a nivel global durante el año 2022 (2). Además, la mayor carga de la enfermedad se concentra en países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso a programas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno es limitado (3,4).

En América Latina y el Caribe, el cáncer de cuello uterino continúa representando uno de los principales problemas oncológicos en la población femenina, debido a factores relacionados con desigualdades en el acceso a los servicios de salud, limitaciones en los programas de tamizaje y barreras socioculturales que dificultan la detección temprana de la enfermedad (5,6).

Además de sus consecuencias físicas, el cáncer cervical y los tratamientos oncológicos pueden generar importantes repercusiones en la salud sexual de las mujeres, afectando su calidad de vida, autoestima y relaciones de pareja. Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran la disminución del deseo sexual, dolor durante las relaciones sexuales y dificultades para alcanzar el orgasmo, lo que puede conducir a disfunción sexual (7).

En este contexto, resulta importante identificar los factores que se asocian con la disfunción sexual en mujeres diagnosticadas con cáncer cervical, con el fin de contribuir a una atención integral que incluya la salud sexual dentro del manejo oncológico.

Por ello, la reciente pesquisa presentada se consolida en un objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la disfunción sexual en mujeres con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa, 2025.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema.

A nivel internacional, entre 2021 y 2024, el tumor maligno de cuello uterino que aquejó a la población femenina, particularmente en naciones con economías en desarrollo. De acuerdo con proyecciones de la OMS, en 2022 se contabilizaron alrededor de 660 000 recientes diagnósticos y más de 350 000 decesos a escala global, concentrándose cerca del 90% de dichos fallecimientos en zonas con recursos insuficientes para acceder a servicios de detección preventiva y atención médica temprana (8).

Asimismo, estudios realizados en sobrevivientes de cáncer cervical reportaron que entre el 60% y 80% de las mujeres presentaron algún grado de disfunción sexual posterior al tratamiento oncológico, siendo más frecuente en aquellas sometidas a radioterapia y tratamientos combinados. A pesar del aumento de la supervivencia, la atención de las secuelas sexuales no fue abordada de manera sistemática en la mayoría de los sistemas de salud durante este período (9).

El trastorno de la función sexual se entiende como los problemas continuos y repetitivos que dificultan el disfrute durante las relaciones íntimas, comprometiendo uno o varios segmentos de reacción al estímulo erótico, la libido, la estimulación o el clímax (10). Se calcula que hasta el 80% de las mujeres que superan el cáncer que se manifiestan en el segmento que se halla en la parte uterina presentan alteraciones en su vida sexual, lo cual deteriora considerablemente su bienestar integral y favorece la aparición de condiciones como el estrés emocional y el estado de ánimo depresivo (11, 12). Se estima que cerca del 80% de las pacientes que logran vencer el tumor maligno de cuello uterino manifiestan dificultades en su esfera íntima, situación que repercute de manera significativa en su salud

integral y propicia el surgimiento de afecciones como la angustia emocional y el ánimo melancólico (13).

En el país, el carcinoma de cérvix se ubica en el segundo lugar entre los tumores con mayor prevalencia (registrando 23,9 casos por cada 100 000 habitantes del sexo femenino) y mortalidad asociada (con 12,1 decesos por cada 100 000 mujeres). En suelo peruano, a lo largo del período entre 2021 y 2024, dicha enfermedad continuó posicionándose entre las neoplasias de mayor impacto en la salud de las mujeres. Según la información proporcionada por el ente rector de salud del país, en el año 2022 se estimaron más de 4 300 casos nuevos, representando aproximadamente el 12% del total de cánceres diagnosticados en mujeres, mientras que la mortalidad asociada superó las 2 200 defunciones anuales. Asimismo, se reportó que alrededor del 65% de los casos fueron diagnosticados en estadios clínicos II, III y IV, lo que incrementó la necesidad de tratamientos agresivos como radioterapia y quimioterapia (14).

En la región Arequipa, durante el período 2021–2024 el carcinoma de cérvix se consolidó como una de las patologías ginecológicas de mayor frecuencia atendidas en los centros especializados en oncología. Según los datos institucionales del IREN Sur, entre el 25% y 30% de las afecciones oncológicas ginecológicas contabilizadas cada año correspondieron a dicho tumor, donde las principales razones de asesoría de origen especializada en la sección más delicada que son las mujeres en edad adulta. Del mismo modo, se identificó que más del 55% de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios clínicos II y III, lo que condicionó la indicación de tratamientos combinados como radioterapia y quimioterapia, y en menor proporción cirugía radical (15).

1.2. Enunciado del problema

Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

1.3. Descripción del problema

1.3.1 Área del conocimiento

- **Área general:** Medicina
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Ginecología y Obstetricia

1.3.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Definición operacional	Tipo / Escala	Categoría / valores
Factores sociodemográficos (Variable independiente)	Edad	Edad cronológica	Edad de la participante registrada al momento de la encuesta	Cuantitativa ordinal	18-29 / 30-39 / 40-50 / >50 años
	Nivel educativo	Grado de instrucción alcanzado	Máximo nivel educativo completado	Cualitativa ordinal	Primaria / Secundaria / Superior

			por la participante		
	Estado civil	Situación conyugal	Condición marital al momento del estudio	Cualitativa nominal	Soltera / Casada / Conviviente / Divorciada / Viuda
Factores clínico- ginecológicos	Estadio del cáncer	Clasificació n clínica	Estadio clínico del cáncer cervical según FIGO consignado en historia clínica	Cualitativa ordinal	I / II / III / IV
	Estadio menopáusic o	Presencia de menopausia	Condición fisiológica, caracterizad a por ausencia de menstruació n ≥ 12 meses	Cualitativa nominal	Menopausia / No menopausia

	Tipo de tratamiento	Modalidad terapéutica recibida	Tratamiento oncológico recibido por la paciente	Cualitativa nominal	Cirugía / Radioterapia / Quimioterapia / Braquiterapia / Combinado
	Número de parejas sexuales	Antecedentes sexuales	Número de parejas sexuales reportadas por la paciente	Cualitativa ordinal	1 / 2 / ≥ 3
Factores psicológicos	Ansiedad	Puntaje HADS-A	Nivel de ansiedad medido mediante subescala de ansiedad del HADS	Cuantitativa ordinal	Normal / Límite / Ansiedad clínica
	Depresión	Puntaje HADS-D	Nivel de depresión medido mediante	Cuantitativa ordinal	Normal / Límite /

			subescala de depresión del HADS		Depresión clínica
Disfunción sexual femenina (Variable dependiente)	Función sexual	Puntaje total FSFI	Puntuación total del Índice de Función Sexual Femenina	Cuantitativ a ordinal	≤ 27 : disfunción sexual / ≥ 27 : función normal

Nota: Creación propia

1.3.3. Interrogante general

- ¿Cuáles son los factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025?

1.3.4. Interrogantes específicas

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?
- ¿Cuáles son los factores clínicos y ginecológicos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

- ¿Cuáles son los factores psicológicos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?
- ¿Cuál es la proporción de mujeres con y sin disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical?

1.4. Taxonomía de la investigación

- Tipo de investigación: Observacional
- Nivel de investigación: Analítico
- Diseño de investigación: Transversal

1.5. Justificación del problema

La investigación se justificó desde varias dimensiones por la importancia del problema estudiado y su relevancia para el bienestar global de las pacientes que padecen el carcinoma de cérvix. Examinar los elementos vinculados al trastorno de la función sexual permitió adentrarse en una temática escasamente explorada en la ginecología oncológica y visibilizar las necesidades de las pacientes más allá de la supervivencia.

Desde la perspectiva académica, la investigación aportó datos concretos acerca del vínculo existente entre la fase de avance de la patología, el tratamiento recibido y la función sexual, ampliando el conocimiento existente y sirviendo como base para futuras investigaciones en la sanidad y la actividad sexual que ejercen las mujeres oncológicas.

En el panorama social, la investigación mostró cómo la disfunción sexual afectó el bienestar integral, la valoración personal y los vínculos afectivos de pareja de las pacientes. Los hallazgos contribuyeron a concientizar al personal sanitario y a quienes

dirigen y administran las instituciones sanitarias acerca de la relevancia de proporcionar una asistencia integral y humanizada, orientada al bienestar del individuo en su totalidad.

El estudio fue original, porque se enfocó específicamente en pacientes tratadas en el IREN-Sur, produciendo datos novedosos para la región de Arequipa en torno a los elementos relacionados con las alteraciones en la esfera sexual.

Por último, el estudio resultó viable, dado que se dispuso de acceso a las historias clínicas, la población objeto de análisis estuvo disponible, se emplearon herramientas previamente validadas y se contó con los medios necesarios para que se lleve a cabo la investigación de forma sistemática y en concordancia con las metas establecidas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Identificar los factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, durante el año 2025.

2.2. Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
- Determinar los factores clínicos y ginecológicos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

- Analizar los factores psicológicos asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
- Determinar la proporción de mujeres con y sin disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.





3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1. Factores

Algunas alteraciones en la vida sexual que muestran las mujeres que padecen carcinoma de cérvix constituyen un fenómeno de origen múltiple, producto de la interacción entre factores orgánicos, emocionales y del entorno social. En este contexto, los factores asociados adquieren especial relevancia, ya que influyen directamente en la experiencia sexual, el equilibrio afectivo y el bienestar integral de las pacientes (16).

En el contexto de las neoplasias ginecológicas, particularmente el carcinoma cervical, la literatura científica especializada sostiene que la aparición y la intensificación de las variaciones conforme a la actividad sexual femenina no obedecen exclusivamente a los efectos somáticos derivados de los procedimientos terapéuticos, sino que se configuran también a partir de un entramado de condicionantes psicosociales, reproductivos y emocionales. En efecto, dichos determinantes de naturaleza social, mental y biográfica actúan de manera concurrente y reiterativa, modulando tanto la manifestación como la gravedad de la disfunción sexual, fenómeno que se ve adicionalmente exacerbado por las repercusiones psicoafectivas y relacionales inherentes al proceso oncológico. (16).

3.1.1. Factores sociodemográficos

En la sección de la detección y estudio en base de la sanidad sexual que concierne a la mujer, en base a los elementos que son sociodemográficas se configuran como un componente de notable relevancia, en tanto que dichas variables estructurales influyen de manera directa y reiterativa en la construcción de percepciones, representaciones

culturales y patrones conductuales vinculados a la intimidad. De forma concomitante, tales determinantes de índole social, económica y demográfica condicionan no solo las prácticas y disposiciones sexuales, sino también las oportunidades reales de acceso, utilización y aprovechamiento de las atenciones médicas que eran especializados. En pacientes con carcinoma de cérvix, dichos aspectos pueden transformar la manera en que se percibe la sexualidad, así como el diálogo con el compañero de vida y la capacidad de afrontar los cambios derivados de la enfermedad y su tratamiento (17).

a) Edad

Dentro del análisis de la funcionalidad sexual femenina, la variable etaria se reconoce como un determinante de significativa trascendencia, puesto que el proceso de envejecimiento biológico se acompaña de transformaciones fisiológicas, endocrinas y psicosociales que inciden de manera progresiva en la dinámica del deseo, los mecanismos de excitación y la respuesta sexual global. En el caso particular de mujeres diagnosticadas con carcinoma cervical, la edad no solo modula la intensidad con la que se manifiestan los efectos adversos derivados de las intervenciones terapéuticas, sino que también condiciona de forma simultánea y reiterativa los procesos de ajuste y readaptación frente a las modificaciones corporales, funcionales y sexuales generadas por la enfermedad oncológica y su tratamiento (6).

El deterioro de la esfera sexual en la población femenina adopta manifestaciones diferenciadas según el grupo etario. En mujeres de edad avanzada, la hipostrogenemia propia del envejecimiento fisiológico, aunada a la presencia de comorbilidades crónicas, constituye el principal sustrato fisiopatológico que subyace a la mayor prevalencia de alteraciones sexuales observada en este segmento poblacional (10).

Por otro lado, en pacientes de menor edad, son las repercusiones psicoafectivas y la distorsión de la autopercepción corporal los factores que predominantemente condicionan un menoscabo considerable de la funcionalidad sexual; siendo la afectación emocional y la modificación del esquema corporal los elementos que, de manera recurrente, comprometen de forma significativa la vida íntima de las mujeres jóvenes (18).

b) Grado de instrucción

El grado de instrucción académica guarda estrecha vinculación con el nivel de información que posee la paciente respecto a su salud íntima y reproductiva, la capacidad de comprender su patología y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas (19).

Un grado de la asistencia educativa superior suele constituirse en un facilitador cognitivo y conductual que propicia la indagación sistemática de información especializada, así como una interacción comunicativa más fluida y asertiva con los profesionales del ámbito sanitario. De manera concomitante, un mayor grado de formación académica tiende a estimular la implementación de mecanismos adaptativos y las tácticas de afrontamiento en base a las aptitudes en base a la gestión y mitigación de las alteraciones vinculadas con la disfunción sexual (19).

En contraste, un nivel educativo reducido puede constituirse en una barrera significativa para la adquisición de información científica pertinente, restringiendo la comprensión. Asimismo, está limitada formación académica tiende a perpetuar representaciones socioculturales erróneas y creencias tradicionales, las cuales, de manera concomitante, obstaculizan la verbalización oportuna de dificultades en la esfera íntima. Como consecuencia de ello y en reiteradas circunstancias se incrementa la probabilidad de que

las alteraciones en la función sexual permanezcan subdiagnosticadas y, por ende, insuficientemente abordadas desde el punto de vista terapéutico (19).

c) Estado civil

La condición conyugal constituye un determinante relevante en la configuración de las interacciones afectivas y en la dinámica de la vida sexual. En mujeres que mantienen un vínculo matrimonial o una relación de pareja estable, el proceso oncológico y sus implicancias terapéuticas suelen propiciar modificaciones en la intimidad erótica, manifestándose con frecuencia alteraciones en la cercanía física y emocional. De manera concomitante, factores psicoafectivos tales como el temor al rechazo, la percepción de cambios corporales y se demuestra conforma un eventual de una bajo libido pueden interferir de forma reiterativa en la calidad de la relación íntima y en la expresión plena de la sexualidad (20).

La existencia de una relación de pareja puede configurarse, de manera simultánea, como un elemento de protección o como un potencial factor de vulnerabilidad dentro de la esfera psicoafectiva y sexual. En contextos donde predomina el acompañamiento emocional, la empatía y la comprensión mutua, la pareja tiende a constituirse en un soporte significativo que favorece los procesos de adaptación frente a las dificultades íntimas. No obstante, cuando se evidencian limitaciones en la comunicación interpersonal, tensiones afectivas o conflictos relacionales persistentes, dicha interacción puede transformarse de forma concomitante en un elemento que incrementa la probabilidad de experimentar alteraciones en la dinámica sexual y en el bienestar emocional (20).

En el caso de mujeres que se encuentran en condición de soltería, viudez o separación conyugal, las alteraciones en la funcionalidad sexual pueden vincularse con diversas

manifestaciones de carácter psicoemocional. Entre estas se incluyen la experiencia persistente de aislamiento afectivo, la disminución de la autovaloración personal y la aparición de percepciones negativas respecto a la propia imagen corporal. De manera concomitante, tales circunstancias pueden propiciar la presencia de temores o reticencias frente a la posibilidad de establecer nuevos vínculos íntimos o relaciones afectivo-sexuales, situación que, en reiteradas ocasiones, contribuye a la persistencia o agravamiento de la disfunción sexual (20).

d) Ocupación

La actividad ocupacional constituye un indicador relevante de la posición socioeconómica y del grado de autonomía personal de la mujer, dimensiones que influyen de manera significativa en su estabilidad psicoemocional y en la construcción de la autopercepción individual. En este sentido, el acceso a un empleo remunerado suele propiciar mayores niveles de independencia económica, así como la conformación de redes de interacción y soporte social que pueden facilitar los procesos de afrontamiento frente a la enfermedad. No obstante, de forma simultánea y en determinadas circunstancias, las exigencias propias del ámbito laboral pueden generar cargas de tensión y estrés ocupacional que, de manera concomitante, tienden a repercutir negativamente en la esfera íntima y en la dinámica de la vida sexual (21).

En contraposición, las mujeres que no desempeñan actividades laborales remuneradas o que se encuentran dedicadas de manera exclusiva a las labores domésticas pueden experimentar condiciones de mayor susceptibilidad psicoemocional y dependencia económica. Estas circunstancias estructurales, de manera simultánea y reiterativa, tienden a incidir desfavorablemente en la autovaloración personal y en la percepción de autonomía

individual. Como consecuencia de ello, tales factores pueden repercutir negativamente en el equilibrio psicológico y, de forma concomitante, en la funcionalidad sexual por parte del sector que compete a las mujeres (21).

3.1.2. Factores ginecológicos

Los factores ginecológicos están directamente relacionados con la fisiopatología del cáncer cervical y las consecuencias adversas derivadas de las intervenciones oncológicas. Dichos elementos ejercen una repercusión considerable sobre la esfera íntima que se relaciona a la mujer, al comprometer la estructura anatómica, la funcionalidad genital y la reactividad sexual (20).

a) Estadio del cáncer

El estadio clínico del carcinoma cervical constituye un parámetro determinante para establecer la magnitud de la diseminación neoplásica y orientar la elección del abordaje terapéutico más pertinente. En fases evolutivas avanzadas, las intervenciones médicas suelen caracterizarse por un mayor grado de intensidad y agresividad terapéutica, circunstancia que con frecuencia origina secuelas somáticas de considerable impacto, entre ellas algia pélvica persistente, procesos de fibrosis vaginal y reducción de los mecanismos fisiológicos de lubricación. Tales alteraciones orgánicas, de manera concomitante y reiterativa, incrementan la probabilidad de presentar disfunciones en la esfera sexual. A ello se suma que el diagnóstico en etapas tardías suele acompañarse de una elevada carga psicoemocional, manifestada en estados de ansiedad, incertidumbre y preocupación respecto al pronóstico clínico, factores que inciden de forma desfavorable en la vivencia de las actividades conforme al sexo y al cuidado contante de la vida íntima. (22).

b) Estado menstrual

La condición menstrual constituye un indicador fisiológico de la actividad ovárica y del equilibrio endocrino femenino, aspectos estrechamente vinculados con la regulación de la respuesta sexual. La instauración de la menopausia, ya sea de origen natural o inducida como consecuencia de intervenciones terapéuticas oncológicas entre ellas la radioterapia o la quimioterapia genera una reducción significativa en la producción de estrógenos. Este descenso estrogénico, de manera concomitante y reiterativa, se asocia con diversas modificaciones en el aparato genital femenino, tales como la mengua de la secreción lubricante vaginal, la instauración de coitaría y la atenuación del impulso libidinoso, manifestaciones que repercuten de manera directa al cuidado de la vida íntima (23).

En parte de la sección de las mujeres se manifiestan en una fase premenopáusicas, la interrupción abrupta o prematura del ciclo menstrual puede desencadenar repercusiones psicoemocionales de considerable magnitud. Esta alteración fisiológica, más allá de sus implicancias biológicas, suele generar modificaciones en la autopercepción corporal y en la construcción simbólica de la feminidad. De manera concomitante, dichas transformaciones pueden incidir de forma reiterativa en la configuración de la identidad sexual y en la vivencia subjetiva de la sexualidad femenina (23).

c) Tipo de tratamiento

Las intervenciones terapéuticas empleadas en el abordaje del carcinoma cervical incluyendo procedimientos quirúrgicos, esquemas radioterapéuticos, regímenes quimioterapéuticos o modalidades terapéuticas combinadas ejercen repercusiones directas sobre la funcionalidad sexual femenina. En particular, los procedimientos quirúrgicos pueden generar modificaciones en la configuración anatómica del aparato genital,

mientras que la radioterapia suele inducir transformaciones estructurales en el tejido vaginal. De manera paralela y concomitante, los agentes quimioterapéuticos pueden interferir con la regulación endocrina y con el estado general de salud, circunstancias que, en conjunto y de forma reiterativa, repercuten en la dinámica de la respuesta sexual y en la vivencia de la intimidad (24).

Tales repercusiones terapéuticas pueden exteriorizarse mediante diversas alteraciones en la esfera sexual, entre las cuales destacan la presencia de algia durante el coito, la atenuación o disminución del deseo erótico, así como limitaciones en los mecanismos fisiológicos de excitación. De manera concomitante, también pueden observarse modificaciones en la rección durante el período de orgasmo y en base a la culminación de la acción sexual. En conjunto y de forma reiterativa estas manifestaciones funcionales contribuyen a la instauración y progresión de trastornos en la funcionalidad sexual que concierne a las mujeres (24).

d) Número de parejas sexuales

El número que se obtuvo por medio de la actividad parejas sexuales trayectoria vital constituye un indicador asociado con los antecedentes de experiencia erótica y con las disposiciones actitudinales frente a la sexualidad. Este parámetro biográfico, de manera concomitante y reiterativa, puede incidir en la construcción de la percepción individual del riesgo, así como en el acervo de experiencias sexuales previamente adquiridas. A su vez, dichas vivencias pueden influir en la capacidad de adaptación y reajuste frente a las transformaciones físicas, emocionales y sexuales derivadas del proceso oncológico.

De manera adicional, esta variable puede encontrarse estrechamente asociada con determinantes de naturaleza sociocultural y psicoemocional que inciden en la

configuración de la satisfacción sexual que conciernen a las mujeres. Tales factores, de forma simultánea y reiterativa, tienden a influir en la manera en que la mujer interpreta, afronta y gestiona las alteraciones en la esfera íntima que pueden surgir con posterioridad al diagnóstico de la enfermedad. En consecuencia, estos componentes culturales y emocionales pueden condicionar tanto la vivencia de la sexualidad como las estrategias adoptadas frente a la disfunción sexual (24).

3.1.3. Factores psicológicos

Los determinantes de naturaleza psicológica ocupan una posición nuclear en la génesis y evolución en base a la funcionalidad de la actividad coital, particularmente en mujeres diagnosticadas con carcinoma cervical. Ello se explica por la considerable carga psicoemocional que conlleva el proceso oncológico, incluyendo el impacto del diagnóstico, las intervenciones terapéuticas y las secuelas somáticas derivadas de dichas intervenciones. En este contexto, el estado de salud mental actúa como un modulador significativo de la esfera íntima, influyendo de manera directa y de forma reiterativa en la intensidad del deseo sexual y en el grado de satisfacción experimentado dentro de la vida sexual (25).

a) Ansiedad

Dentro de las alteraciones psicoemocionales asociadas al carcinoma cervical, la ansiedad se reconoce como una de las manifestaciones clínicas de mayor prevalencia, constituyéndose en un determinante significativo en la génesis y persistencia de las disfunciones sexuales femeninas. Este estado afectivo se distingue por la presencia reiterativa de sensaciones de aprensión, preocupación anticipatoria y tensión interna, configurando un cuadro de inquietud emocional sostenida. Tales manifestaciones tienden

a exacerbarse en distintos momentos del proceso oncológico particularmente tras la confirmación diagnóstica, durante la implementación de las intervenciones terapéuticas y a lo largo del período de vigilancia clínica generando repercusiones que pueden interferir de manera directa y bienestar íntimo de la mujer (26).

La incertidumbre vinculada al pronóstico clínico, junto con el temor persistente ante una posible recurrencia de la patología y la anticipación de sensaciones dolorosas o de malestar durante la interacción sexual, constituyen elementos psicoemocionales que inciden de manera significativa en la intensificación de los estados ansiosos. Estos factores, de forma concomitante y reiterativa, favorecen la instauración de una respuesta anticipatoria de preocupación y tensión emocional, la cual puede amplificar la percepción de amenaza y contribuir al incremento sostenido de los niveles de ansiedad (26).

Desde la perspectiva de la funcionalidad sexual femenina, los estados ansiosos ejercen una interferencia directa sobre los componentes del deseo erótico y los mecanismos de excitación sexual. Esto se explica porque la activación sostenida de las respuestas fisiológicas vinculadas al estrés caracterizadas por procesos neuroendocrinos y autonómicos de alerta tiende a obstaculizar el funcionamiento habitual de los sistemas que regulan la respuesta sexual. De manera concomitante y reiterativa, esta activación psicofisiológica puede alterar la dinámica normal donde se aborda como la fase de excitación y la activación del libido conforme el coito afectando así la adecuada expresión de la sexualidad femenina (15).

En mujeres diagnosticadas con carcinoma cervical, los estados ansiosos pueden inducir procesos de hipervigilancia somática, caracterizados por una atención excesiva hacia las modificaciones anatómicas o funcionales del propio cuerpo. Esta focalización persistente

suele acompañarse de preocupaciones intensificadas respecto a los cambios corporales y de temores relacionados con una eventual desaprobación o rechazo por parte de la pareja, circunstancias que interfieren de manera directa en la construcción de la intimidad sexual. De forma concomitante, la anticipación ansiosa frente a la posibilidad de experimentar dolor durante el coito particularmente en presencia de dispareunia puede favorecer conductas de evitación de la actividad sexual. Este patrón evitativo, reiterado en el tiempo, tiende a consolidar un círculo disfuncional en el que las alteraciones de la vida sexual y el malestar psicoemocional se retroalimentan de manera recíproca (27).

De manera complementaria, los estados ansiosos pueden interferir de forma significativa en los procesos de interacción comunicativa tanto con la pareja como con los profesionales del ámbito sanitario, generando restricciones en la exteriorización de inquietudes, necesidades y percepciones vinculadas con la esfera sexual. Esta limitación comunicacional, reiterada en el tiempo, tiende a obstaculizar la adecuada verbalización de preocupaciones íntimas y la búsqueda de orientación especializada. En consecuencia, la ansiedad no solo ejerce una influencia directa sobre medios fisiológicos y psicológicos que se adhieren a una reacción al acto de la excitación femenina, sino que también modula de manera concomitante la valoración subjetiva del grado de satisfacción sexual y la apreciación global en base al estilo de vida que se muestran en las mujeres que muestran un pronóstico de con carcinoma cervical (26).

b) Depresión

Dentro de las alteraciones psicopatológicas observadas en mujeres diagnosticadas con carcinoma cervical, la depresión se reconoce como una de las condiciones de mayor prevalencia clínica. Este trastorno afectivo, caracterizado por un estado persistente de

abatimiento emocional y disminución del interés vital, mantiene una relación estrecha y reiterativa con la aparición que son las variaciones en la funcionalidad de la actividad coital de la femenina, configurándose como un determinante relevante en la incitación inicial y mantenimiento del bajo libido (28).

Este cuadro psicopatológico se distingue por la presencia persistente de un estado afectivo disfórico, acompañado de una marcada anhedonia habituales. De manera concomitante, suelen manifestarse percepciones de minusvalía personal, reducción significativa de la vitalidad psicofísica y un deterioro general en los niveles de energía. Tales manifestaciones clínicas, de forma reiterativa, repercuten de manera directa en la esfera íntima, interfiriendo en la motivación erótica, en el involucramiento en las relaciones coitales y en el nivel general de satisfacción de la vivencia erótica (28).

La confirmación diagnóstica de carcinoma cervical, en conjunto con las repercusiones somáticas derivadas de las intervenciones terapéuticas y las modificaciones en la vida que se posee de sí mismo, puede constituirse en un desencadenante significativo para la aparición de sintomatología depresiva. Estas circunstancias, de manera simultánea y reiterativa, tienden a generar una carga psicoemocional considerable, favoreciendo la instauración de estados afectivos de abatimiento, desánimo persistente y alteraciones en el equilibrio emocional de la paciente (28).

En la esfera de la sexualidad femenina, los estados depresivos se asocian con una reducción marcada del impulso erótico, así como con limitaciones en los mecanismos fisiológicos de excitación y en la respuesta orgásmica, circunstancia que con frecuencia se traduce en una disminución sustancial del grado de satisfacción sexual. De manera concomitante, las mujeres que cursan con sintomatología depresiva suelen desarrollar

representaciones negativas de su corporeidad y de su identidad femenina, configurando percepciones desfavorables que inciden de forma reiterativa en la autovaloración personal y en la disposición para participar en la actividad sexual (29).

En el contexto específico del carcinoma cervical, estas alteraciones tienden a intensificarse debido a la coexistencia de secuelas somáticas derivadas del tratamiento oncológico, entre ellas donde la disminución del líquido del segmento de la vagina, la presencia de dolor durante la interacción sexual y estados persistentes de fatiga, factores que, en conjunto, profundizan el deterioro de la vida íntima (29).

De manera adicional, la presencia de sintomatología depresiva puede incidir desfavorablemente en el grado de adherencia a los esquemas terapéuticos oncológicos, así como en la participación activa de la paciente dentro de su propio proceso de recuperación clínica. Esta disminución en el involucramiento terapéutico, de forma concomitante y reiterativa, repercute indirectamente en el bienestar sexual y en la estabilidad psicoemocional. La coexistencia de depresión y alteraciones en la funcionalidad sexual configura un cuadro de impacto multidimensional que compromete en el cuidado bienestar de vida, la dinámica de las relaciones interpersonales y el equilibrio afectivo de las mujeres afectadas. En consecuencia, la detección precoz y la intervención oportuna sobre los estados depresivos se constituyen en estrategias fundamentales para favorecer al cuidado de la sanidad sexual y promover el cuidado integral en mujeres diagnosticadas con carcinoma cervical (30).

3.2. Disfunción sexual

La disfuncionalidad sexual femenina se conceptualiza como una alteración persistente o reiterativa que compromete una o varias etapas del ciclo de respuesta sexual, generando

repercusiones negativas tanto en la esfera interpersonal. En el contexto del carcinoma cervical, estas alteraciones de la funcionalidad sexual se presentan con una frecuencia considerable, aunque con frecuencia permanecen insuficientemente identificadas o subdiagnosticadas en la práctica clínica. Su aparición se encuentra vinculada, de manera simultánea y reiterativa, a múltiples determinantes, entre los que destacan las modificaciones fisiológicas derivadas del proceso patológico y de las intervenciones terapéuticas, así como los factores de índole psicológica y sociocultural que acompañan la experiencia oncológica (31).

Diversas investigaciones científicas evidencian que el carcinoma cervical ejerce una influencia considerable sobre la sexualidad femenina, generando modificaciones en múltiples dimensiones de la respuesta sexual. Entre las alteraciones más reportadas se encuentran la reducción del impulso erótico, limitaciones en los mecanismos de excitación, disminución de la lubricación vaginal y dificultades en la respuesta orgásmica, así como una merma en el nivel de satisfacción sexual (32).

De manera concomitante, también se observa un incremento en la presencia de algia durante el coito, circunstancia que intensifica las limitaciones en la vida íntima. Estas repercusiones, de forma reiterativa, impactan de manera desfavorable, en la autovaloración construcción subjetiva de la identidad femenina. En este escenario, la valoración sistemática y estructurada de la funcionalidad sexual adquiere una relevancia fundamental, ya que permite reconocer de manera temprana y facilita la formulación de intervenciones integrales orientadas a la preservación del bienestar biopsicosocial de las pacientes (32).

3.2.1. The Female Sexual Function Index (FSFI)

El FSFI constituye un instrumento psicométrico estandarizado de amplia difusión en el ámbito clínico e investigativo para la valoración de la funcionalidad sexual femenina. Este cuestionario fue diseñado por Rosen y su equipo de investigadores con la finalidad de realizar una medición integral y multidimensional de los principales componentes que conforman la respuesta sexual de la mujer, considerando específicamente las experiencias registradas durante las cuatro semanas previas a la evaluación (33).

Desde el punto de vista metodológico, el FSFI ha evidenciado propiedades psicométricas robustas, caracterizadas por elevados niveles de validez y consistencia interna, lo que respalda su aplicabilidad científica. De manera adicional y reiterativa, dicho instrumento ha sido sometido a procesos de validación en diversos contextos socioculturales y en múltiples grupos poblacionales, incluyendo mujeres que presentan enfermedades crónicas y patologías de naturaleza oncológica (33).

El FSFI está estructurado a partir de un total de 19 reactivos distribuidos en seis dimensiones nucleares, cada uno de estos dominios explora componentes específicos de la vivencia sexual de la mujer, permitiendo una aproximación analítica y multidimensional al funcionamiento sexual. De manera metodológica, las puntuaciones obtenidas en cada dimensión son ponderadas y posteriormente integradas para calcular un puntaje global del instrumento. Dicho valor total, de forma concomitante y reiterativa, facilita la clasificación del estado de la actividad coital de las mujeres, permitiendo establecer la presencia o ausencia de disfunción sexual a partir de puntos de corte previamente definidos y respaldados por la literatura científica especializada (34).

En mujeres con cáncer cervical, el FSFI este instrumento adquiere una utilidad particularmente relevante debido a su capacidad analítica para detectar alteraciones específicas vinculadas a las secuelas derivadas de las intervenciones terapéuticas oncológicas. Entre dichas manifestaciones se incluyen, de manera recurrente, la reducción del impulso o deseo sexual, condiciones que afectan directamente la funcionalidad sexual femenina. De forma adicional y concomitante, la aplicación del FSFI permite establecer comparaciones metodológicamente consistentes entre distintos estudios científicos, favoreciendo la sistematización de resultados y la producción de evidencia empírica acerca de la magnitud, frecuencia y particularidades de la disfunción sexual en esta población clínica (33).

El uso del FSFI en el ámbito investigativo, la aplicación de este instrumento no se limita únicamente en cuantificación de las variaciones en la funcionalidad de actividad coital en mujeres, sino que también posibilita la orientación de estrategias de intervención de carácter clínico y psicosocial. Esta capacidad analítica, de manera simultánea y reiterativa, contribuye al diseño de abordajes terapéuticos integrales enfocados en la preservación y recuperación de la salud sexual en mujeres pronósticos con carcinoma cervical se configura como un recurso metodológico de gran relevancia para la evaluación y análisis de la variable dependiente considerada en la presente investigación (34).

Fisiopatología de la disfunción sexual posterior al tratamiento oncológico en cáncer cervical

La disfunción sexual representa una de las complicaciones más frecuentes en mujeres que han recibido tratamiento por cáncer cervical. Esta alteración puede surgir como consecuencia de diversos mecanismos fisiopatológicos relacionados con las terapias

oncológicas, las cuales producen cambios estructurales, hormonales, vasculares y neurológicos en los órganos pélvicos. Dichas modificaciones pueden afectar las distintas fases de la respuesta sexual femenina, como el deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo. En este contexto, muchas pacientes presentan disminución del deseo sexual, sequedad vaginal, dolor durante las relaciones sexuales y dificultades para alcanzar el orgasmo, situaciones que repercuten negativamente en su calidad de vida y bienestar emocional (35).

Los tratamientos empleados para el manejo del cáncer cervical incluyen principalmente la cirugía, la radioterapia y la braquiterapia. Aunque estas intervenciones son fundamentales para el control de la enfermedad, también pueden generar efectos secundarios que impactan la función sexual debido al daño que ocasionan en los tejidos y estructuras nerviosas de la región pélvica (36).

Fibrosis vaginal asociada a radioterapia

La radioterapia pélvica es una de las modalidades terapéuticas más utilizadas en el tratamiento del cáncer cervical; sin embargo, su aplicación puede provocar alteraciones importantes en los tejidos vaginales. La exposición a la radiación produce procesos inflamatorios que con el tiempo favorecen la formación de fibrosis en la mucosa vaginal.

Como consecuencia, se presenta una pérdida progresiva de la elasticidad del tejido vaginal, reducción de la lubricación natural, acortamiento del canal vaginal y estrechamiento de la cavidad vaginal. Estos cambios pueden generar dolor durante las relaciones sexuales, conocido como dispareunia, así como dificultades para mantener una vida sexual satisfactoria. Además, la fibrosis puede afectar la vascularización del tejido vaginal, lo que limita la respuesta fisiológica durante la excitación sexual (37).

Insuficiencia ovárica inducida por tratamiento

Otro mecanismo relevante en el desarrollo de disfunción sexual es la insuficiencia ovárica secundaria al tratamiento oncológico. Tanto la radioterapia pélvica como algunos esquemas de quimioterapia pueden afectar el funcionamiento de los ovarios al dañar los folículos ováricos y disminuir la producción de hormonas sexuales, especialmente los estrógenos. La disminución de estas hormonas puede provocar una menopausia temprana o inducida por tratamiento, lo que se asocia con síntomas como sequedad vaginal, atrofia de la mucosa vaginal, disminución del deseo sexual y alteraciones en la respuesta sexual femenina. Estos cambios hormonales influyen de manera significativa en la aparición de disfunción sexual en mujeres que han sido tratadas por cáncer cervical (38).

Neuropatía autonómica pélvica

La respuesta sexual femenina depende en gran medida de la adecuada función de los nervios pélvicos, los cuales participan en los procesos de excitación, lubricación y orgasmo. Durante algunos procedimientos quirúrgicos, especialmente en la histerectomía radical, o como resultado de la radioterapia, pueden producirse lesiones en los plexos nerviosos autonómicos localizados en la pelvis. El daño en estas estructuras nerviosas puede provocar alteraciones en la sensibilidad genital y en los mecanismos fisiológicos relacionados con la respuesta sexual. Como resultado, las pacientes pueden experimentar disminución de la excitación sexual, menor intensidad del orgasmo y reducción en la satisfacción sexual (39).

Efectos de la radioterapia pélvica en la función sexual

La radioterapia pélvica constituye un componente importante en el tratamiento del cáncer cervical, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad. No obstante, este tratamiento puede ocasionar diversas complicaciones que afectan la salud sexual de las pacientes. Entre los efectos más frecuentes se encuentran la sequedad vaginal, la disminución de la elasticidad de los tejidos vaginales, la estenosis vaginal y la aparición de dolor durante las relaciones sexuales. Estas alteraciones se deben principalmente al daño en los tejidos y en los vasos sanguíneos de la región pélvica, lo que reduce la capacidad de lubricación y la respuesta fisiológica durante la actividad sexual (40).

Efectos de la braquiterapia

La braquiterapia es una forma de radioterapia interna que permite administrar dosis elevadas de radiación directamente en la zona tumoral o en tejidos cercanos al cuello uterino. A pesar de su eficacia en el tratamiento del cáncer cervical, esta modalidad terapéutica también puede generar cambios en la anatomía y funcionalidad de la vagina.

Entre las principales consecuencias se encuentran la fibrosis vaginal, la disminución de la longitud vaginal y alteraciones en la mucosa vaginal, factores que pueden provocar dispareunia y reducción de la actividad sexual. Estas modificaciones pueden influir de manera significativa en la calidad de vida y en la salud sexual de las pacientes (40).

Efectos de la histerectomía radical

La histerectomía radical es un procedimiento quirúrgico utilizado con frecuencia en el tratamiento del cáncer cervical en etapas tempranas. Esta intervención implica la extirpación del útero, el cuello uterino y parte de los tejidos circundantes, lo que puede

generar modificaciones anatómicas y funcionales en la región pélvica. Durante el procedimiento quirúrgico pueden verse afectados los nervios pélvicos responsables de la función sexual. La lesión de estas estructuras puede ocasionar disminución de la lubricación vaginal, reducción de la sensibilidad genital y dificultad para alcanzar el orgasmo. Asimismo, los cambios físicos y emocionales asociados a la cirugía pueden influir en la percepción de la sexualidad y en la satisfacción sexual de las pacientes (35).

3.2. Antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes internacionales

Título: Los agentes de función sexual en la mujer asociado a diagnóstico de cáncer cervical.

Autor: Martha Martínez Gutiérrez

Objetivo: Establecer el vínculo existente entre la vida sexual, la valoración personal y la capacidad de adaptación ante la adversidad en pacientes con diagnóstico de carcinoma de cérvix.

Método: Para la pesquisa estudiada se efectuó mediante una táctica de observación y se aplicó una estructuración de forma analítica y se efectuó mediante una medición de un solo período de origen transversal de asociación en mujeres que pasan los 18 derechohabientes de la UMF N.º 6 de San Juan de Río, Querétaro, donde los hallazgos que se obtuvieron en la zona cervical. El tamaño muestral fue de 230 pacientes (115 con displasia cervical y 115 sin displasia), calculado mediante fórmula para comparación de dos proporciones, con muestreo por cuota. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores biológicos, vinculados a la salud reproductiva y a los hábitos cotidianos, además de las dimensiones de la esfera íntima, la valoración personal y la capacidad de sobreponerse a la adversidad. El

procesamiento estadístico comprendió proporciones, rangos de estimación poblacional y el testeo de Chi-cuadrado.

Resultados: En lo concerniente a la cohesión estadística hallada, se evidenció una correlación significativa entre la displasia cervical y el menoscabo de la esfera íntima ($\chi^2 = 34,50$; $p = 0,00$), del mismo modo que se corroboró un nexo entre la escasa valoración personal y la displasia cervical ($\chi^2 = 10,84$; $p = 0,04$), y de manera análoga, la capacidad disminuida de sobreponerse a la adversidad exhibió vinculación con dicha patología ($\chi^2 = 19,21$; $p = 0,000$). En la cohorte diagnosticada con displasia cervical, poco más de la mitad de las pacientes específicamente el 55,7% manifestó alteraciones en su funcionalidad sexual, en tanto que el 44,3% restante no evidenció compromiso alguno en dicha esfera. En cuanto a la autopercepción del valor personal, el 66,1% de las evaluadas ostentó una valoración elevada, el 32,2% una valoración intermedia y únicamente el 1,7% una valoración deficiente. En lo referente a la capacidad de resiliencia entendida como la aptitud para sobreponerse y readaptarse ante circunstancias adversas el 61,7% alcanzó un estrato superior, mientras que el 19,1% se situó en estratos intermedios e inferiores, reflejando así una distribución heterogénea en la fortaleza psicoemocional de la población estudiada.

Conclusión: Se determinó la existencia de la funcionalidad sexual, los niveles de autoestima y la capacidad de resiliencia con los resultados obtenidos en la citología cervical y ponen de manifiesto de manera reiterativa la influencia que el diagnóstico de displasia cervical puede ejercer sobre las dimensiones psicológicas y sobre la esfera de la sexualidad femenina. En consecuencia, se evidencia que la confirmación de alteraciones citológicas no solo posee implicancias clínicas, sino también repercusiones psicoemocionales y sexuales en las mujeres evaluadas (41).

Título: Alteraciones en la esfera íntima en pacientes que superaron el carcinoma de cérvix: un análisis de carácter exploratorio.

Autor: Neha Mishra, Nilanchali Singh, Mohini Sachdeva, Prafull Ghatage

Objetivo: Consolidar los hallazgos existentes acerca de las alteraciones en la funcionalidad íntima en pacientes que han superado el carcinoma de cérvix, así como los elementos vinculados a dicho trastorno una vez concluida la intervención oncológica.

Método: Revisión de estudios cualitativos y cuantitativos que evaluaron la función sexual, factores psicosexuales y estrategias de manejo que se generan en mujeres pacientes que lograron superar el carcinoma de cérvix y que fueron sometidas a distintas alternativas terapéuticas.

Resultados: Los estudios revisados evidenciaron una disminución significativa de la función sexual después del tratamiento, independientemente de la modalidad terapéutica. Entre el 50 % y 80 % de las sobrevivientes presentaron algún nivel de alteración en la esfera íntima. Las manifestaciones con mayor prevalencia fueron la disminución o ausencia del apetito sexual (40–70%), falta de lubricación (45–65%), dispareunia (30–60%) y reducción del calibre vaginal. Las pacientes más jóvenes mostraron mayor afectación del bienestar sexual en comparación con las de mayor edad. Asimismo, la mayor radicalidad quirúrgica se asoció con mayor severidad de disfunción sexual. Se evidenció una escasa existencia de estrategias eficaces orientadas a la prevención y manejo de dichas perturbaciones.

Conclusión: Las alteraciones en la funcionalidad íntima comprometieron a una elevada proporción de pacientes que superaron el carcinoma de cérvix, poniendo de manifiesto la imperante necesidad de una atención holística e interdisciplinaria. Se subrayó la relevancia

de diseñar estrategias de intervención psicosexual que involucren a especialistas en ginecología con el propósito de optimizar el bienestar integral de las pacientes y sus compañeros de vida (42).

3.2.1. Antecedentes nacionales

Título: El cuidado integral y esfera íntima en pacientes sometidas a histerectomía a causa del carcinoma de cérvix, Lima, 2022.

Autor: Granados Pazos CA.

Objetivo: Establecer el nexo existente entre el bienestar integral y la esfera íntima en pacientes sometidas a histerectomía como consecuencia del carcinoma de cérvix.

Método: Estudio cuantitativo, correlacional y transversal realizado en 106 pacientes histerectomizadas, con edades entre 26 y 65 años ($M = 47,55$; $DE = 9,69$), tratadas en un centro especializado oncológico, Lima. Se administraron los instrumentos de evaluación QLQ-C30, QLQ-CX24 y el IFSF

Resultados: En cuanto a las diferencias según el grupo etario, las pacientes con menos de 45 años exhibieron una mayor funcionalidad sexual global ($d = 0,58$; $p = 0,02$) y una respuesta de excitación más pronunciada ($d = 0,73$; $p = 0,01$); en contraposición, las pacientes que superaban dicha edad manifestaron una mayor presencia de apetito sexual ($d = 0,74$; $p = 0,00$) y capacidad orgásmica ($d = 0,58$; $p = 0,02$). Se corroboró la vinculación entre la esfera íntima y el equilibrio psicoafectivo, el agotamiento físico y la sintomatología álgica. Cabe destacar que la instrucción recibida por las pacientes no constituyó una variable discriminante en los resultados obtenidos, al no evidenciarse discrepancias estadísticamente relevantes en función de dicho parámetro.

Conclusión: Se constató un vínculo estadísticamente relevante entre el bienestar integral y la esfera íntima, poniendo de manifiesto la imperante necesidad de incorporar la dimensión sexual dentro del manejo holístico del carcinoma de cérvix. (43).

Título: Elementos vinculados a las alteraciones en la esfera íntima durante la etapa posterior a la intervención terapéutica sujetos que poseen antecedentes de carcinoma de cérvix en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Autor: Chávez Quispe DC, Ybáñez Gómez RB

Objetivo: Caracterizar el vínculo existente entre los elementos predisponentes a las alteraciones en la funcionalidad íntima durante la fase posterior a la intervención terapéutica en pacientes con antecedente diagnóstico previo.

Método: para la ejecución de dicha indagación se empleó una búsqueda de una forma narrativa que se comprende para las redacciones que son de un ámbito científico relacionada con calidad de vida, función sexual, enfermedades crónicas y cáncer cervicouterino, considerando estudios que analizan aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como las consecuencias de los tratamientos oncológicos invasivos.

Resultados: Los datos científicos indican que el bienestar en el ámbito sanitario constituye un constructo de origen múltiple que abarca la esfera íntima y la auto percepción de la corporalidad. Se reportó que entre el 40 % y 70 % de las mujeres con enfermedades crónicas presentan deterioro en el cuidado del bienestar. Sobre un diagnóstico que da procedente de presencia de cáncer cervicouterino, entre el 50 % y 80 % de las pacientes sometidas a radioterapia o quimiorradioterapia desarrollan algún grado de disfunción sexual, manifestada principalmente como disminución del deseo sexual (45–65 %), dispareunia

(30–60 %) y alteraciones de la imagen corporal. Asimismo, se evidenció una mayor presencia de síntomas depresivos y de escala global, las neoplasias malignas se posicionaron como la segunda etiología de mortalidad, concentrando aproximadamente 1,3 millones de decesos anuales; en tanto que, en el territorio peruano, el carcinoma de cérvix se consolidó entre las patologías oncológicas de mayor impacto en la población femenina, con diagnósticos que con frecuencia se realizan en estadios avanzados. En lo concerniente a la esfera psicoemocional, la menoscabada valoración personal se evidenció en más del 40 % de las pacientes afectadas por dicha patología, constituyendo una manifestación psicológica de considerable prevalencia en este grupo poblacional.

Conclusión: El bienestar integral de las pacientes que padecen carcinoma de cérvix se ve considerablemente comprometido por las alteraciones en la esfera íntima y las transformaciones orgánicas y psicoafectivas derivadas tanto de la patología en sí como de las intervenciones terapéuticas a las que son sometidas. (44).

Título: Elementos vinculados a las alteraciones en la funcionalidad íntima en sujetos tratadas en el centro médico de nivel III-Chiclayo-Perú

Autor: Díaz Vélez Cristian y Samalvides Cuba Frine.

Objetivo: Determinar los elementos predisponentes a las alteraciones en la esfera íntima en pacientes que acuden a un establecimiento de salud.

Material y método: investigación que son apareados por grupo etario e índice de masa corporal, llevada a cabo en pacientes de un rango de 18 a 59 años que asistieron a consulta ambulatoria. Se empleó el IFSF para categorizar como mayor o igual a 24 puntos y los mismo en el control, siendo las variables a examinar el síndrome metabólico definido

conforme a los criterios de la FID la sintomatología ansiosa y depresiva mediante instrumentos previamente validados; así como la presencia de climaterio, hábito tabáquico, condición sanitaria, vínculo conyugal, nivel de escolaridad, actividad laboral y paridad obstétrica.

Resultados: En el análisis multivariado mediante regresión logística, los elementos predisponentes identificados fueron el vínculo conyugal en convivencia (OR = 8,11; IC = 95%: 2,36-17,84), el hábito tabáquico (OR = 2,26; IC = 95%: 1,08-4,76), la sintomatología ansiosa (OR = 1,21; IC = 95%: 1,10-1,45) y la condición de salud deteriorada (OR = 1,50; IC = 95%: 1,26-1,94); mientras que el vínculo conyugal matrimonial constituyó un elemento protector (OR = 0,58; IC = 95%: 0,33-0,87). La muestra estuvo conformada por 342 pacientes del sexo femenino e IMC de $25,2 \pm 3,5$; el 45,9% (157) ostentaba vínculo matrimonial, el 53,5% (183) poseía escolaridad secundaria, el 41,5% (142) se dedicaba a labores domésticas, el 17,8% (61) se hallaba en etapa climatérica y el 34,8% en una numeración de un 119 cursaba con síndrome. Adicionalmente, el 32,7% (112) presentaba patología crónica, el 16,4% (56) manifestaba sintomatología ansiosa, el 5% (17) cuadro depresivo y el 35,1% (72) consumía medicación. En el procesamiento bivariado, la condición de viudez, la situación laboral de jubilación, dos gestaciones previas, el deterioro del estado sanitario, la patología crónica, el tabaquismo, la sintomatología ansiosa y depresiva emergieron como elementos predisponentes, en tanto que el vínculo matrimonial y la escolaridad superior se configuraron como factores de protección.

Conclusiones: Se identificó que la presencia de disfunción sexual femenina mantiene una relación significativa con determinados factores sociodemográficos y conductuales, entre los cuales destacan la condición conyugal de mujer casada o conviviente, los niveles

elevados, la autopercepción de una sección de un rango general de sanidad y el accionar de tabáquico. Estos determinantes, de manera simultánea y reiterativa, pueden incidir en la aparición o intensificación de alteraciones en la funcionalidad sexual femenina (45).

Título: Esfera íntima en pacientes que superaron el carcinoma que se hallan por la sección del cuello uterino.

Autor: Luz Angelica Rojas Quispe

Objetivo: Evaluar las repercusiones en la funcionalidad íntima de las pacientes que lograron superar el carcinoma que se ubica en la sección del cuello uterino.

Método: La reciente pesquisa se efectuó mediante una revisión narrativa de redacciones de dirección científica relacionada con sexualidad, calidad de vida y cáncer de cérvix, considerando estudios que evaluaron los efectos físicos, psicológicos y emocionales de los tratamientos oncológicos, así como el abordaje del tema en la práctica clínica.

Resultados: A pesar de la elevada prevalencia de estas alteraciones, la incorporación de la dimensión sexual durante la consulta oncológica resultó notoriamente deficiente, abordándose en menos del 30% de los encuentros clínicos, condicionado por determinantes culturales, confesionales y sociales inherentes tanto a las pacientes como al personal sanitario. Desde la perspectiva psicoemocional, el menoscabo de la autopercepción y las distorsiones en el esquema corporal se evidenciaron en más del 40% de las pacientes, concomitantemente con manifestaciones de angustia y sintomatología depresiva en aproximadamente el 30–50% de los casos. Los hallazgos científicos demostraron que la esfera íntima se ve comprometida. Entre el 50% y 80% de las pacientes sometidas a intervención quirúrgica, quimioterapia o radioterapia evidenciaron algún grado de deterioro

en su funcionalidad sexual. Las manifestaciones orgánicas de mayor prevalencia comprendieron la dispareunia (40–70%), las modificaciones en la mucosa vaginal tales como atrofia o estenosis (30–60 %) y el climaterio precoz inducido (35–55%).

Conclusión: Se concluye que resulta imperativo potenciar la producción científica y la formación del personal sanitario para abordar la dimensión sexual de manera holística y asertiva, posibilitando así la implementación de estrategias de intervención oportunas que coadyuven al equilibrio orgánico, psicoafectivo y emocional de las pacientes (46).

Título: Función sexual en mujeres durante el climaterio atendidas en un hospital de Lima, Perú.

Autor: Torres M, Rodríguez L.

Objetivo: Evaluar la función sexual y los factores asociados en mujeres durante el período del climaterio.

Método: Estudio descriptivo y transversal realizado en mujeres en etapa de climaterio atendidas en un hospital de Lima. La función sexual fue evaluada mediante el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), considerando variables sociodemográficas y ginecológicas.

Resultados: Se encontró que el 62,4% de las mujeres presentó algún grado de disfunción sexual, siendo más frecuente en las dimensiones de deseo (48,1%), lubricación (41,7%) y satisfacción (39,5%). Asimismo, se evidenció que la edad mayor de 50 años y la condición menopáusica se asociaron significativamente con mayor frecuencia de disfunción sexual ($p < 0,05$).

Conclusión: La disfunción sexual femenina durante el climaterio constituye un problema relevante de salud que puede afectar la calidad de vida de las mujeres, por lo que se

recomienda incluir la evaluación de la función sexual dentro de la atención ginecológica integral (47).

3.2.1. Antecedentes Locales

No se ha encontrado

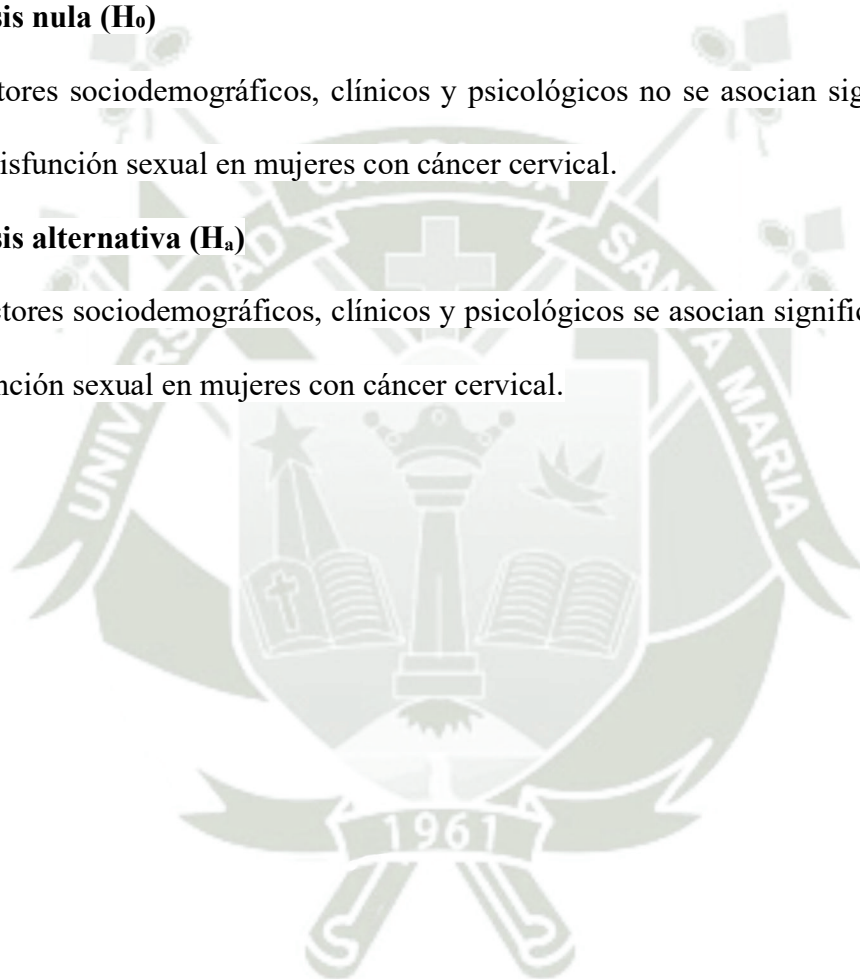
4. HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H_0)

Los factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos no se asocian significativamente con la disfunción sexual en mujeres con cáncer cervical.

Hipótesis alternativa (H_a)

Los factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos se asocian significativamente con la disfunción sexual en mujeres con cáncer cervical.



CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

Para las variables se empleó la encuesta, a través de un instrumento estructurado.

1.2 Instrumentos

Se utilizarán herramientas de creación propia y validadas para la recolección de datos:

- Encuesta estructurada para recopilar datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación) y clínicos (etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido, tiempo desde el diagnóstico).
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): instrumento utilizado para evaluar ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios. Consta de 14 ítems divididos en dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con un rango total de 0 a 21 para cada dimensión. Esta escala ha sido ampliamente utilizada en pacientes oncológicos y presenta adecuada consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach 0,93 (18).
- Índice de Función Sexual Femenina (FSFI): instrumento validado internacionalmente para evaluar la función sexual femenina. El puntaje total oscila entre 2 y 36 puntos, considerándose disfunción sexual un puntaje total menor de 26,55. La versión en español ha mostrado adecuada fiabilidad con valores de alfa de Cronbach superiores a 0,90 (19).

1.3 Materiales

Insumos de papelería, equipo de cómputo con plataforma operativa Windows 11, dotado de los paquetes ofimáticos Word y Excel de Microsoft 365, así como del software de procesamiento estadístico SPSS.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

La indagación se desarrolló en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), establecimiento de referencia especializado en la atención oncológica de la región sur Arequipa, Perú.

2.2 Ubicación temporal

La pesquisa se efectuó en 2025, donde se recolectó la información.

2.3 Ubicación de estudio

La unidad de estudio estuvo conformada por mujeres peruanas con diagnóstico de cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur durante el año 2025.

2.4 Estrategia de recolección de datos

2.4.1. Población

La población estuvo constituida por mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur) durante el año 2025. Las pacientes fueron identificadas a través de las consultas oncológicas y ginecológicas realizadas en dicha institución.

2.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 66 mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer cervical. Debido a la disponibilidad de pacientes durante el período de estudio y considerando las características de la población atendida en el establecimiento, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia,

incorporando a todas aquellas que satisficieron los criterios de elegibilidad definidos para el desarrollo del estudio.

2.5. Criterios de selección

2.5.1. Criterios de inclusión

- Mujeres peruanas con cáncer cervical.
- Mujeres peruanas con cáncer cervical superiores de 18 años.
- Pronóstico confirmado de cáncer cervical.
- Consentimiento informado firmado.
- Mujeres con actividad sexual reciente (últimos 6 meses).

2.5.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no sean peruanas con cáncer cervical.
- Historia previa de disfunción sexual o en tratamiento.
- Presencia de deficiencias cognitivas e incapacidad de expresar opiniones.
- Pacientes peruanas con cáncer cervical y enfermedades psiquiátricas graves.
- Mujeres peruanas con cáncer cervical que no deseen responder las encuestas.

2.6. Estrategia de recolección de datos

- En primer lugar, la propuesta investigativa fue enviada por vía digital a través de la plataforma académica institucional, en la cual se describieron de forma pormenorizada las metas que orientaron el desarrollo del presente estudio.
- Posteriormente, se presentó un oficio dirigido a la IREN Sur, solicitando la autorización correspondiente para la ejecución del estudio. En el mencionado escrito se registraron datos exhaustivos concernientes a la propuesta investigativa, así como las metas que guiaron su ejecución.

- Tras obtener el aval institucional correspondiente, se procedió a la administración de los instrumentos de la extracción de la data a las pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma de cérvix que satisficieron los criterios de elegibilidad, así como al examen de los registros clínicos con el propósito de recabar y verificar la información requerida.
- Finalmente, concluida la fase de obtención de la data pertinente, la información recabada fue organizada en matrices de doble entrada mediante el paquete ofimático Microsoft Excel, con la finalidad de proceder a su categorización, procesamiento estadístico e interpretación de los hallazgos.

2.6. Recursos

2.6.1. Humanos

- Investigadora: Aco Suárez, Ángela Mercedes
- Asesor: Dra. Nuñez Zevallos, Gladys Edith

2.6.2. Materiales

Se utilizaron cuestionarios impresos en hojas, útiles de escritorio y equipos informáticos para el procesamiento de la información.

2.6.3. Financieros

Autofinanciado

2.6.4. Aspectos éticos

Autorización institucional: El estudio contó con la autorización del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur) para el acceso y análisis de la información clínica de las mujeres incluidas en la investigación, asegurando el cumplimiento de las normas éticas y legales vigentes.

Confidencialidad y anonimato: Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes debido al contacto directo durante la aplicación de las encuestas y al uso de información de las historias clínicas. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y el anonimato mediante la codificación de los datos y la exclusión de información que permitiera identificar a las participantes.

3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

3.1. A nivel de recolección

Durante la ejecución de la extracción de la data se verificó la correcta aplicación de los instrumentos y el adecuado registro de la información, asegurando la integridad, consistencia y veracidad.

3.2. A nivel de sistematización

Los datos recolectados fueron codificados y organizados en una base de datos, lo que permitió su ordenamiento mediante tablas de frecuencia y tablas cruzadas, garantizando un manejo adecuado de la información para el análisis estadístico.

3.3. A nivel de estudio de datos

El procesamiento de la información recopilada se ejecutó a través de la aplicación de técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se utilizaron tablas de distribución porcentual para caracterizar las variables examinadas y tablas de contingencia para evaluar la asociación entre las mismas, aplicando el estadístico de independencia chi-cuadrado, con un umbral de significación estadística inferior a 0,05, permitiendo contrastar los objetivos planteados.



CAPÍTULO IV
RESULTADOS

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tabla 2. Factores sociodemográficos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

Factores sociodemográficos		Nº	%
Edad	De 18-29 años	8	12.1
	De 30-39 años	9	13.6
	De 40-50 años	24	36.4
	>50 años	25	37.9
Grado de instrucción	Primaria	24	36.4
	Secundaria	30	45.5
	Educación Superior	11	16.6
	Analfabeta	1	1.5
Estado civil	Soltera	13	19.7
	Casada	14	21.2
	Divorciada	5	7.6
	Viuda	5	7.6
	Conviviente	29	43.9

Nota: Cuestionario

En la Tabla 2 se visualizan la mayor proporción de mujeres con cáncer cervical corresponde a las mayores de 50 años (37,9%), en cuanto al grado de instrucción, predomina el nivel secundario (45,5%) y respecto al estado civil, la mayoría son convivientes (43,9%).

Figura 1. Factores sociodemográficos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

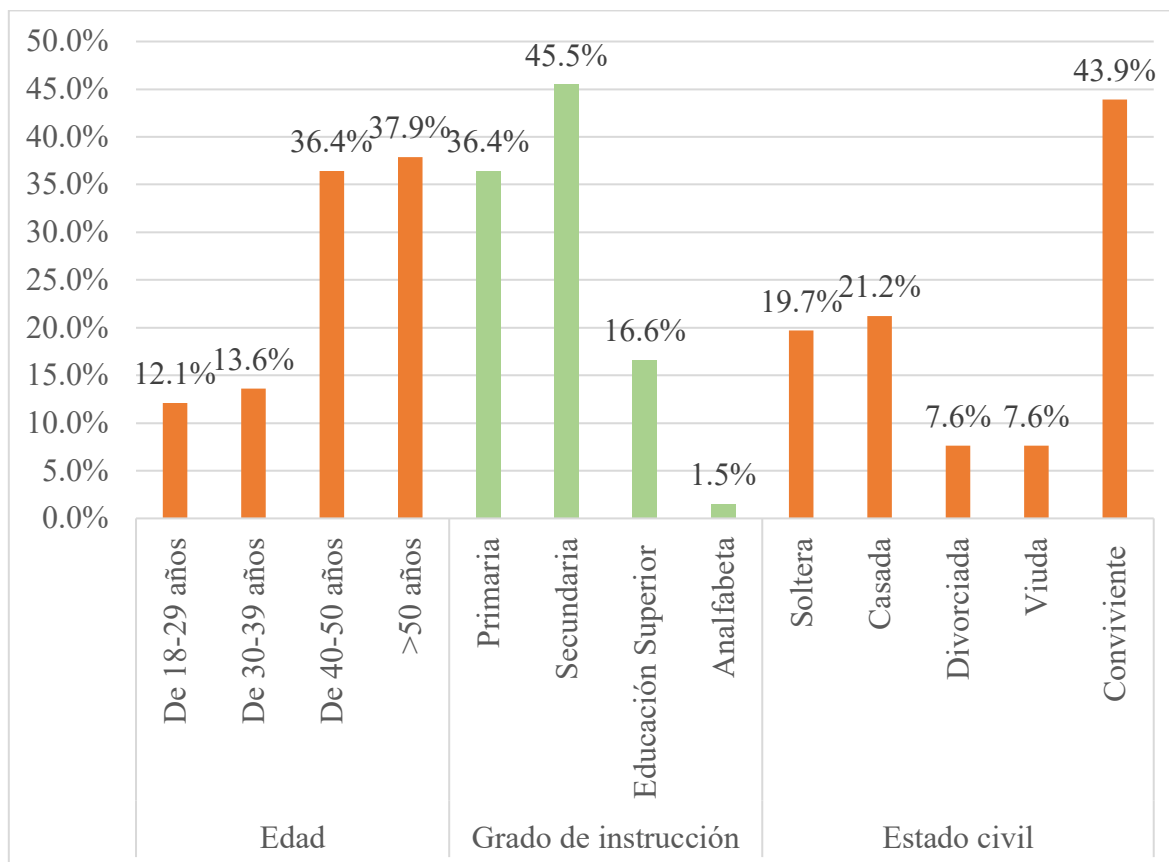


Tabla 3. Factores clínicos y ginecológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

Factores clínicos y ginecológicos		Nº	%
Estadio del cáncer	Estadio 1	22	33.3
	Estadio 2	14	21.2
	Estadio 3	24	36.4
	Estadio 4	6	9.1
Estado menstrual	Menopausia	32	48.5
	No menopausia	34	51.5
Tipo de tratamiento	Cirugía (cono frío, Histerectomía)	22	33.3
	Radioterapia	5	7.7
	Quimioterapia	21	31.8
	Braquiterapia	3	4.5
	Dos o más tratamientos	15	22.7
Número de parejas sexuales	1 pareja	11	16.7
	2 parejas	22	33.3
	Mas de 3	33	50.0

Nota: Cuestionario

En la Tabla 3 se visualiza que la mayor proporción de mujeres con cáncer cervical se encuentra en el estadio 3 (36,4%), en cuanto al estado menstrual predomina el grupo de mujeres sin menopausia (51,5%), respecto al tipo de tratamiento el más frecuente es la cirugía (33,3%), y en relación con el número de parejas sexuales, la mayoría refiere haber tenido más de tres parejas (50,0%).

Figura 2. Factores clínicos y ginecológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

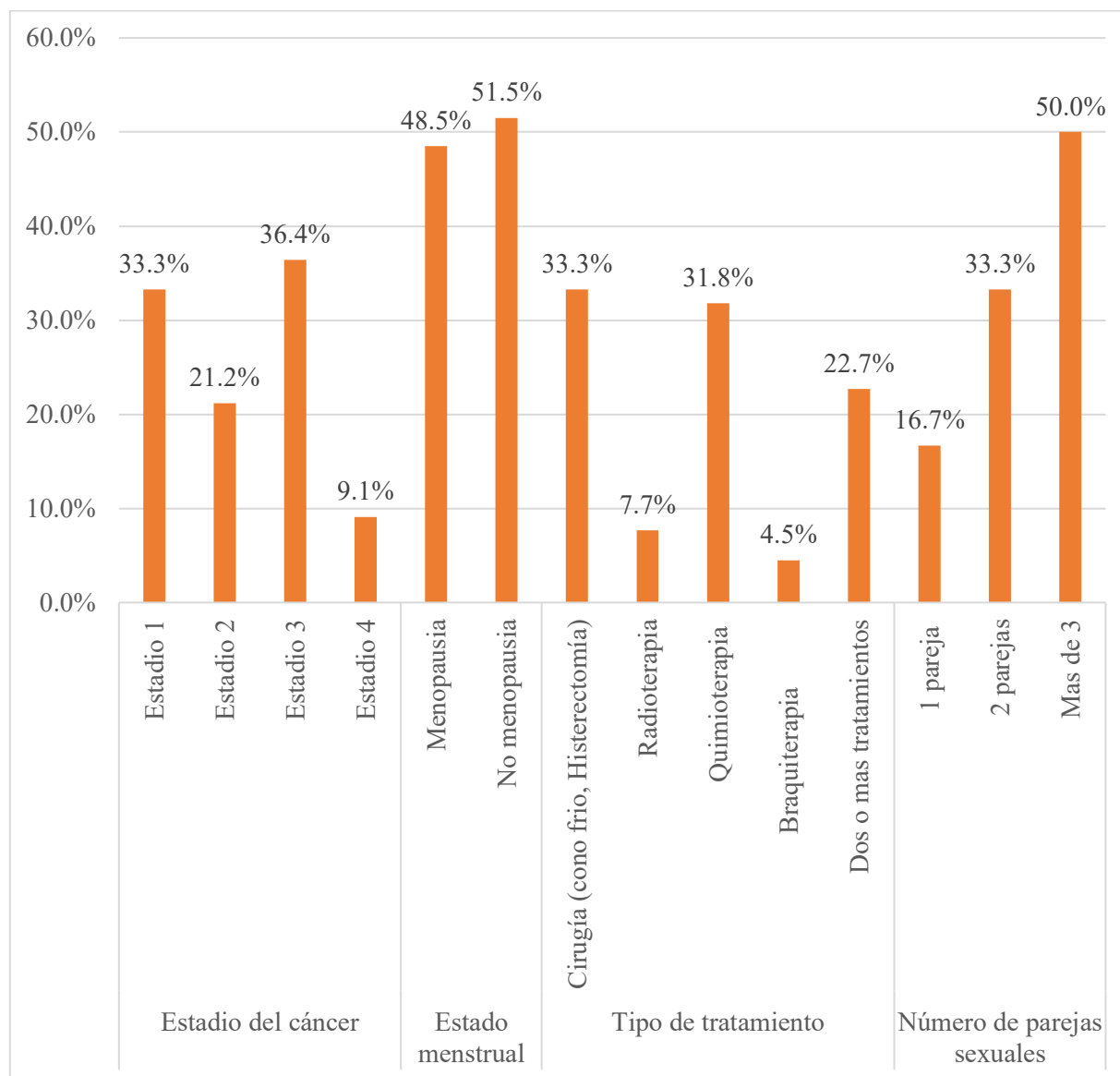


Tabla 4. Factores psicológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

Factores psicológicos		Nº	%
Ansiedad	Normal	28	42.4
	Posible	24	36.4
	Con Ansiedad	14	21.2
Depresión	Normal	15	22.7
	Posible	23	34.9
	Con depresión	28	42.4

Nota: Cuestionario

En la Tabla 4 se visualiza que, respecto a la ansiedad, la mayor proporción de mujeres se encuentra en el nivel normal (42,4%), seguido del nivel posible ansiedad (36,4%); mientras que en relación con la depresión, predomina el grupo de mujeres con depresión (42,4%), seguido de posible depresión (34,9%).

Figura 3. Factores psicológicos de las mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

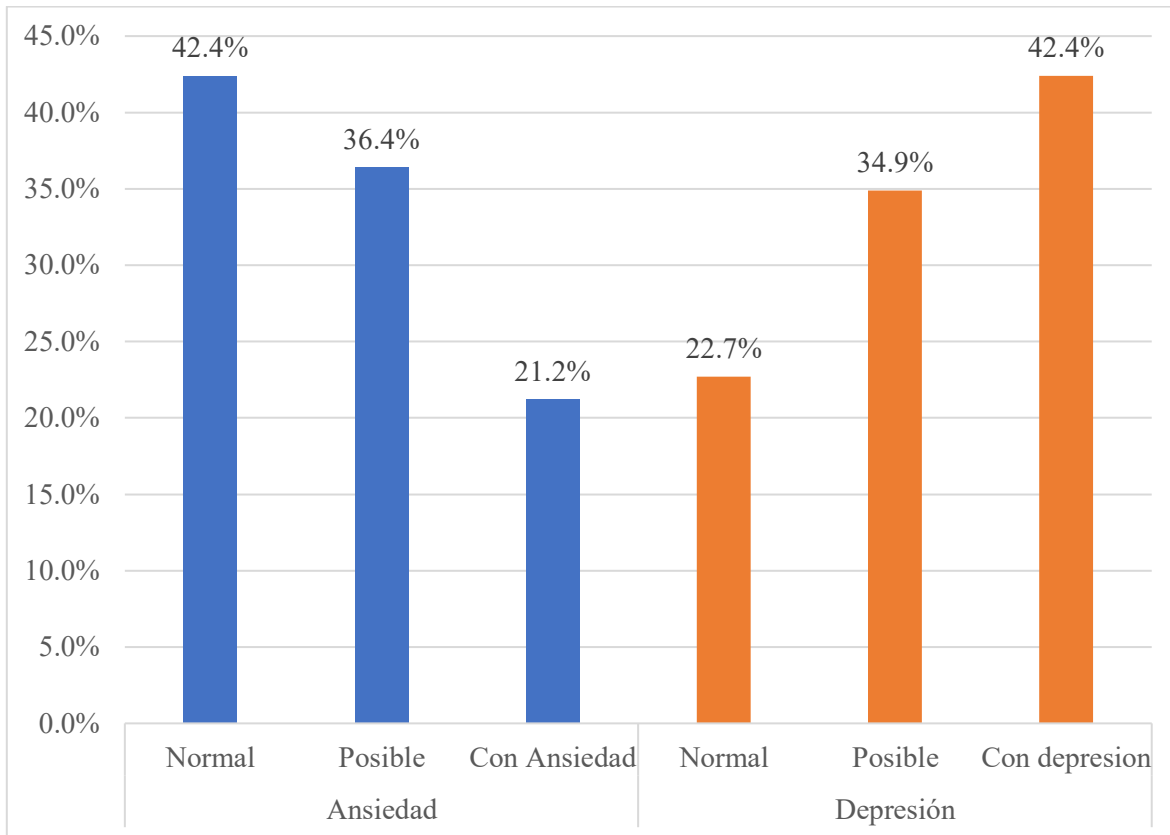


Tabla 5. Disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

Características de la disfunción sexual		Nº	%
Función Sexual Femenina	Con disfunción	57	86.4
	Sin disfunción	9	13.6
Total		66	100.0

Nota: Cuestionario

En la Tabla 5 se visualiza que la mayor proporción de mujeres con cáncer cervical presenta disfunción sexual (86,4%), mientras que una minoría no presenta disfunción (13,6%), evidenciando una alta frecuencia de alteraciones en la función sexual femenina.

Figura 4. Disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

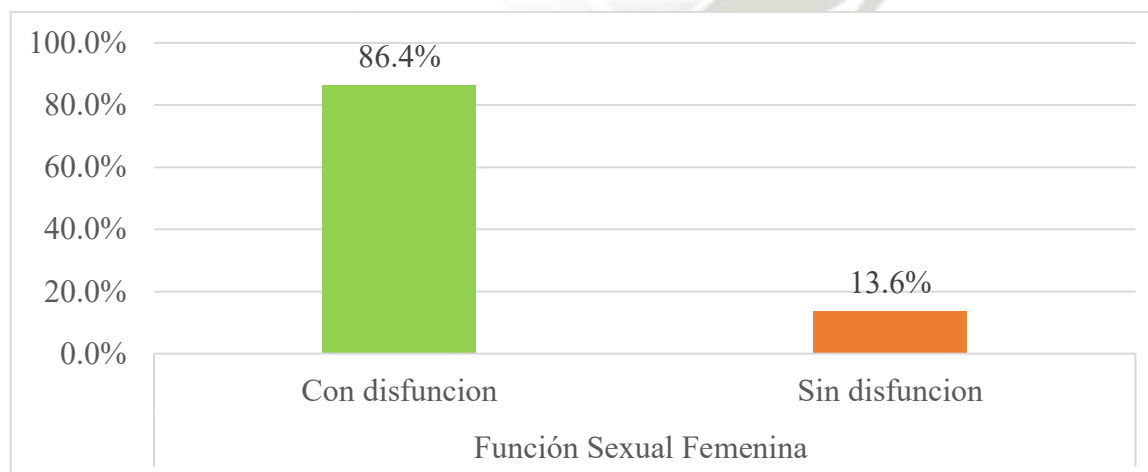


Tabla 6. Relación de los factores sociodemográficos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

factores sociodemográficos	Con disfunción		Sin disfunción		Chi2
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	
Edad					
De 18-29 años	5	7.6	3	4.5	X ² =8.56 p=0.036
De 30-39 años	7	10.6	2	3	
De 40-50 años	20	30.3	4	6.1	
>50 años	25	37.9	0	0	
Grado de instrucción					
Primaria	22	33.3	2	3	X ² =28.14 p=0.009
Secundaria	27	40.9	3	4.5	
Educación Superior	7	10.6	4	6.1	
Analfabeta	1	1.5	0	0	
Estado civil					
Soltera	11	16.7	2	3	X ² =31.24 p=0.001
Casada	12	18.2	2	3	
Divorciada	5	7.6	0	0	
Viuda	5	7.6	0	0	
Conviviente	24	36.4	5	7.6	

Nota: Cuestionario

En la Tabla 6 se evidencia que la disfunción sexual se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 50 años, observándose una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la disfunción sexual ($\chi^2 = 8,56$; $p = 0,036$). En cuanto al grado de instrucción, la disfunción sexual predomina en mujeres con educación secundaria, encontrándose una relación significativa ($\chi^2 = 28,14$; $p = 0,009$). Respecto al estado civil, la disfunción sexual es más frecuente en mujeres convivientes, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la disfunción sexual ($\chi^2 = 31,24$; $p = 0,001$).

Tabla 7. Relación de los factores clínicos y ginecológicos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

factores clínicos y ginecológicos	Con disfunción		Sin disfunción		Chi2
	f _i	%	f _i	%	
Estadio del cáncer					
Estadio 1	19	28.8	3	33.3	X ² =4.25 p=0.003
Estadio 2	11	16.7	3	33.3	
Estadio 3	21	31.8	3	33.3	
Estadio 4	6	9.1	0	0	
Estado menstrual					
Menopausia	32	48.5	0	0	X ² =25.51 p=0.002
No menopausia	25	37.9	9	13.6	
Tipo de tratamiento					
Cirugía (cono frío, Histerectomía)	19	28.8	3	4.5	X ² =12.13 p=0.016
Radioterapia	3	4.5	2	3	
Quimioterapia	20	30.3	1	1.5	
Braquiterapia	1	1.5	2	3	
Dos o más tratamientos	14	21.2	1	1.5	
Número de parejas sexuales					
1 pareja	9	13.6	2	3	X ² =28.67 p=0.001
2 parejas	20	30.3	2	3	
Mas de 3	28	42.4	5	7.6	

Nota: Cuestionario

En la Tabla 7 se observa que la disfunción sexual es más frecuente en mujeres con cáncer en estadio 3, sin encontrarse asociación estadísticamente significativa con el estadio del cáncer ($\chi^2 = 4,25$; $p = 0,063$); sin embargo, se evidencia una asociación estadísticamente significativa con el estado menstrual, el tipo de tratamiento y el número de parejas sexuales ($p < 0,05$).

Tabla 8. Relación de los factores psicológicos y la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

factores psicológicos	Con disfunción		Sin disfunción		Chi2
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	
Ansiedad					
Normal	21	31.8	7	10.6	X ² =2.54 p=0.088
Posible	22	33.3	2	3	
Con Ansiedad	14	21.2	0	0	
Depresión					
Normal	14	21.2	1	1.5	X ² =31.25 p=0.00
Posible	20	30.3	3	4.5	
Con depresión	23	34.8	5	7.6	

Nota: Cuestionario

En la Tabla 8 se observa que no existe asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la disfunción sexual ($\chi^2 = 2,54$; $p = 0,88$); sin embargo, en relación con la depresión, se evidencia una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual ($\chi^2 = 31,25$; $p < 0,05$), predominando la disfunción en mujeres con posible depresión y con depresión.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, durante el año 2025, debido a que las alteraciones de la función sexual en estas pacientes son frecuentes y están influenciadas por múltiples factores sociodemográficos, ginecológicos y psicológicos. Asimismo, existen pocos estudios que analicen de manera integral dichos factores en este grupo poblacional, lo cual resulta relevante considerando el impacto negativo que la disfunción sexual genera en el bienestar emocional, la calidad de vida y las relaciones interpersonales de las mujeres afectadas.

Al analizar la relación con los factores sociodemográficos, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la disfunción sexual. En relación con la edad, se evidenció que las mujeres mayores de 50 años presentaron mayor frecuencia de disfunción sexual con ($p=0.036$), lo que coincide con los hallazgos de Díaz, quien reportó una edad promedio de $40,5 \pm 9,2$ años con asociación significativa a la disfunción sexual (39). De igual manera, **Granados** señala que las pacientes menores de 45 años presentaron mejor funcionamiento sexual general y mayor excitación, mientras que las mujeres mayores de 45 años mostraron mayores niveles de deseo y orgasmo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en dichas dimensiones (37). Los resultados de Granados son diferentes a los de nuestro estudio porque evaluó dimensiones específicas de la función sexual (deseo, excitación y orgasmo), mientras que en nuestro estudio se analizó la disfunción sexual de manera global. Además, las diferencias pueden deberse al rango de edad de la población estudiada, características socioculturales y tamaño de la muestra, lo que puede influir en la forma en que se manifiesta la función sexual en las mujeres.

Respecto al grado de instrucción, se encontró no hay asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, evidenciándose que las mujeres con nivel educativo secundario presentaron mayor frecuencia de disfunción sexual ($p = 0,079$). En relación con estos hallazgos, Díaz señala que las mujeres que presentaron disfunción sexual pertenecían mayoritariamente al nivel secundario; sin embargo, dicho autor reporta que esta variable no mostró asociación estadísticamente significativa con los problemas de disfunción sexual, lo cual tiene concordancia con los resultados del presente estudio (39).

En relación con el estado civil, se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, observándose mayor frecuencia en mujeres convivientes ($p = 0,001$). Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado por Samalvide, quien identificó al estado civil viuda como factor de riesgo y al estado civil casada como factor protector; además, señala asociación con los estados civiles casada y conviviente (39). La diferencia encontrada podría explicarse por factores socioculturales y de dinámica de pareja, ya que el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical puede generar cambios físicos y emocionales que afectan la relación de pareja y la actividad sexual, especialmente cuando el apoyo emocional es limitado.

Al analizar la relación con los factores ginecológicos, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio del cáncer y la disfunción sexual, evidenciándose mayor frecuencia en mujeres con cáncer en estadio III ($p = 0,003$). Este hallazgo puede explicarse por el mayor impacto físico y emocional que conlleva la progresión de la enfermedad, así como por la intensidad de los tratamientos oncológicos. En concordancia con estos resultados, Chávez reporta que entre el 40% y 70% de las mujeres con enfermedades crónicas presentan deterioro en su calidad de vida; específicamente en el cáncer cervicouterino, entre el 50% y 80% de las pacientes sometidas a radioterapia o quimiorradioterapia desarrollan algún

grado de disfunción sexual, manifestándose principalmente como disminución del deseo sexual (45–65%) (38).

En relación con el estado menstrual, se evidenció que una mayor proporción de mujeres con menopausia presentó disfunción sexual, encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre el estado menstrual y la disfunción sexual ($p = 0,002$). Este resultado sugiere que los cambios hormonales propios de la menopausia influyen negativamente en la función sexual de las mujeres con cáncer cervical. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Rojas, quien señala que las pacientes con cáncer cervicouterino presentan con frecuencia cambios vaginales, como atrofia o estenosis (30–60%), así como menopausia precoz (35–55%), condiciones que afectan directamente el deseo, la excitación y el confort durante las relaciones sexuales (40). Por lo tanto, existe concordancia entre los resultados del presente estudio y la evidencia reportada en la literatura.

En relación al tipo de tratamiento, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento recibido y la disfunción sexual, observándose mayor frecuencia en las mujeres que recibieron quimioterapia ($p = 0,016$). Este hallazgo puede explicarse por los efectos adversos del tratamiento oncológico, los cuales afectan tanto el funcionamiento físico como el bienestar emocional de las pacientes. Estos resultados concuerdan con lo reportado en la literatura, donde se señala que entre el 50% y 80% de las mujeres tratadas con cirugía, quimioterapia o radioterapia presentan algún grado de deterioro en su calidad de vida sexual. En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la evidencia existente sobre el impacto negativo de los tratamientos oncológicos en la función sexual femenina (40).

En relación con el número de parejas sexuales, se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, observándose mayor frecuencia en mujeres que

reportaron más de tres parejas sexuales ($p = 0,001$). Este resultado sugiere que algunos aspectos de la historia sexual previa podrían influir en el funcionamiento sexual posterior al diagnóstico de cáncer cervical. Sin embargo, estos hallazgos difieren de lo reportado por Samalvides, quien no encontró asociación significativa entre el número de parejas sexuales y la disfunción sexual (39). Esta discrepancia podría estar relacionada con diferencias en las características de la población estudiada y en los factores socioculturales que influyen en la salud sexual.

En relación con los factores psicológicos, la ansiedad y la depresión fueron evaluadas mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Los resultados mostraron que la ansiedad no presentó una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, a pesar de que una proporción considerable de mujeres presentó posible ansiedad ($p = 0,088$). En contraste, la depresión sí evidenció una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual ($p = 0,000$), observándose mayor frecuencia de disfunción en mujeres con sintomatología depresiva. Este hallazgo sugiere que la depresión ejerce un impacto más directo y persistente sobre el deseo, la excitación y la satisfacción sexual en mujeres con cáncer cervical.

Estos resultados contrastan parcialmente con lo reportado por Chávez y Yáñez, quienes evidenciaron una mayor presencia de síntomas depresivos y baja autoestima en más del 40 % de las mujeres afectadas, asociándose estos factores con la alteración de la función sexual en mujeres con cáncer ginecológico (38). No obstante, los hallazgos del presente estudio coinciden con lo señalado por Rojas, quien reporta que, a nivel psicoemocional, más del 40 % de las pacientes presenta disminución de la autoestima y alteraciones de la imagen corporal, así como síntomas de ansiedad y depresión en aproximadamente el 30–50 % de los casos (40). En este sentido, aunque la ansiedad no mostró asociación significativa en el presente estudio, la

evidencia respalda el rol relevante de los factores emocionales, especialmente la depresión, en la disfunción sexual femenina asociada al cáncer cervical.

En el presente estudio se evidenció que la disfunción sexual se presentó en el 86.4%, lo cual es un problema altamente frecuente en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, lo cual confirma que esta condición representa una afectación importante en la salud integral de las pacientes. Los resultados muestran que la disfunción sexual se encuentra influenciada por múltiples factores, destacando los sociodemográficos, ginecológicos y psicológicos, lo que refuerza su carácter multifactorial.

Entre los factores sociodemográficos, se encontró asociación significativa con la edad, el grado de instrucción y el estado civil, siendo más frecuente la disfunción sexual en mujeres mayores de 50 años, con nivel educativo secundario y convivientes, resultados que concuerdan parcialmente con la literatura revisada. Asimismo, los factores ginecológicos, como el estado menstrual, el tipo de tratamiento y el número de parejas sexuales, mostraron una relación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, evidenciando el impacto negativo de la menopausia, la quimioterapia y la historia sexual previa en la función sexual femenina.

En cuanto a los factores psicológicos, la depresión presentó una asociación estadísticamente significativa con la disfunción sexual, mientras que la ansiedad no mostró relación significativa, aunque se evidenció una presencia importante de sintomatología ansiosa. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que destacan el rol de la afectación emocional, la autoestima y la imagen corporal en la vida sexual de las mujeres con cáncer cervical. En conjunto, los resultados resaltan la necesidad de un abordaje integral que incluya no solo el tratamiento médico, sino también la atención psicológica y sexual de estas pacientes.

El presente estudio presenta ciertas limitaciones que deben tomarse en cuenta. En primer lugar, la aplicación de las encuestas se llevó a cabo en áreas externas del servicio de ginecología oncológica, donde no siempre se contó con condiciones óptimas de privacidad. Esta situación pudo influir en la disposición de algunas participantes para responder preguntas relacionadas con su vida sexual y estado emocional, pudiendo generar sesgo en la información obtenida. Asimismo, los factores psicológicos fueron evaluados mediante instrumentos de autorreporte y no a través de una valoración clínica realizada por un especialista, lo cual podría afectar la precisión en la identificación de síntomas de ansiedad o depresión. Finalmente, una proporción considerable de las pacientes provenía de otras provincias y enfrentaba dificultades económicas relacionadas con los gastos de traslado y permanencia durante su atención médica; sin embargo, este factor no fue considerado como variable dentro del estudio, a pesar de que podría influir en el bienestar psicológico y la calidad de vida de las participantes.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se identificó que diversos factores sociodemográficos, clínico-ginecológicos y psicológicos se asociaron significativamente con la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; no obstante, al no encontrarse asociación en todas las variables analizadas, la hipótesis alterna se aceptó parcialmente.

SEGUNDA:

Se describió que los factores sociodemográficos asociados significativamente a la disfunción sexual fueron la edad mayor de 50 años (37,9%), el nivel educativo secundario (40,9%) y el estado civil conviviente (36,4%).

TERCERA:

Se determinó que los factores clínico-ginecológicos asociados significativamente a la disfunción sexual fueron el estadio III del cáncer (31,8%), el estado menopáusico (48,5%), el tipo de tratamiento con quimioterapia (30,3%) y el número de parejas sexuales mayor de tres (42,4%).

CUARTA:

Se analizó los factores psicológicos asociados a la disfunción sexual, evidenciándose que la depresión presentó una asociación estadísticamente significativa, siendo más frecuente en el 34,8% de las mujeres, mientras que la ansiedad se presentó en el 33,3%, sin mostrar asociación significativa.

QUINTA:

Se determinó la proporción de mujeres con y sin disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical, evidenciándose que se determinó que el 86.4% presentó disfunción sexual, mientras que el 13.6% no evidenció disfunción sexual.

RECOMENDACIONES

Institucionales

A las autoridades del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se recomienda incorporar dentro de la atención integral de las pacientes con cáncer cervical la evaluación sistemática de la función sexual, utilizando instrumentos validados como el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), con el fin de identificar oportunamente alteraciones en la salud sexual.

Clínicas

Al personal de salud que brinda atención a pacientes con cáncer cervical, se recomienda fortalecer el abordaje multidisciplinario, incorporando la evaluación y el acompañamiento psicológico para la detección y manejo oportuno de síntomas depresivos que puedan afectar la salud sexual.

Asimismo, se recomienda brindar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva antes, durante y después del tratamiento oncológico, con el propósito de reducir el impacto de los tratamientos sobre la calidad de vida sexual de las pacientes.

Académicas

A los investigadores y profesionales del área de la salud, se recomienda desarrollar estudios longitudinales y con mayor tamaño muestral, que permitan analizar la evolución de la disfunción sexual en mujeres con cáncer cervical durante las diferentes etapas del tratamiento y seguimiento de la enfermedad, así como explorar otros factores clínicos y psicosociales asociados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2022. [Cited 11 January, 2025]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-63.
3. Torres-Roman JS, Ronceros-Cardenas L, Valcarcel B, Arce-Huamani MA, Bazalar-Palacios J, Ybaseta-Medina J, et al. Cervical cancer mortality in Peru: regional trend analysis from 2008–2017. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-10.
4. Piñeros M, Laversanne M, Barrios E, de Camargo Cancela M, de Vries E, Pardo C, et al. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *Lancet Reg Health Am*. 2022;13:100294.
5. Shirali E, Yarandi F, Ghaemi M, Montazeri A. Quality of life in patients with gynecological cancers: a web-based study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2020;21(7):1969.
6. Palagudi M, Para S, Golla N, Meduri KC, Duvvuri SP, Vityala Y, et al. Adverse effects of cancer treatment in patients with cervical cancer. *Cureus*. 2024;16(2).
7. Mishra N, Singh N, Sachdeva M, Ghatage P. Sexual dysfunction in cervical cancer survivors: a scoping review. *Women's Health Reports*. 2021;2(1):594-607.

8. Qian M, Wang L, Xing J, Shan X, Wu J, Liu X. Prevalence of sexual dysfunction in women with cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*. 2023;28(2):494-508.
9. Wu X, Wu L, Han J, Wu Y, Cao T, Gao Y, et al. Evaluation of the sexual quality of life and sexual function of cervical cancer survivors after cancer treatment: a retrospective trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2021:1-8.
10. Sousa Rodrigues Guedes T, Barbosa Otoni Gonçalves Guedes M, de Castro Santana R, Costa da Silva JF, Almeida Gomes Dantas A, Ochandorena-Acha M, et al. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):11921.
11. Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2022;24(1):12-23.
12. Bae H, Park H. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive care in cancer*. 2016;24:1277-83.
13. Tsatsou I, Parpa E, Tsilika E, Katsaragakis S, Batistaki C, Dimitriadou E, et al. A systematic review of sexuality and depression of cervical cancer patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019;45(8):739-54.
14. Delican S, Güngörmüş Z. Sexual Quality of Life and Sexual Problems of Women with Gynecological Cancer: Evaluation According to Treatment Methods and Cancer Types. *Sexuality and Disability*. 2024;42(1):3-16.
15. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur). Reporte estadístico institucional de atenciones oncológicas ginecológicas y cáncer de cuello uterino, período 2021–2024. Arequipa: IREN Sur; 2024.

16. Tsai T-Y, Chen S-Y, Tsai M-H, Su Y-L, Ho C-M, Su H-F. Prevalence and associated factors of sexual dysfunction in cervical cancer patients. *The journal of sexual medicine*. 2011;8(6):1789-96.
17. Shan X, Qian M, Wang L, Liu X. Prevalence of pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction in cervical cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2023;34(3):655-64.
18. Kyei K, Daniels J, Broni R, Anim-Sampong S, Kitson-Mills D, Amoabeng K, et al. The sexuality of women with cervical cancer undergoing definitive radiotherapy in Ghana. *Radiography*. 2024;30(1):332-9.
19. Wang HZ, He RJ, Zhuang XR, Xue YW, Lu Y. Assessment of long-term sexual function of cervical cancer survivors after treatment: A cross-sectional study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(11):2888-95.
20. Hasanzadeh Mofrad M, Karami Dehkordi A, Mozaffar Tizabi N, Amirian M. Survey of sexual dysfunction in women with cervical cancer and a history of pelvic radiation therapy in 2009 to 2013 in Ghaem and Omid hospitals, Mashhad. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(144):9-18.
21. Chuk E, Conway JL, Hanuschak J, Han K, Milosevic M, Lukovic J, et al. Patient-reported sexual health outcomes of cervical cancer patients treated with definitive chemoradiation and MRI-guided brachytherapy. *Gynecol Oncol*. 2024;190:153-9.
22. Tramacere F, Lancellotta V, Casà C, Fionda B, Cornacchione P, Mazzarella C, et al. Assessment of sexual dysfunction in cervical cancer patients after different treatment modality: a systematic review. *Medicina*. 2022;58(9):1223.

23. Daniels J, Kyei KA, Frimpong-Boateng PD, Nyantakyi AY. Sexual function outcomes in prostate and cervical cancer patients treated with radiotherapy in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2025;20(5):e0324662.
24. Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2016;12(2):938-44.
25. Eaton L, Kueck A, Maksut J, Gordon L, Metersky K, Miga A, et al. Sexual health, mental health, and beliefs about cancer treatments among women attending a gynecologic oncology clinic. Sexual Medicine. 2017;5(3):e175-e83.
26. Liberacka- M, Izdebski P. Sexual function and the role of sexual communication in women diagnosed with cervical cancer: a systematic review. International Journal of Sexual Health. 2021;33(3):385-95.
27. Iturbe PV. Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. Revista Latinoamericana de Psicología. 1995;27(1):73-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80527105.pdf>
28. Pallí C, et al. Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. Psicooncología. [Internet]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120153A>
29. Muñoz MA, et al. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida y sexualidad de mujeres con cáncer cervical. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(1): [Resumen]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000100074&script=sci_arttext

30. Vargas LM. Ansiedad en cáncer cervicouterino grado I y II en mujeres atendidas en Cajamarca. [Tesis]. Peru: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5274>
31. Espinoza KMF. Tratamientos psicológicos para mejorar la vida sexual en supervivientes de cáncer ginecológico. Psicooncología. [Internet]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/71361/456445655445>
32. Bustos-Fiatonda JM, Rodríguez-Vizcaíno E, Gutiérrez-Hernández E, et al. Validación en español del Female Sexual Function Index (FSFI) en mujeres españolas. Rev Int Androl. 2013;11(4):147-154. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698698913000426>
33. Martínez C, Arce C, Rojas P. Función sexual en mujeres con cáncer ginecológico: una revisión del uso del FSFI. Med Int Mex. 2021;37(5):595-601. doi:10.24245/mim.v37i5.2595. Disponible en: <https://medicinainteracional.com/index.php/MIM/article/view/2595>
34. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Med Chil. 2024;132(3):283-290.
35. Bober SL, Varela VS. Sexualidad en sobrevivientes de cáncer adulto: desafíos e intervención. J Clin Oncol. 2012;30(30):3712–3719.
36. Carter J, Stabile C, Gunn A, Sonoda Y. Consecuencias físicas de la cirugía oncológica ginecológica y su impacto en la función sexual. J Sex Med. 2013;10(Suppl 1):21–34.
37. Damast S, Alektiar KM, Goldfarb S, Eaton A, Dickler A, Zelefsky MJ. Función sexual después de la radioterapia pélvica. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012;84(3):e217–e222.

38. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Morbilidad sexual en sobrevivientes a largo plazo de cáncer de cuello uterino. *Gynecol Oncol.* 2007;104(2):350–356. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Carcinoma cervical en etapa temprana, histerectomía radical y función sexual. *Cancer.* 2004;100(1):97–106.
39. Kirchheiner K, Nout RA, Czajka-Pepl A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y función sexual después de la radioterapia pélvica. *Radiother Oncol.* 2015;116(3):291–297.
40. Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Cambios vaginales y sexualidad en mujeres con antecedentes de cáncer cervical. *N Engl J Med.* 1999;340(18):1383–1389.
41. Martínez M. Función sexual, autoestima y resiliencia de la mujer asociado a diagnóstico de displasia cervical [tesis de especialidad]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2025. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/11658>
42. Mishra N, Singh N, Sachdeva M, Ghatage P. Disfunción sexual en sobrevivientes de cáncer de cuello uterino: una revisión exploratoria. *Women's Health Reports (New Rochelle).* 2021;2(1):594–607. doi:10.1089/whr.2021.0035. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8820405/>
43. Granados CA. Calidad de vida y funcionamiento sexual en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino [tesis de licenciatura]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2021. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/items/23272479-63d2-4492-b530-8c0fbc2c5e94>
44. Chávez Quispe DC, Ybáñez Gómez RB. Factores asociados a disfunción sexual durante el período post tratamiento en mujeres con diagnóstico previo de cáncer cervicouterino

en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) hasta diciembre del año 2020 [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10757/658212>

45. Díaz V, Samalvides F. Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un hospital nivel III-Chiclayo-Perú. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Oct [citado 2026 Ene 27] ; 82(4): 386-395. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400386&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-752620170004003686>.
46. Torres M, Rodríguez L. Función sexual en mujeres durante el climaterio atendidas en un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;63(3):381-388.
47. Rojas Quispe LA. Sexualidad en pacientes sobrevivientes al cáncer de cérvix [trabajo de investigación de maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025.

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
Título delestudio	“Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.”
Investigadores	Ángela Mercedes Aco Suárez
Institución	Universidad Católica Santa María

Información clave

A continuación, se presenta una síntesis del presente estudio con la finalidad de orientarte en la toma de decisión respecto a tu posible incorporación en esta investigación. En las secciones posteriores de este documento se expone información de mayor profundidad y detalle.

Introducción

Reciba usted mi cordial saludo, mi nombre es Ángela Mercedes Aco Suárez, alumna de la Carrera de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud. La invito a participar en un estudio llamado: “Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025”.

Propósito del estudio:

El presente trabajo investigativo tiene como propósito examinar los elementos predisponentes a las alteraciones en la esfera íntima en pacientes peruanas con carcinoma de cérvix atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, durante el año 2025.

El carcinoma de cuello uterino constituye una patología de elevada prevalencia a escala global, posicionándose en el cuarto lugar entre las neoplasias más frecuentes; son múltiples los elementos que inciden en el bienestar integral de la paciente, razón por la cual el presente estudio tiene como finalidad identificar los determinantes vinculados a dicha condición, tales como el grupo etario, la influencia del estadio clínico de la enfermedad, el grado de escolaridad, la modalidad terapéutica empleada como la quimioterapia, la radioterapia o la intervención quirúrgica radical así como la orientación o consejería recibida previamente o con posterioridad al tratamiento, entre otros aspectos relevantes.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le hará el siguiente cuestionario:

1. The Female Sexual Function Index

Riesgos e incomodidades:

Se le solicitará dar respuesta a una serie de interrogantes mediante la cumplimentación de un instrumento de recolección de datos. La información proporcionada en dicho instrumento será empleada exclusivamente para los fines del presente estudio. La incorporación en esta investigación es de carácter estrictamente voluntario. Los datos obtenidos serán tratados con absoluta confidencialidad y no serán utilizados para ningún propósito ajeno a los objetivos planteados en esta investigación. Las respuestas consignadas en el cuestionario serán codificadas mediante un número de identificación asignado, garantizando de este modo el anonimato de cada participante.

Beneficios:

La participante obtendrá beneficios derivados del presente estudio, dado que los hallazgos obtenidos permitirán orientar estrategias dirigidas a abordar y mejorar la problemática desde su origen, centrándonos específicamente en los determinantes predisponentes identificados. Los resultados finales le serán comunicados de manera personalizada y reservada una vez concluida la investigación. De manera complementaria, se le proporcionará orientación sanitaria relacionada con el carcinoma de cérvix, a través de una sesión informativa y material educativo impreso.

Costos y compensación

La incorporación en el presente estudio no implicará desembolso económico alguno por parte de la participante, es decir, no generará ningún tipo de gasto. Del mismo modo, no se otorgará retribución monetaria ni compensación de ninguna otra naturaleza, únicamente se ofrecerá un obsequio consistente en un refrigerio (aperitivo y bebida) en reconocimiento al tiempo dedicado.

Confidencialidad

La información proporcionada será resguardada mediante un sistema de codificación numérica, prescindiendo del uso de datos nominativos. En caso de que los hallazgos del presente estudio sean difundidos en publicaciones científicas, se omitirá cualquier dato que posibilite la identificación de las personas que tomaron parte en la investigación.

Derechos del participante:

La incorporación en la presente investigación es de carácter enteramente facultativo. En caso de haber manifestado su disposición a formar parte del estudio, la participante tiene plena libertad de desvincularse del mismo en el momento que considere pertinente o de abstenerse de intervenir en alguna fase específica del estudio si así lo estimase conveniente.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el presente estudio de investigación, también entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. El personal del estudio me explicó y respondió todas mis preguntas.

Al firmar, declaro haber leído y estar de acuerdo en autorizar lo que se indica en este documento:

Participante	_____	_____	Fecha: / /2025
	Apellidos y Nombres	Firma	Hora:
Huella :			
Investigadora	_____	_____	Fecha: / /2025
	Angela M. Aco Suárez	Firma	



ANEXO 2 CUESTIONARIO

2. Ficha de recolección de datos

Título: “Factores asociados a la disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2025.”

Iniciales:

Código:

Fecha: / /

1. Edad

- a. De 18-29 años
- b. De 30-39 años
- c. De 40-50 años
- d. >50 años

2. Grado de instrucción

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Educación Superior

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Divorciada
- d. Viuda

4. Estadio del cáncer cervical

- a. Estadio 1
- b. Estadio 2
- c. Estadio 3
- d. Estadio 4

5. Estadio menstrual

- a. Menopausia
- b. No menopausia

6. Tipo de Tratamiento

- a. Cirugía (cono frío, Histerectomía)
- b. Radioterapia

- c. Quimioterapia
 - d. Braquiterapia
 - e. No recibe tratamiento
 - f. Dos o más tratamientos
- 7. Número de parejas sexuales**
- a. 1 pareja
 - b. 2 parejas
 - c. Más de 3 parejas

8. Cuestionario: HDAS (*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.*)

Preguntas	0	1	2	3
1. Me siento tenso o nervioso				
2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder				
3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones				
4. Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado				
5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago				
6. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme				
7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor				
8. Sigo disfrutando de las cosas como siempre				
9. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas				
10. Me siento alegre				
11. Me siento lento y torpe				
12. He perdido el interés por mi aspecto personal				
13. Espero las cosas con ilusión				
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión				

- **Ansiedad (HADS-A):** 7 ítems
- **Depresión (HADS-D):** 7 ítems

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, obteniéndose una puntuación máxima de **21 puntos** en cada subescala.

La interpretación de los resultados es la siguiente:

- **0–7 puntos:** normal
- **8–10 puntos:** caso dudoso o posible
- **11–21 puntos:** caso probable de ansiedad o depresión]



2. Cuestionario de: Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

(The Female Sexual Function Index (FSFI) de Rosen y Cols en el año 2000)

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. 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?

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

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

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

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

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

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

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Muy alta confianza
- c) Alta confianza
- d) Moderada confianza
- e) Baja confianza
- f) Muy baja o nada de confianza

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

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

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)

e) Pocas veces (menos que la mitad)

f) Casi nunca o nunca

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

a) Sin actividad sexual

b) Extremadamente difícil o imposible

c) Muy difícil

d) Difícil

e) Poco difícil

f) No me es difícil

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

a) Sin actividad sexual

b) Siempre o casi siempre la mantengo

c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)

d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)

e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)

f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

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

a) Sin actividad sexual

b) Extremadamente difícil o imposible

c) Muy difícil

d) Difícil

e) Poco difícil

f) No me es difícil

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

a) Sin actividad sexual

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

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Sin actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

Cálculo de las puntuaciones

- Cada pregunta se puntúa entre 0 o 1 y 5, según el ítem.
- Se obtiene una puntuación parcial por cada dominio, sumando las respuestas de los ítems correspondientes y multiplicando por un factor de corrección específico.
- La puntuación total del FSFI se obtiene sumando los seis dominios.

Rango de puntuación

- Puntuación total mínima: 2
- Puntuación total máxima: 36

Interpretación clínica

- Una puntuación total ≤ 27 indica presencia de disfunción sexual femenina.
- Puntuaciones mayores a 28 se consideran indicativas de función sexual conservada.



ANEXO 3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: ARCE HUAMANI MIGUEL ANGEL

1.2 Cargo e institución donde labora: INVESTIGADOR – UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos- Factores asociados a disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

1.5 Autor (a) del instrumento: Ángela Mercedes Aco Suárez

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 51 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances actuales en la categorización sociodemográfica y clínica de los pacientes oncológicos, considerando variables como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido y tiempo desde el diagnóstico.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para recopilar datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación) y clínicos (etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido, tiempo desde el diagnóstico)					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación el estudio					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Arequipa, 20 de diciembre de 2025



Firma del Experto
D.N.I N°: 71469125

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: YEPEZ LUGO PAOLA
- 1.2 Cargo e institución donde labora: ONCOLOGA MEDICA – Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos- Factores asociados a disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Ángela Mercedes Aco Suárez

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances actuales en la categorización sociodemográfica y clínica de los pacientes oncológicos, considerando variables como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido y tiempo desde el diagnóstico.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para recopilar datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación) y clínicos (etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido, tiempo desde el diagnóstico)					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación el estudio					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Arequipa, 20 de diciembre de 2025



FIRMA
Cext N° 002229495

Firma del Experto

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: TORRES ROMAN JUNIOR SMITH

1.2 Cargo e institución donde labora: INVESTIGADOR – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos- Factores asociados a disfunción sexual en mujeres peruanas con cáncer cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2025.

1.5 Autor (a) del instrumento: Ángela Mercedes Aco Suárez

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances actuales en la categorización sociodemográfica y clínica de los pacientes oncológicos, considerando variables como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido y tiempo desde el diagnóstico.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para recopilar datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, ocupación) y clínicos (etapa del cáncer, tipo de tratamiento recibido, tiempo desde el diagnóstico)					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación el estudio					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Arequipa, 20 de diciembre de 2025

Dr. Smith-Torres Román
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 93385

Firma del Experto
D.N.I N°: 74624844

ANEXO 4 AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



INFORME N° 359- 2025- GRA/GRS/GR-IREN- SUR/G-DCC-DI

A : DRA. JOSEFA FUENTES ANGELO
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CANCER

Refer : CARTA N° 048-2025- GRA/GRS/GR-IREN- SUR/G-DCC-DI- CIEI IREN-SUR

Asunto : FE - APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Fecha : 18 de diciembre del 2025

Es grato saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que el Comité Institucional de Ética en Investigación ha aprobado mediante documento de la referencia el protocolo denominado "FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES PERUANAS CON CÁNCER CERVICAL EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, 2025" presentado Angela Mercedes Aco Suarez estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María.

Por lo que se pide hacer de conocimiento de Gerencia, así como a los Departamentos de Medicina, Cirugía y Personal de vigilancia a fin de que se brinde las facilidades del caso en la aplicación del instrumento en Consultorios Externos, en los horarios que estimen por conveniente.

Adjunto Consentimiento Informado y Fichas de recolección de datos.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR
[Firma manuscrita]
Dr. Idelfonso Palomino Morán Antoy
Coordinador de Docencia e Investigación
CMP 65515 RNE-37695

Registro: 9066235
Expediente: 5492103

